

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Ophélie KORCZAK

Formation infirmière
Promotion
2018-2021

L'impact de la communication sur le prendre soin infirmier chez un patient en sédation profonde

Référent mémoire
Gaël ROBIN



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Ophélie KORCZAK

Formation infirmière
Promotion
2018-2021

L'impact de la communication sur le prendre soin infirmier chez un patient en sédation profonde

Référent mémoire
Gaël ROBIN



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : L'impact de la communication avec un patient en sédation profonde sur le prendre soin infirmier

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

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

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

Le 10 mai 2021

KORCZAK Cypélie

Identité et signature de l'étudiant :

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^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

A Monsieur Gaël ROBIN, mon formateur référent mémoire, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et son investissement qui m'ont permis de me guider tout au long de mon Travail de Fin d'Études.

A toute l'équipe dévouée de documentalistes de La Bulle pour leur efficacité et leur coopération me permettant l'enrichissement de mon cadre théorique et de parfaire mes connaissances durant ce travail.

Aux professionnels de santé qui ont consacré de leur temps pour me rencontrer et sans qui ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

A ma famille, mes proches et amis pour leur présence et leur soutien tout au long de ce mémoire et de ces trois belles années de formation.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Sujet de recherche et intérêts pour le thème	1
1.2. Situations d'appel	2
1.2.1. Première situation	2
1.2.2. Deuxième situation	2
1.3. Interrogations relatives aux situations et problématique	3
2. Cadre conceptuel	4
2.1. La communication	4
2.1.1 Théorie de la communication	4
2.1.2. Les modes de communication	5
2.1.2.1. Communiquer avec un patient en sédation profonde	5
2.1.2.2. La communication verbale	6
2.1.2.3. La communication non verbale	6
2.1.5. La sédation profonde source de difficultés pour le soignant	7
2.1.6. Portée professionnelle	8
2.2. La sédation profonde	8
2.2.1. Définition	8
2.2.2. Les différents modes de sédation	9
2.2.3. Les modalités de surveillance	10
2.2.4. Les complications de la sédation	11
2.3. Vers le concept du prendre soin infirmier	12
2.3.1. Le soin	12
2.3.2. Les soins infirmiers	12
2.3.3. Le prendre soin	13
2.3.4. Le Caring	14
3. Enquête exploratoire	14
3.1. Dispositif méthodologique	14
3.2. Analyse descriptive	15
3.2.1. Population cible	15
3.2.2. Les différents types de communication	16
3.2.3. Le ressenti des soignants	16
3.2.4. Les outils de la communication	17
3.2.5. Les différents niveaux de difficultés rencontrés par les soignants	17
3.2.6. Les stratégies d'adaptation mis en place par l'infirmier(ière)	17
3.2.7. Le prendre soin infirmier	18
3.2.8. Les compétences nécessaires à la prise en soin des patients en sédation profonde	19
3.2.9. L'impact de la sédation a posteriori chez les patients sédatisés durant une longue période	19

3.3. Analyse interprétative	20
3.3.1. Les différents types de communication	20
3.3.2. Le ressenti des soignants	20
3.3.3. Les outils de la communication	21
3.3.4. Les différents niveaux de difficultés rencontrés par les soignants	21
3.3.5. Le prendre soin infirmier	21
3.3.6. Les compétences nécessaires à la prise en soin des patients en sédation profonde	22
3.3.7. L'impact de la sédation a posteriori chez les patients sédatisés durant une longue période	22
4. Discussion	22
5. Conclusion	25
Bibliographie	26
Annexes : table des matières	29
Résumé	58
Abstract	59

BPS : Behavioral Pain Scale

EIADE : Étudiant Infirmier(e) Anesthésiste Diplômée d'État

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômée d'État

IDE : Infirmier(e) Diplômée d'État

RASS : Richmond Agitation Sedation Scale

SFAR-SRLF : Société Française d'Anesthésie Réanimation-Société de Réanimation de la Langue Française

SOFIA : Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes

“La communication consiste à comprendre celui qui écoute”

Jean Abraham

1. Introduction

1.1. Sujet de recherche et intérêts pour le thème

Ce travail de fin d'étude est pour moi l'aboutissement de trois belles années qui m'ont permis de découvrir la profession d'infirmière. Il me donne la possibilité d'approfondir une notion qui me paraît essentielle dans le domaine des soins infirmiers, celle de la communication.

Les soins infirmiers ont subi d'importants changements au cours de ces derniers siècles avec une évolution constante, devenant alors des sciences infirmières. La meilleure compréhension des processus psychopathologiques des maladies et les prouesses technologiques, ont permis des avancées médicales permettant de combattre des maladies qui jusqu'à présent étaient létales. Il est alors demandé aux infirmiers(ères) d'intégrer ces nouveaux savoirs et la complexité de ces technologies novatrices. Toutefois, il est nécessaire de rappeler que ces soins sont destinés à des individus valétudinaires et non juste à des corps malades. La qualité de la relation entre l'infirmier(ère) et son patient va être au centre du soin et fera toute la différence dans la qualité des soins.

Dans le cadre de ma formation, j'ai pu explorer différentes spécialités où l'infirmier(ère) a la possibilité d'exercer. Un des domaines ayant retenu particulièrement mon attention est celui de la réanimation. C'est un environnement qui allie de nombreuses qualités telles que la rigueur, la réactivité, le travail d'équipe, et qui demande d'être à l'aise dans la réalisation de soins techniques. C'est prendre en soin des patients présentant des défaillances multiples et être capable de s'adapter. Toutefois, je ne peux m'empêcher de me demander : qu'en est-il de la place du relationnel dans ces unités ? En effet, les patients présents sont le plus souvent inconscients ou avec très peu de ressources pour communiquer.

Il est d'usage de mettre l'accent sur les valeurs soignantes telles que l'écoute, l'empathie, l'humanité afin d'apporter des soins de qualité et pour que la dimension relationnelle exerce une place majeure dans la prise en soin idéale envers chaque personne soignée. Cependant, je me questionne sur comment adapter la communication face à un patient inconscient ? Quels moyens mettre en œuvre ? En tant que future professionnelle de santé, je m'interroge sur le positionnement soignant à adopter lorsque l'on prend en soin ces patients en sédation profonde afin d'éviter d'altérer la relation soignant-soigné qui me semble être difficile et fragile à établir.

Pour introduire ce mémoire sur le rôle de la communication dans la prise en soin des patients en sédation profonde, je commencerai par rapporter deux situations cliniques que j'ai pu rencontrer : la première durant mon premier stage lors de ma deuxième année et la seconde durant mon premier stage de troisième année.

1.2. Situations d'appel

1.2.1. Première situation

La première situation rencontrée se déroule dans le service d'hépatologie/addictologie. La patiente prise en soin est âgée d'une soixantaine d'années et est entrée dans le service suite à l'aggravation d'un carcinome hépatocellulaire à un stade très avancé. Suite aux douleurs devenues insupportables et non soulagées par une prise en charge thérapeutique, la patiente est placée en sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Lors de son quatrième jour passé dans cet état d'inconscience, l'infirmière et moi-même allons ensemble dans sa chambre afin de lui prodiguer quelques soins de confort. Nous entrons en silence dans la pièce. L'infirmière, concentrée, commence alors ses soins sans adresser aucun mot à la patiente. Après l'achèvement de ceux-ci, nous sortons de la chambre, toujours dans le plus grand des silences.

1.2.2. Deuxième situation

Ma seconde situation est issue de mon stage de troisième année, au plateau technique du pôle abdomen. Le patient pris en soin est un homme de 50 ans venu réaliser une Dissection Sous Muqueuse par coloscopie dans le but de réséquer une tumeur du colon. J'ai donc l'opportunité d'assister à cette intervention.

Lorsque le patient est installé et endormi, l'intervention débute mais très vite le chirurgien se rend compte que la position dans laquelle le patient se trouve n'est pas la plus adéquate pour réaliser le geste en toute sécurité et propose donc un changement de position en décubitus latéral à l'équipe.

Un étudiant infirmier anesthésiste présent, prévient alors le patient que l'on va le changer de position et le mettre sur le côté gauche. Toute l'équipe s'y met avec une grande délicatesse et des billots de positionnement lui sont appliqués le long du dos afin d'éviter un inconfort. Le patient présente un surpoids et la largeur de la table ne permet pas de préserver cette position sans un maintien des soignants. L'ÉIADE maintient donc la position en gardant une main sur la scapula du patient, on peut voir ses doigts froter délicatement le patient comme pour lui dire que tout ira bien.

En fin d'opération, le patient est remis sur le dos. L'étudiant infirmier anesthésiste prévient alors le patient que l'intervention est terminée et qu' on le repositionne en décubitus dorsal. L'IADE et l'EIADE ont désormais pour rôle de réveiller le patient. Doucement l'EIADE secoue le patient en lui rappelant que l'intervention est terminée et qu'il est temps de se réveiller.

1.3. Interrogations relatives aux situations et problématique

Entrer en communication avec une personne en sédation profonde n'est pas toujours aisé. J'ai pu faire l'expérience de ces deux situations où les patients, très différents en ce qui concerne leur pathologie, se retrouvent dans des états d'inconscience. Nous leur prodiguons des soins sans connaissances sur leur ressenti, leur douleur, leur perception...

Dans ma première situation, l'infirmière présente n'établit aucune communication avec la patiente en état de sédation profonde et continue jusqu'au décès suite à un carcinome hépatocellulaire, et réalise ses soins dans le plus total des silences. Spectatrice face à cette situation, je me suis demandée ce que ressentait l'infirmière à l'égard de cette patiente qui n'est pas en mesure de s'exprimer. Est-ce pour l'infirmière un moyen de se protéger face à cette patiente inconsciente ?

Dans ma seconde situation, ce jeune étudiant infirmier anesthésiste adresse des soins à un patient sédaté pour une intervention chirurgicale en communiquant verbalement et par le toucher. Quand l'étudiant infirmier anesthésiste s'est mis à frotter la scapula du patient, j'ai songé à un geste de réassurance envers le patient. Est-il possible de traduire ce geste par un mécanisme de défense du soignant face à la souffrance ?

Lorsque j'ai vécu ces situations, je me suis intéressée aux soignants et à leur ressenti. Avec le recul que j'ai pu prendre, je me suis positionnée différemment et non plus du côté du soignant mais de celui du patient et notamment sur les éventuelles souffrances que pouvaient percevoir ces patients face à cette incapacité à communiquer. Est-ce que le fait de communiquer ou non avec ces patients en sédation profonde durant le soin a un impact sur le vécu et le ressenti du patient a posteriori ?

Est-il possible que ces patients entendent et soient en capacité de retenir des propos tenus lors de leur état de sédation ?

Il est facile de trouver de nombreux ouvrages dans la littérature grand public ou bien même de nombreuses vidéos en ligne témoignant du vécu de personnes ayant été plongées dans un coma artificiel ou placées en sédation profonde et durant lequel ils auraient ressenti des sensations ou pu entendre des choses qui se passaient autour d'eux alors qu'ils étaient inconscients. Cependant, peu de lectures font référence à l'impact que peut avoir, sur le soignant, les retours de ces témoignages de patients sur leur manière de les prendre en soin.

C'est dans ce contexte que mon travail d'initiation à la recherche a pour but de réfléchir à l'impact de la communication sur le prendre soin infirmier avec un patient en sédation profonde.

La question traitée est alors la suivante : En quoi la communication instaurée par l'infirmier(ère) auprès d'un patient en sédation profonde participe au prendre soin ?

2. Cadre conceptuel

2.1. La communication

2.1.1 Théorie de la communication

Étymologiquement le terme "communiquer" prend sa source du latin "communicare" signifiant mettre en commun, faire part de, partager. A l'origine, "communiquer" est un synonyme de "communier" avec pour sens de mettre en communauté. Communiquer signifie donc mettre en commun, transférer des messages, rencontrer quelqu'un, partager.

Selon MARC & PICARD (2000), d'après l'école de Pablo Alto *"il est impossible de ne pas communiquer"* (p.19) : la communication est omniprésente du moment qu'il y ait au moins deux personnes. En effet, d'après HARDEMARE (2015) *"la mise en présence de deux personnes induit obligatoirement une communication"* (p.22).

Différents auteurs, tels que Harold D. Lasswell, Riley & Riley ou encore Jakobson, ont travaillé sur les théories et les modèles de communication, chacun avec leurs avantages et inconvénients. D'après le cours de C. LE BIHAN, l'un des modèles les plus connus pour expliquer le schéma de la communication est celui réalisé en 1949 par Shannon et Weaver. (*Document non publié [Support de cours], 06 février 2019*). Cette théorie implique une communication réduite à la transmission d'une information. Elle inclut un émetteur correspondant à un être psycho-social, communiquant avec ce qu'il est (ses savoirs, ses croyances, ses valeurs...) et devant adapter son vocabulaire face à la personne qu'il rencontre.

Cette personne est définie comme le récepteur : l'individu recevant le message. La communication dépendra alors de la capacité du récepteur à être à l'écoute et notamment de sa qualité de réception. N'oublions pas que cet individu est également un être psycho-social, il faut donc en tenir compte dans le message qu'induit l'émetteur afin de faciliter l'encodage mais également le décodage. Le message doit-être, selon Shannon et Weaver, le plus factuel possible, c'est-à-dire le plus facile à comprendre. Tout message transmis le sera grâce à un canal, correspondant aux différentes formes que peut prendre le message.

Différentes sources de difficultés peuvent venir entacher la bonne compréhension du message, c'est ce qui est défini par le terme de "bruit". Des facteurs tels que les expériences personnelles, les croyances, la culture mais aussi l'interprétation subjective, les représentations sociales ou encore les parasites peuvent entraîner une incompréhension, de l'anxiété, des conflits, c'est pourquoi l'émetteur doit veiller au feedback. Il correspond au retour que l'émetteur attend du message qu'il a émis. Il doit s'assurer que le récepteur a bien compris le message. Cela permet de voir également si le récepteur s'intéresse à ce qu'il a compris. Sans retour, la communication est compliquée.

Toutefois, la communication ne peut se réduire uniquement à un schéma préétabli : il n'est pas aussi aisé d'instaurer une communication efficace. Dans l'ouvrage *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*, il est indiqué qu'il faut permettre aux deux protagonistes de réaliser un échange où chaque individu va pouvoir "pénétrer le monde de l'autre" (BIOY et al., 2013, p.34).

2.1.2. Les modes de communication

2.1.2.1. Communiquer avec un patient en sédation profonde

Selon GLEMEE et al. (2019), la communication verbale et non verbale entre le soignant et le patient, quel que soit son niveau de conscience, doit-être maintenue afin de sauvegarder la dignité de la personne et de l'inscrire dans une relation de soin. Le patient est une personne à part entière et il est important de le considérer comme tel. Toutefois, l'établissement d'une communication dans une telle situation peut apparaître pour le soignant comme à "sens unique" : le soignant cherchant à entrer en communication, ne reçoit de la part du patient aucun message permettant de poursuivre une conversation. C'est pourquoi il est nécessaire pour le soignant de présupposer que le patient "est réceptif aux signaux qu'on lui envoie et qu'il existe encore chez lui une forme de conscience de l'extérieur" (p. 17). Le soignant doit alors adapter sa communication en passant par la communication non verbale : s'il est difficile de se dire que le patient ne peut entendre, il est plus aisé pour le soignant d'entreprendre une communication passant par le langage gestuel. Ce type de communication peut se voir au travers du toucher relationnel lors des soins de nursing mais également à travers une "simple" caresse sur la main. Elle peut se traduire également par une "communication faite d'attentions" à l'aide de stimulation auditive ou olfactive.

Pour BIOY et al. (2013) la communication doit-être "globale et diversifiée" étant donné qu'il est impossible de savoir à quel type de communication le patient sera réceptif. La communication verbale doit passer aussi bien par les mots que l'intonation qui peuvent être la passerelle avec le monde conscient.

La communication non verbale doit se faire davantage par le toucher qui est le moyen de stimuler l'ensemble du corps, comme lors de la toilette, pouvant aider le patient à reconstruire son image corporelle. Le rôle infirmier est pour lui d'exercer une surveillance permettant de déceler *"la moindre modification de l'état neurologique du patient"*.

Les deux auteurs se rejoignent sur un élément clef pour adapter au mieux la communication avec un patient sédaté : établir une communication avec l'entourage du patient. En effet, pour GLEMEE et al. (2019), et pour BIOY et al. (2013) celui-ci est une ressource pour l'équipe soignante, donnant une meilleure connaissance du patient, de ses habitudes, de ses préférences. Cela va permettre d'humaniser le patient et de personnaliser les soins.

2.1.2.2. La communication verbale

VEILLARD (2011) affirme que *"les mots demeurent le seul mode de communication permettant de replacer le patient dans le temps et, par conséquent, de lui donner des repères"* (p.13). La communication verbale est donc le moyen d'instaurer auprès du patient en sédation profonde une relation de civilité en permettant au soignant de se présenter et au patient inconscient de savoir qui entre dans sa chambre, dans son intimité. L'infirmier peut également lui rappeler le lieu où il se trouve, lui indiquer la date et l'heure afin de le resituer dans l'espace et le temps.

Pour GROSCLAUDE (2009) *"[l'infirmier(ère) doit] habiter son parler, maintenir la cohésion pensée/voix/gestes/mot (...) [dans le but de] relier le Sujet à lui-même et aux autres"* (p. 183). Pour se faire, le soignant doit privilégier des phrases courtes et directes dans le but d'agir en faveur de la compréhension du patient. Si rien n'a été démontré à ce jour, il semble tout de même que le patient soit capable de maintenir son attention assez longtemps pour percevoir certaines phrases.

Si la communication verbale joue un rôle majeur dans la relation avec le patient en sédation profonde, elle reste indissociable du geste.

2.1.2.3. La communication non verbale

Si la communication passe par le langage, seulement 10% de ce qui aura été dit oralement sera retenu par le récepteur. BIOY et al. (2013) décrivent la décomposition d'un message de la manière suivante : 7% est constitué de paroles, 38% d'intonations et 55% de langage gestuel. C'est ce langage gestuel que l'on nomme également communication non verbale. La proxémie, l'expression faciale, le contact des yeux, le contact physique, la posture, les gestes ou encore l'apparence et les odeurs sont autant d'éléments qui entrent dans ce type de communication.

VEILLARD (2011) rappelle que le toucher est considéré comme *“l’un des sens les plus importants et les plus primitifs”* (p.13). L’expérience de l’inconscient représente une épreuve où les perceptions sensorielles sont modifiées et vécues de manière différentes. La communication non verbale par le toucher, permet de rétablir certains repères sensoriels chez le patient en sédation profonde, lui permettant une liaison avec le monde extérieur.

Pour cette auteure, le toucher peut être un moyen d’aider certains soignants en difficulté à communiquer verbalement, à entrer en relation avec le patient. Toutefois, il n’est pas aisé pour tous d’y parvenir : cela met mal à l’aise certains infirmiers qui ont alors la sensation de rentrer dans l’intimité du patient, pouvant alors les confronter *“à des corps meurtris ou vieilliss qui nous renvoient à notre possible avenir et qui peut-être difficilement acceptable”* (p.13).

D’autres moyens existent afin d’entrer en communication avec le patient, sans passer par la communication. L’audition joue un rôle important pour la personne plongée en sédation profonde et certains services utilisent la musique comme méthode communicative. Des enregistrements issus de leurs proches peuvent également leur être passés afin de préserver le lien affectif avec la personne. L’olfaction est un autre sens utilisé pour l’établissement d’une communication mais est rarement mise en place.

2.1.5. La sédation profonde source de difficultés pour le soignant

Le soignant prenant en soin ces patients en état d’inconscience doit faire face à plusieurs obstacles tels que la réalisation de surveillances rigoureuses des constantes, la prodigation de soins complexes, tout ça en l’absence de retour du patient pouvant engendrer chez le soignant un manque de gratification.

Pour GROSCLAUDE (2007) *“penser le patient comme partenaire, alors qu’il est absent, inerte ou agité, difficile d’accès, peut sembler un obstacle infranchissable au soignant déjà mobilisé par le stress de la technique et de l’urgence, en prise à ses propres sentiments d’incertitude, d’isolement et de découragement”* (p.42). Ainsi, ces éléments peuvent amener à la déshumanisation du patient : le soignant va se préoccuper davantage d’un corps que d’une personne.

D’autres éléments peuvent intervenir tels que la méconnaissance de l’expérience du placement en sédation profonde. L’infirmier est alors amené à se questionner sur ce que peut entendre le patient. Si le corps de la personne est présent, quant est-il de son esprit ? Ce manque de connaissance à ce sujet peut alors amener certains soignants à penser qu’établir une communication est vain en l’absence de vie psychique.

2.1.6. Portée professionnelle

La communication est une composante essentielle des soins. Pour bien communiquer, l'intelligence personnelle entre en jeu. Elle correspond à la manière dont on se connaît, dont on négocie, dont on comprend les autres. Il est nécessaire de lâcher nos préjugés, nos représentations, avoir une large ouverture d'esprit pour pouvoir comprendre l'autre.

Les situations vécues par les patients sous sédation sont anxiogènes. Elles font suite à des circonstances traumatisantes et renvoient à un moment de vie difficile pour eux-mêmes et leur entourage. Elles engendrent un bouleversement de leur mode et de leur qualité de vie. C'est pourquoi, il est nécessaire de prendre en compte dans ces relations de soins tous les aspects socio-environnementaux de la personne et de leur entourage afin d'être attentifs à leurs besoins dans le but d'améliorer la prise en soin et de maintenir une relation de confiance.

Pour GROSCLAUDE (2007) il est nécessaire que les soignants mettent en avant leurs connaissances et notamment intègrent le soin relationnel aux soins techniques et somatiques dès l'admission du patient. C'est en intégrant cette dimension psychique et relationnelle que le soignant pourra se sentir gratifier, cela ne pouvant être que bénéfique pour le patient. Le soignant devenant source et non distributeur de soins dans une véritable relation avec le patient.

2.2. La sédation profonde

2.2.1. Définition

Dans l'ouvrage *Analgesie et sédation en réanimation*, BONNET et LESCOT (2010) nous invitent à considérer la sédation comme le *"soin de support de la technique"* (p.11), permettant de réaliser chez des patients des soins invasifs. Elle a pour objectif de participer à l'amélioration du confort global du patient.

POURRIAT (2001) définit la sédation de façon plus élargie comme *"l'utilisation de moyens médicamenteux ou non, destinée à assurer le confort physique et psychique du patient, et à faciliter les techniques de soins"* (p.5).

Les visées de la sédation sont nombreuses et dépendent de la situation que rencontre le patient. Les objectifs principaux sont (*Méga Guide Stages IFSI, 2015, p. 1910*) :

- d'améliorer le confort du patient en luttant contre la douleur, l'anxiété et le manque de sommeil
- d'assurer la sécurité du patient agité, ainsi que celle du personnel soignant
- de faciliter les soins et en garantir l'efficacité

- d'optimiser les bénéfices de la ventilation mécanique en permettant l'adaptation au respirateur
- de faciliter les actes à visée diagnostique et thérapeutique de courte durée
- de réduire la réponse neuroendocrinienne au stress dans les quelques situations où son effet délétère est établi de manière convaincante

2.2.2. Les différents modes de sédation

Les thérapeutiques mises en œuvre pour pratiquer la sédation peuvent-être différenciées en deux catégories : les thérapeutiques non médicamenteuses et les thérapeutiques médicamenteuses. Nous allons ici nous intéresser uniquement à celles médicamenteuses.

Les traitements médicamenteux principaux sont les suivants :

- les morphinomimétiques : on retrouve dans cette famille la morphine et ses dérivés comme le fentanyl ou encore le sufentanil. Ils sont utilisés pour leurs propriétés analgésiques et de dépression respiratoire, favorisant une meilleure adaptation du patient au respirateur.
- les benzodiazépines : molécules aux multiples propriétés (anxiolytique, sédatif, myorelaxant et amnésiant) les benzodiazépines sont actuellement les produits les plus prescrits avec comme molécule de référence le midazolam (Hypnovel).
- la kétamine : la kétamine procure un effet analgésiant superficiel et possède une durée d'action brève ce qui permet le maintien de la respiration spontanée du patient.
- le propofol, appelé également diprivan, bénéficie de propriétés hypnotiques. L'effet anxiolytique et analgésique de cette molécule est faible c'est pourquoi il est utilisé dans le cadre de sédation de courte durée. Il a toutefois comme avantage une rapide réversibilité, ce qui permet un réveil rapide des patients.
- les curares : ils entraînent un blocage neuromusculaire ce qui a pour conséquence d'engendrer un relâchement musculaire. Par cette propriété, les curares jouent un rôle fondamental dans l'adaptation complète des patients au respirateur. Cependant, les curares n'ont aucun effet sédatif et doivent donc être utilisés en association avec l'une des molécules citées précédemment.

Pour ARGO et BONNET (2010), jusqu'à aujourd'hui, aucune molécule ne bénéficie de toutes les qualités exigées afin d'assurer une sédation et une analgésie idéale. Afin d'améliorer le confort du patient, il est d'usage d'associer systématiquement une molécule aux effets hypnotiques à celle analgésiante.

Actuellement, les molécules les plus utilisées à visée sédatrice et analgésique sont l'association de midazolam ou de propofol et d'un morphinique.

Les qualités décrites par ces deux auteurs sont : la bonne tolérance hémodynamique et respiratoire, l'absence d'accumulation dans l'organisme, l'amnésie et l'anxiolyse.

2.2.3. Les modalités de surveillance

Le degré de sédation est fonction d'une part des drogues utilisées mais également du but recherché. Pour MANTZ et al., (2010), le niveau de sédation idéal est celui qui permet d'éviter en permanence une sédation trop profonde et une sédation trop légère, toutes deux induisant une surmorbidity. Cet objectif est difficile à atteindre car il varie en fonction de nombreux paramètres.

Le rôle de d'infirmier(ère) dans la prise en soin de ces patients va donc être d'évaluer le degré de sédation de façon régulière afin d'assurer la prise en soin de ces patients et de les préserver des éventuels effets secondaires notamment sur le plan cardiovasculaire, neurologique, respiratoire et digestif.

D'après HAMADA et al. (2010), La SFAR-SRLF préconise d'évaluer de façon régulière l'analgésie et la conscience et de compléter par l'appréciation de l'agitation et l'anxiété.

Pour se faire, différents outils ont été développés. Ils correspondent à des échelles cliniques d'évaluation à l'aide desquelles un score va être attribué au patient, basé sur différents critères. Le choix d'une échelle est différent en fonction du service dans lequel nous nous trouvons et jusqu'à ce jour aucune étude n'a montré la supériorité d'une échelle par rapport à une autre.

L'évaluation de la conscience peut être déterminée par l'échelle de Ramsay (Cf Annexe I). Il s'agit de l'outil le plus ancien et le plus utilisé. Elle est composée de 6 niveaux : 5 items permettent de qualifier le niveau de conscience du patient et 1 item est basé sur l'agitation. Cette échelle est d'utilisation simple. Toutefois, cette simplicité peut être critiquée notamment sur son manque de précision.

Une autre échelle largement utilisée est celle de Richmond (Cf Annexe II) appelée également RASS pour Richmond Agitation Sedation Scale. Cette échelle a été traduite en français sous le nom de l'échelle de la vigilance-agitation de Richmond. Elle a pour avantage de prendre en considération le degré de conscience et d'agitation du patient. L'échelle est définie par 10 niveaux allant de +4 à -5 : les niveaux positifs déterminant l'agitation et les niveaux négatifs ceux de la conscience.

L'évaluation de la douleur chez les patients en sédation profonde est basée sur une échelle comportementale. La plus utilisée dans ce domaine a été établie par l'équipe de réanimation de Grenoble. L'échelle BPS pour Behavioral Pain Scale (Cf Annexe III) se compose de 3 items chacun décomposé en 4 niveaux. Plus le score obtenu est élevé, plus le patient est inconfortable.

L'expérience acquise suggère que l'emploi d'échelles optimise la prise en soin des patients sédatisés.

2.2.4. Les complications de la sédation

De nombreuses complications font suite à l'administration des thérapeutiques médicamenteuses permettant la sédation. En effet, la sédation et l'analgésie demande de puissantes thérapeutiques non dénuées d'effets secondaires majeurs.

Nous allons nous intéresser ici aux effets indésirables liés uniquement à la sédation. Dans un premier temps, nous aborderons ceux pouvant apparaître durant la période d'administration de la sédation puis nous détaillerons ceux à l'arrêt de la sédation.

Selon la molécule utilisée, des effets indésirables organiques peuvent survenir à différents niveaux. Sur le plan cardiovasculaire, certaines molécules comme le midazolam ou le propofol, ont des effets vasodilatateurs artériels pouvant engendrer une baisse significative de la pression artérielle. Au niveau respiratoire, un grand nombre de thérapeutiques de sédation dont les morphiniques sont de puissants dépresseurs respiratoires dont l'effet se potentialise.

Selon ONGER et al. (2010), des données récentes ont mis en évidence le rôle des morphiniques comme agent immunosuppresseur favorisant l'infection chez ces patients. Il est à noter la possibilité de réactions anaphylactiques graves lors de l'utilisation des curares et une acidose lactique mortelle, appelée Propofol Infusion Syndrome (PRIS) avec le propofol. Outre les effets particuliers de chacune de ces molécules, de nombreux autres facteurs environnementaux interviennent et engendrent la perturbation du sommeil physiologique des patients. Il est également suggéré que la confusion mentale, avec ou sans agitation, représente 30 à 80 % des pathologies en réanimation. Indirectement, la sédation induit des complications provoquées par l'alitement prolongé. On peut citer : la stase digestive, l'ulcération cornéenne, la thrombose veineuse, les escarres et une rétention urinaire. Lors de l'arrêt des sédations peut apparaître un syndrome de sevrage qui se caractérise par un syndrome confusionnel avec agitation. Les symptômes peuvent se manifester 2 à 10 jours après l'arrêt. Sur le plus long terme, la SOFIA met en évidence des complications neurocognitives tardives ainsi que des mémorisations difficilement supportables. Est cité " la mauvaise qualité du contrôle de la douleur, la soif, les troubles du sommeil" comme éléments de souvenirs pénibles engendrant "de véritables syndromes de stress post-traumatiques avec phobie des blouses blanches". Toutefois, le rôle des agents de la sédation reste à préciser et il est à noter que "les mémorisations pénibles à distance du séjour en réanimation étaient plus fréquentes pour des niveaux de sédation profonds."

Certains patients ont pu témoigner de leurs expériences à l'arrêt de la sédation, lors de leur phase de réveil, comme le rapporte BELLON (2008) qui s'exprime sur son réveil en janvier 2007, après 13 jours de sédation, et décrit des "délires angoissants" et des hallucinations où le réel et l'imaginaire ne font qu'un.

2.3. Vers le concept du prendre soin infirmier

2.3.1. Le soin

Avant de parler de prendre soin, il est important de comprendre le sens du mot "soin". A partir du XVII^e siècle, le sens du mot "soin" aborde une approche plus médicale (*Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (2021) p. 482). En s'intéressant uniquement à son sens dans le domaine de la santé, il peut-être définis comme "Moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade" (*Le petit Larousse illustré*, 1997, p. 947)

Pour HESBEEN (1997), " *Le soin relève ainsi de l'attention. Il désigne le fait d'être attentif à quelqu'un ou à quelque chose pour s'occuper de son bien-être ou de son état, de son bon fonctionnement. Plus précisément, l'expression "prendre soin" ou "faire avec soin" souligne cette attention particulière que l'on va porter à soi-même ou à l'autre, à un objet ou à la tâche qu'on est en train d'accomplir.*" (p.7).

2.3.2. Les soins infirmiers

La profession d'infirmier(ère) est définie par l'article L 4311-1 du Code de la santé publique comme "(...) toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers...". La question se pose de savoir que sont les soins infirmiers ?

Ces soins infirmiers peuvent avoir pour sens d'être "les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés (...) Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes." (*Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 5e éditions, 2021, p. 489).

Selon la terminologie des soins infirmiers, cette science vise à "offrir à une personne et, ou à une collectivité un ensemble de prestations qui concourent à répondre à leurs besoins de santé"(p. 489).

Toutefois, de nombreux auteurs au fil des siècles ont amené leur propre définition et vision des soins infirmiers. Dès 1859, NIGHTINGALE, pionnière des soins infirmiers modernes, accompagnée par les meneurs contemporains de ce siècle, ont défini ces soins comme un art moral, une science mais aussi tout simplement une pratique à part entière.

NIGHTINGALE (1860) s'accorde à dire que les soins infirmiers doivent permettre au malade de se trouver dans des conditions optimales afin de favoriser l'action de la nature. Environ un siècle après cette première définition des soins infirmiers, en 1960, une nouvelle vision est décrite par HENDERSON (1994) comme une réponse aux besoins primaires de chaque individu. Ces besoins primaires ou fondamentaux correspondent à la nécessité vitale à tout être humain qu'il soit malade ou sain.

Le soin infirmier n'est pas une succession de tâches. Il requiert des habiletés et des connaissances. Il se conçoit dans le questionnement, dans une réflexion éthique ainsi que dans une approche holistique de la personne bénéficiaire de soins.

Toutes ces approches des soins infirmiers ont permis de découler vers un concept au cœur de cette profession : le prendre soin.

2.3.3. Le prendre soin

La notion de prendre soin peut-être définie comme *"être attentif à, veiller sur"* (Le petit Larousse illustré, 1997, p. 947). Elle a donc pour sens de définir la personne capable d'être à l'écoute, d'agir envers quelqu'un ou quelque chose avec attention, d'être prévenant.

Pour HESBEEN (1997), cela *"désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir la santé"* (p. 8). Cette *"attention particulière"* a donc pour objectif d'apporter de l'aide lors d'une situation singulière en mettant en avant, pour la personne aidante, ses compétences professionnelles acquises.

Lorsque nous décomposons cette définition, un terme vient attirer notre attention, celui de *"bien-être"*. Des auteurs quel que FRANCÈS (2015) viennent renforcer cette notion puisque pour elle, lorsqu'une personne entreprend de *"prendre soin"*, elle s'appuie sur sa propre *"représentation du bien", de ce qui doit-être "bien fait" pour "le bien" du patient dont il soigne et accompagne."* (p. 12).

Cette notion de *"bien-être"* est un concept à lui seul pouvant dépendre du contexte dans lequel il est utilisé mais également de la culture dans laquelle nous nous trouvons. Ainsi nous pouvons dire que le prendre soin d'une personne nécessite une réflexion portée par une démarche éthique. Quatre principes éthiques peuvent alors être dégagés : la non-malfaisance, l'autonomie, la justice et la bienfaisance.

2.3.4. Le Caring

Dans les années 1970, émerge aux Etats-Unis le concept du caring qui a été défini par MAYEROFF (1971) comme *“l’activité d’aider une autre personne à croître et à s’actualiser, un processus, une manière d’entrer en relation avec l’autre qui favorise son développement”* (p. 2).

WATSON (1998) adapte le care aux soins infirmiers en 1979, basé sur le postulat que pour entrer dans cette perspective, il faut faire preuve de valeurs humanistes et altruistes ainsi que d’une présence authentique, consciente et ouverte pour concevoir la relation comme transformatrice pour chacun.

HESBEEN (1999), reprend la définition de Jean Watson qui *“nous invite à aborder la discipline infirmière comme la science du caring. [...] elle définit le caring comme un ensemble de facteurs (...) qui fondent une démarche soignante favorisant soit le développement ou le maintien de la santé soit une mort paisible.”* (p. 2).

Pour HESBEEN (1999), le caring est présenté comme une théorie, une philosophie et une science. *“La tonalité générale qui s’en dégage est explicitement humaine et relève essentiellement du courant existentiel, c’est-à-dire attentif à la personne dans la singularité de son existence.”* (p. 7). Il différencie *“faire des soins à quelqu’un”* c’est-à-dire en considérant l’être humain comme un corps-objet et *“prendre soin de quelqu’un”* en considérant l’être comme un corps sujet qui a besoin de sens et d’une attention particulière.

3. Enquête exploratoire

3.1. Dispositif méthodologique

Dans le but de compléter les données apportées à ma question de départ par mon cadre théorique, j’ai réalisé par une approche qualitative deux entretiens auprès de professionnels de santé, à l’aide d’un guide d’entretien (Cf Annexe IV).

Ce guide comprend 8 questions ouvertes facilitant a posteriori la comparaison des réponses données aux informations issues de mon cadre conceptuel. Ces questions ont été réalisées à partir de 6 objectifs déterminés par les informations recueillies dans le cadre théorique. Les objectifs sont inscrits de la manière suivante :

- Établir un lien entre le parcours professionnel (la formation) et les compétences professionnelles afin d’entrer en communication avec un patient sédaté
- Déterminer le type de communication mis en oeuvre par l’infirmier(ière)

→ Déterminer et comprendre les outils utilisés pour établir/ permettre une communication avec le patient sédaté

→ Déterminer les différents niveaux de difficultés rencontrés par l'infirmier(ière)

→ Déterminer les stratégies d'adaptation mis en place par l'infirmier(ière)

→ Déterminer les compétences nécessaires à la prise en soin des patients en état de sédation

Les entretiens ont été menés de manière semi-directive, de façon à recueillir des informations précises issues de ma grille tout en permettant aux professionnels de s'exprimer plus largement sans avoir le sentiment d'enfermement. Mes entretiens d'une durée variable de 15 à 30 minutes, se sont tournés vers des infirmiers(ères) étant donné que ma question de départ ciblait cette population. Pour des raisons en lien avec la situation sanitaire actuelle, les entretiens ont été réalisés auprès de deux soignants d'un même service de réanimation chirurgicale d'un Centre Hospitalier Universitaire de la région d'Ille et Vilaine. Afin de garantir une retranscription fidèle des entretiens et de ne pas passer à côté d'informations essentielles, je les ai enregistré à l'aide d'une application magnétophone disponible sur mon téléphone.

A la suite de ces entretiens, j'ai procédé à la retranscription de chacun d'entre eux (*Cf Annexe V et VI*) puis j'ai réalisé une exploitation des données permettant d'examiner les rapports de ressemblance et de différence pour chacune des questions abordées à partir de tableaux de classement (*Cf Annexe VII*). J'ai ensuite fait le choix d'analyser puis de synthétiser les résultats suivant les objectifs précédemment fixés.

3.2. Analyse descriptive

3.2.1. Population cible

Mes entretiens ont été réalisés auprès de 2 infirmiers* exerçant au sein d'un même service en réanimation chirurgicale dans un Centre Hospitalier Universitaire. L'âge des professionnels était compris entre 30-40 ans pour l'infirmier 1 et entre 50-60 ans pour le second. Tous deux ont exercé en service de réanimation très tôt après leur diplomation et ont respectivement 11 et 22 ans d'exercice en tant qu'infirmier en réanimation chirurgicale. Avant d'avoir débuté dans ce service, l'infirmier 1 a commencé par 4 ans dans un pool de remplacement alors que le second a commencé par 5 ans en salle de réveil suivi de 6 mois en tant qu'infirmier à domicile.

* Lire partout infirmier / infirmière

3.2.2. Les différents types de communication

Faisant suite à ma question sur les méthodes utilisées par les professionnels afin d'entrer en communication avec des patients en sédation profonde, deux profils se distinguent : l'un portant sur une communication verbale et un autre orienté vers une communication non verbale.

L'infirmier 1 se base quasiment exclusivement sur de la communication verbale. Il explique parler normalement aux patients sédatisés, *"comme avec les patients conscients"*. Systématiquement, lors des soins, il prend le temps d'expliquer les gestes qu'il va réaliser.

L'infirmier 2 utilise également la communication verbale non pas pour expliquer les soins mais pour amener le patient inconscient à être rassuré et qu'il se sente en sécurité. Elle dit communiquer davantage avec les patients en réanimation qu'avec ceux pouvant se trouver dans d'autres services.

Si l'infirmier 1 dit ne pas pratiquer d'autres types de communication, l'infirmier 2 pratique la communication non verbale afin d'entrer en communication. Pour cela, il utilise de la musique douce et calmante mais également le toucher. L'infirmier 2 insiste sur l'une des méthodes qu'il a mis en place : toucher le front de la personne et lui prendre la main, permettant d'apaiser le patient.

Pour l'infirmier 2, l'environnement est également un facteur influençant. Pour entrer en communication avec un patient en sédation profonde, le lieu doit être calme et non bruyant.

3.2.3. Le ressenti des soignants

Face à l'absence de retour de communication de ces patients en état de sédation profonde, quatre outils d'évaluation ont pu être mis en évidence par les soignants. L'absence de retour de la communication peut être pour les infirmiers interrogés un facilitateur, un inhibiteur, frustrateur et unilatéral.

L'infirmier 1 exprime le fait que pour lui l'absence de retour de la personne est un facilitateur : cela rend la communication plus facile. Toutefois, il doit également faire face à des facteurs inhibiteurs. En effet, il manifeste sa pensée sur ses difficultés à se projeter notamment sur les douleurs que peut ressentir le patient.

L'infirmier 2 exprime quant à lui le fait que tout simplement, la communication est plus difficile avec ce type de patient. Il met en avant le fait que faire face à ces patients qui sont dans l'impossibilité de communiquer lui évoque un sentiment de frustration.

Les deux infirmiers s'accordent à dire que la communication est pour eux unilatérale.

3.2.4. Les outils de la communication

Les outils utilisés pour établir une communication avec les patients sédatisés diffèrent d'un soignant à l'autre. En effet, l'infirmier 1 n'a pas connaissance d'outils utilisés pour établir la communication. Il indique que pour lui, l'une des méthodes est la projection. Il explique qu'il essaie de se projeter *“comme si le patient n'était (...) pas forcément conscient mais qu'il réagissait en fait aux soins”*. Ainsi s'il estime qu'un soin n'est pas porteur de douleur pour lui, il ne le sera probablement pas pour le patient.

A l'inverse, l'infirmier 2 décrit certains outils qu'il utilise lors des soins. La musique est pour lui un outil de communication à disposition des soignants. Pour évaluer la douleur et le confort du patient, il utilise le RASS et le BPS, tout en précisant que le RASS n'est pas utilisé uniquement pour la douleur.

3.2.5. Les différents niveaux de difficultés rencontrés par les soignants

Pour l'infirmier 1, la principale difficulté rencontrée est celle de la douleur. En effet, le soignant revient un grand nombre de fois sur ce terme en exprimant ses difficultés à se rendre compte de la présence de la douleur chez le patient sédatisé mais également à parfois s'y projeter. Il dit avoir *“peur de faire mal au patient”*. Une autre de ses difficultés est celle de ne pas arriver à percevoir l'inconfort chez ces patients. La sédation peut aussi être un obstacle rencontré puisque ce même infirmier manifeste sa crainte de ne pas se rendre compte du niveau de sédation quant aux patients curarisés et notamment le fait que ces patients ne peuvent réagir suite à la curarisation mais qui ne sont pas assez sédatisés et donc conscients de ce qui se passe autour d'eux, sans pour autant avoir la possibilité de le manifester.

Les difficultés décrites par l'infirmier 2 sont quant à elles axées sur l'agitation, particulièrement sur l'agitation difficilement contrôlable. Elle évoque également, le fait que tout simplement, il est difficile de communiquer avec un patient en sédation profonde.

3.2.6. Les stratégies d'adaptation mis en place par l'infirmier(ière)

Les infirmiers mettent en œuvre différentes stratégies d'adaptation afin de résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés. Pour l'infirmier 1, celui-ci énonce un postulat qu'il a lui-même développé : *“si il n'y a pas de réaction, c'est qu'il n'y a pas de douleur”*. Un autre moyen est de s'appuyer sur ses collègues, notamment aide-soignants, afin de déterminer si durant les soins prodigués, ils ont pu observer des réactions pouvant laisser penser à de l'inconfort. Se renseigner est pour lui un bon indicateur d'évaluation des douleurs.

Les deux infirmiers se mettent d'accord sur le fait que parler avec le patient reste une façon de pallier les difficultés rencontrées.

De la même façon, tous deux s'expriment sur l'agitation qui peut être apaisée par l'augmentation des sédatifs. L'infirmier 1 complète en précisant que cette élévation du dosage peut se faire aussi bien sur les sédatifs que sur les antalgiques de façon ponctuelle, lors d'un soin pouvant causer d'importantes douleurs. Pour anticiper ces douleurs, l'infirmier 1 transpose les soins sur lui. Pour lui, la surveillance des paramètres vitaux tels que la tachycardie, viennent compléter cette précédente stratégie et permet de mettre en avant l'apparition de douleur ou d'inconfort chez le patient. Pour l'infirmier 2, l'environnement est également un moyen de calmer l'agitation du patient.

3.2.7. Le prendre soin infirmier

Pour les deux soignants, le prendre soin infirmier passe par la communication. En effet, l'infirmier 1 évoque le fait que parler permet selon lui d'humaniser les soins. Il s'exprime sur l'importance du langage verbal notamment au levé de la sédation du patient. Pour lui, le fait que le patient soit sédaté ne doit pas engendrer la manière de prendre en soi : *“j’essaie de réagir de la même façon [qu’avec un patient non sédaté], d’expliquer de la même façon”*.

De même l'infirmier 2 explique l'importance d'établir une relation par la communication afin de mettre les patients en confiance dans un environnement qui ne leur est pas familier. Il précise que ce n'est pas uniquement du rôle de l'infirmier de parler au patient mais bien de celui de tous les soignants.

Une autre méthode définie par les deux infirmiers est celle du toucher. Si l'infirmier 1 précise qu'il ne le pratique pas car il n'a pas eu de formation à ce sujet, l'infirmier 2 dit réaliser ce type de communication chez les patients se trouvant dans un coma profond. Les massages également sont pour lui le moyen d'apporter du bien-être à la personne.

L'infirmier 2 développe ensuite différentes techniques de communication non verbale qu'il met en place afin de prendre soin du patient en état de sédation profonde. La première est basée sur les odeurs en utilisant l'aromathérapie ou les odeurs du domicile comme une odeur de parfum ou des objets venant directement de chez eux. La seconde technique est basée sur l'écoute. La musicothérapie est un moyen de communiquer mais aussi passer dans la chambre du patient des enregistrements des voix de leur famille, de leurs proches afin de maintenir un lien affectif.

3.2.8. Les compétences nécessaires à la prise en soin des patients en sédation profonde

Les compétences pour prendre en soin un patient en sédation profonde décrites par ces deux infirmiers peuvent-être différenciées en trois catégories : l'une basée sur le comportement, une autre axée sur l'explication des soins et la dernière autour de l'écoute.

En effet, les aptitudes comportementales sont définies pour l'infirmier 1 par le calme, l'apaisement ainsi que la gestion du stress qui pour lui ne doit pas être communiqué au patient. Pour lui, l'intonation de la voix joue également un rôle quant à la prise en soin d'un patient sédaté. Celle-ci doit être apaisante et dans un rythme lent. L'infirmier 2, met en évidence le fait d'être rassurant et de mettre en sécurité le patient.

“Essayer de bien expliquer les soins” est pour l'infirmier 1 une compétence à mettre en avant pour la prise en soin des patients en sédation profonde alors que pour l'infirmier 2, c'est l'écoute. Il précise *“qu'on est là pour écouter les patients”*.

3.2.9. L'impact de la sédation a posteriori chez les patients sédatés durant une longue période

Si l'infirmier 1 n'a eu aucun retour d'expérience de patient à l'issue de la phase de sédation, et que pour lui l'utilisation du Midazolam engendre des amnésies du passage en réanimation, l'infirmier 2, quant à lui, indique qu'il a pu rencontrer, bien des mois après une levée de sédation, un patient ayant des réminiscences portant sur son vécu alors qu'il était sédaté.

Les propos rapportés par ce patient ainsi que par d'autres à l'infirmier 2 indiquent l'entente de bruits, de souvenir de prénom de soignant ou de voix autour d'eux. Suite à ces témoignages, l'infirmier 2 a mis en place certaines dispositions comme fermer les portes lors des soins et travailler dans le silence.

3.3. Analyse interprétative

3.3.1. Les différents types de communication

Les différents types de communication mis en évidence par les deux soignants sont d'une part la communication verbale qui est utilisée par tous deux et la communication non verbale qui quant à elle est pratiquée uniquement par l'IDE 2. La pratique de l'IDE 2 concernant la communication rejoint ce que BIOY et al. (2013) appelle une communication "*globale et diversifiée*" ne sachant pas à quel type de communication le patient en état de sédation profonde sera le plus réceptif, il est pour lui important d'utiliser aussi bien une communication verbale que non verbale. Pour GLEMEE et al. (2013) la communication doit davantage passer par la communication non verbale partant du fait qu'il est plus difficile pour le soignant de se dire que le patient peut entendre les propos entretenus auprès de lui. En ce qui concerne la pratique de la communication non verbale, l'IDE 2 décrit sa manière d'apaiser le patient en appliquant sa main sur le front de la personne sédaturée et de lui prendre la main. Cela rejoint, comme cité plus haut, la communication passant par le langage gestuel de GLEMEE et al. (2013), au travers d'une "*simple*" caresse sur la main.

A l'inverse, l'IDE 1 considère le patient en état de sédation profonde comme tout autre patient non sédaturé et base alors sa communication sur une communication verbale quasiment exclusivement.

3.3.2. Le ressenti des soignants

Lors de l'absence de retour de communication des patients sédaturés, les deux infirmiers s'accordent à dire que la communication est pour eux unilatérale. Cela rejoint la vision de GLEMEE et al. (2013) où l'établissement d'une communication dans une telle situation apparaît comme "*à sens-unique*". Comme le souligne la théorie de Shannon et Weaver, différents "*bruits*" peuvent intervenir et entacher la communication dont l'absence de retour du récepteur en fait partie. L'émetteur ne peut savoir si le message émis a bien été compris du patient et cela peut engendrer chez lui de l'incompréhension voire de l'anxiété. L'IDE 2 adhère à cette vision, puisqu'il s'exprime sur le sentiment de frustration que lui évoque l'absence de retour de communication face à ces patients. D'une manière contraire aux auteurs et à l'IDE 2, l'IDE 1 ressent cette absence de retour de la personne comme facilitateur.

3.3.3. Les outils de la communication

Les outils utilisés pour établir une communication avec un patient sédaté sont pour l'IDE 2 ceux recommandés par la SFAR-SRLF cité par HAMADA et al. (2010). La SFAR-SRLF souligne l'importance d'évaluer de façon régulière l'analgésie et la conscience et de compléter par l'appréciation de l'agitation et l'anxiété. Pour ce faire l'échelle RASS est utilisée pour considérer le degré de conscience et d'agitation du patient et est complétée par l'échelle BPS pour veiller au niveau de douleur que ressent le patient. L'IDE 2 évoque également comme autre moyen de communication la musique ce qui rejoint l'idée de la communication faite d'attention à l'aide de la stimulation auditive décrite par GLEMEE et al. (2019). A l'inverse, l'IDE 1 expose une méthode de projection pour outil de communication.

3.3.4. Les différents niveaux de difficultés rencontrés par les soignants

Comme cité dans le cadre conceptuel, GROSCLAUDE (2007) dit que *“penser le patient comme partenaire, alors qu'il est absent, inerte ou agité, difficile d'accès, peut sembler un obstacle infranchissable au soignant déjà mobilisé par le stress de la technique et de l'urgence, en prise à ses propres sentiments d'incertitude, d'isolement et de découragement”* (p.42). Les niveaux de difficulté rencontrés par les soignants se réfèrent à l'absence de retour des patients sédatisés. Si pour l'IDE 1 la perception de la douleur et de l'inconfort est source de difficultés, l'IDE 2 met en avant l'agitation et l'absence de retour de communication.

3.3.5. Le prendre soin infirmier

Si pour HESBEEN (1997) le prendre soin infirmier correspond à *“cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir la santé”* (p. 8). Pour concrétiser cette aide, les soignants doivent pouvoir mettre en avant les compétences et les qualités qui font d'eux des professionnels avertis. Pour les deux IDE, le prendre soin passe avant tout par la communication verbale. Les deux professionnels s'accordent à dire que le toucher est également un moyen de communiquer cette valeur soignante. Afin de contribuer au bien être des patients en état de sédation, l'IDE 2 met en œuvre des techniques pouvant évoquer des souvenirs aux patients en stimulant leur odorat ou leur ouïe.

3.3.6. Les compétences nécessaires à la prise en soin des patients en sédation profonde

Au-delà des compétences inscrites dans le référentiel de formation des professionnels de santé, les IDE décrivent des compétences comportementales telles que le calme, l'apaisement et la gestion du stress. L'écoute est également pour l'IDE 2 une compétence permettant de mieux prendre en soin un patient sédaté.

3.3.7. L'impact de la sédation a posteriori chez les patients sédatés durant une longue période

L'IDE 2 évoque, plusieurs mois après la levée des sédations, des bribes de souvenirs qu'ont pu décrire des patients autour de bruits ou de voix. Ces expériences vécues rappelle celle rapportée par Rachel BELLON (2008), citée plus haut, s'exprimant sur son réveil à la suite de 13 jours de sédation et décrivant des "*délires angoissants*" et des hallucinations où le réel et l'imaginaire se confondent. Si cet infirmier s'exprime sur le fait que suite à ces retours de patients, il a pu modifier certains aspects de sa pratique professionnelle, rien n'a pu être relevé dans le cadre conceptuel sur de tel changement chez les soignants.

4. Discussion

Concernant les différents types de communication instaurés par l'IDE, le cadre conceptuel a fait ressortir qu'il n'existait pas de véritable accord sur une méthode de communication appliquée aux patients en état de sédation profonde. Cette même observation en ressort lors de la phase d'analyse descriptive. Toutefois, la communication verbale s'est imposée comme le premier moyen d'entrer en communication avec le patient sédaté. La communication non verbale est réduite de manière générale au simple toucher. Néanmoins, l'un des professionnels met en avant d'autres aspects de la communication non verbale portant sur l'audition et l'odorat.

A mon sens, il n'existe pas une manière de communiquer avec le patient sédaté. L'instauration d'un type de communication est propre à chacun et dépend avant tout de la personnalité du soignant. Qu'il s'agisse de la communication verbale ou non verbale, celle-ci doit être employée en adéquation avec les valeurs que porte le soignant. Cependant, la communication avec le patient sédaté est essentielle pour une bonne prise en soin.

L'absence de retour de communication des patients sédatisés en ressort comme une difficulté pour l'un des soignants interrogé. A l'inverse, l'autre soignant voit cette absence de retour comme facilitateur. Les moyens à disposition des soignants ne sont pas connus de tous et varient d'un professionnel à l'autre. Les outils cités par l'un des infirmiers sont similaires à ceux évoqués dans le cadre conceptuel. La projection est un outil que je n'ai pas abordé et qui me semble intéressant à approfondir. Le soignant doit faire face à l'absence de retour de communication qui peut-être perçu comme un véritable bouleversement émotionnel et personnel, pouvant engendrer une remise en cause de ses compétences soignantes. Néanmoins, les difficultés rencontrées ne doivent pas être un frein à l'établissement de la communication. Pour pallier cela, différents moyens s'offrent à nous pour adapter au mieux la communication. Il reste important de poursuivre les recherches sur le ressenti des patients sédatisés afin de mieux discerner ce qu'ils ressentent, ce qu'ils comprennent, ce qu'ils sont en train de vivre. Cela est essentiel pour permettre d'établir des moyens de communication pertinents. Les faits relevés par l'IDE concernant le retour des patients a posteriori de leur séjour en réanimation sont semblables à ceux évoqués dans le cadre conceptuel. Suite à ces retours de patients, une évolution de ses pratiques soignantes a été observée. Malheureusement, ce dernier aspect n'a pas été abordé faute de données dans la littérature mais mérite d'être approfondi. Une étude plus large de ce phénomène permettrait à tous les soignants une évolution et une adaptation de leurs pratiques quotidiennes

Il n'y a pas de compétences techniques particulières à mettre en œuvre pour prendre soin des patients en sédation profonde, celles-ci sont plutôt d'ordre relationnel (être rassurant, garder son calme, être apaisant) et s'acquièrent avec la pratique. Ce sont des compétences nécessaires dans tous les domaines de la profession d'infirmière mais qui se révèlent être ici particulièrement importantes du fait de la condition du patient. Si les compétences techniques sont essentielles à la bonne prise en soin des patients en état de sédation profonde, l'acquisition de compétences relationnelles n'en est pas moins primordiale. Il est de notre devoir de soignant de tout mettre en œuvre pour communiquer au mieux avec ces patients.

Concernant la question posée sur le prendre soin infirmier, lors de l'interview, celle-ci n'est pas interprétable puisque la définition du prendre soin n'était pas la même du point de vue de l'interviewer et de l'interviewé. Elle englobe donc en partie la première question. Il aurait été intéressant de poser la question de ce qu'est le prendre soin pour chaque IDE interviewé.

Il est à noter que cette étude présente d'autres biais. Bien que de nombreuses valeurs soient partagées par les différents professionnels du soin, chacun est singulier et possède sa propre vision du soin. Les affects personnels en outre, peuvent influencer la prise en soin du patient.

Pour une étude plus approfondie, il serait intéressant d'interviewer un plus grand nombre de professionnels aux expériences variées. De surcroît, varier le type d'établissement et de service aurait pu être porteur de données supplémentaires afin d'obtenir une diversité de réponses. En effet, d'un établissement à un autre mais également d'un service à un autre, la politique de soins est variable même si des ressemblances sont imposées au sein même de ces établissements.

Dans ce travail, je me suis demandée en quoi la communication instaurée par l'infirmier(ère) auprès d'un patient en sédation profonde participe au prendre soin ?

Cependant je me suis rendue compte que cette question a évolué au cours de cette recherche. En effet, les différents éléments de réponses apportés durant ce mémoire permettent plutôt de se demander, comment l'infirmier entre-t-il en communication avec un patient en sédation profonde ?

La réalisation de ce mémoire m'a permis de mieux appréhender le patient en état de sédation profonde. Je n'imaginais pas que la communication avec ces patients importait autant pour leur prise en soin et notamment lors de la phase de réveil. J'aurais aimé avoir davantage de temps pour me concentrer sur le vécu des patients a posteriori et pourquoi pas aller à leur rencontre. Toutefois, les démarches pour y parvenir étaient complexes notamment due à la situation sanitaire à laquelle nous devons faire face.

Cette étude m'a permis de découvrir le large champ de la communication. Je n'avais pas envisagé la diversité des supports s'offrant à nous. En tant que future professionnelle, j'ai saisi l'importance de mettre en avant ces différents moyens de communication afin d'améliorer la relation avec le patient en état de sédation profonde. A mon sens, il est nécessaire d'appréhender les différentes approches décrites au cours de cette étude afin de trouver celle correspondant au mieux au patient et nous permettant de nous y retrouver.

5. Conclusion

Au cours de ce mémoire d'initiation à la recherche, je me suis intéressée à la question suivante : en quoi la communication instaurée par l'infirmier(ère) auprès d'un patient en sédation profonde participe au prendre soin ?

Cette question faisait suite aux deux situations d'appel vécu lors de stage et faisant référence aux comportements des soignants lors de la prise en soin de patient en sédation profonde. Ces situations m'avaient amené à me questionner sur l'impact que pouvait avoir la communication des soignants lors de la réalisation d'un soin sur le ressenti et le vécu des patients a posteriori.

Suite à l'élaboration de ma question de départ, j'ai établi le cadre théorique y définissant les éléments clefs, à savoir la communication, la sédation profonde et le prendre soin. J'ai ensuite mené auprès de deux infirmiers un entretien semi directif.

A travers l'appropriation des différentes lectures et des différents entretiens réalisés auprès de professionnels soignants, ma question préalablement établie s'est vue transformer vers : comment l'infirmier(ère) entre-t-il (elle) en communication avec un patient en sédation profonde ?

Par le biais de ce travail de recherche, j'ai pu mettre en avant les différentes manières de communiquer et qu'il n'existait non pas une seule façon de communiquer mais bien une diversité propre à chaque soignant et à chaque patient. Si l'absence de retour à la communication des patients est perçue comme difficile à vivre pour les soignants, de nombreux moyens existent pour leur permettre d'améliorer et de promouvoir cette pratique qui est essentielle pour le patient.

A terme, l'avancement des techniques d'imagerie permettra de mieux saisir le ressenti des patients en sédation profonde lors des soins et permettra alors d'améliorer et d'adapter la communication auprès d'eux. Cette perspective n'a pas été abordée dans ce mémoire puisque cela se réfère à une pratique non conventionnelle mais qui pourrait potentiellement devenir une pratique courante dans un futur proche.

Bibliographie

❖ Ouvrages

Argo, V. & Bonnet, F. (2010). Les principaux agents et techniques d'analgésie par voie systémique. In F. Bonnet & T. Lescot (Dir.), *Analgésie et sédation en réanimation* (pp.23-32). Springer.

Bioy, A. & Bourgeois, F. & Nègre, I. (2013). *Communication soignant-soigné : repères et pratiques* (3e éd.).Bréal.

Bonnet, F. & Lescot, T. (2010). *Analgésie et sédation en réanimation*. Springer.

Chaïb, A. (2015). Urgences Réanimation Transfusion. In L. Sabbah (Dir.), *Méga Guide Stages IFSI* (2e éd., pp. 1775-1912). Elsevier Masson.

Eveno, B. (Ed). (1997). *Le petit Larousse illustré*. Larousse - Bordas 1997.

Grosclaude, M. (2009). *Réanimation et Coma. Soins et vécu psychique du patient*. Éditions Masson, Paris.

Hamada, S., Trouiller, P. & Mantz, J. (2010). Évaluation et monitoring de la sédation (échelles de sédation et monitoring de la profondeur de sédation). In F. Bonnet & T. Lescot (Dir.), *Analgésie et sédation en réanimation* (pp.49-78). Springer.

Henderson, V. (1994). *La nature des soins infirmiers*. InterEditions, Paris.

Marc, E. & Picard, D. (2000). *L'école de Palo Alto : un nouveau regard sur les relations humaines*. Editions Retz.

Pourriat, J.L. Pr. (2001). *Réanimation et...sédation*. Editions Médicales.

Peplau, H (1995). *Les Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEdition.

❖ Revue professionnelle

Bellon Rachel. (2008). Le jour où je me suis réveillée en réanimation.... *La revue de l'infirmière*, 57(142), 28.

Brisseau, E. et Niéda, B. (2008). L'infirmière au centre du dispositif de soins. *La revue de l'infirmière*, 57(142), 19-20.

Debout, C. (2008). Théories de soins infirmiers, un retour sur l'histoire. *Soins*, 53(724), 28-31.

Dhardemare, V. (2015). Coma et communication. *La revue de l'infirmière*, 64(213), 22-23.

Foissac, J.C., Touyere, D. et Minville, V. (2015). Qu'est ce qu'une sédation ?. *Oxymag*, 28(141), 10-13.

Francès, A.M. (2015). Prendre soin : une réflexion éthique au quotidien. *Soins Aides-soignantes*, 12(62), 12-13.

Glemee, D., Gigandet, C. et Zouad, S. (2019). Établir une relation avec un patient sous ventilation mécanique. *L'aide-soignante*, 33(205), 16-19.

Grosclaude, M. (2007). Coma et réanimation, pour une prise en charge relationnelle de qualité. *Soins*, 52(714), 41-42.

Veillard, S. (2011). Communiquer avec un patient dans le coma. *L'aide-soignante*, 25(130), 12-13.

❖ Encyclopédies et Dictionnaires

Larousse. (1997). Le Petit Larousse illustré. Editions Larousse

Paillard, C. (2021). Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. Editions Setes

❖ Textes officiels

Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. (2018). Berger Levrault. p.196

❖ Notes de cours

Le Bihan, C. (2019). Théories de la communication. Recueil inédit, Université.

❖ Sites internet

Eyland, I. & Jean, A. (2016). Exercice et apprentissage du métier d'infirmier : à la recherche du care. Éducation et socialisation. [consulté le 06/04/2021] Disponible sur : <http://journals.openedition.org/edso/1552>

Hesbeen, W. (1999). *Le caring est-il prendre soin ?* [consulté le 14/03/2021] Disponible sur :
<http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>

Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing : what it is, and what it is not.* New-York : D. Appleton and Company. [consulté le 07/03/2021] Disponible sur :
<https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID.nlm:nlmuid-68161120R-bk#page/6/mode/2up>

Onger, S. & Blarel, A. & Mantz, J. (2010). *Effets secondaires de la sédation et de l'analgésie en réanimation.* [consulté le 07/03/2021] Disponible sur :
https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/effets_secondaires_de_la_sedation_et_de_l_analgesie_en_reanimation.pdf

Annexes : table des matières

Annexe I : Échelle d'évaluation de la conscience de Ramsay

Annexe II : Échelle de la vigilance-agitation de Richmond (RASS)

Annexe III : Échelle de l'évaluation de la douleur (BPS)

Annexe IV : Guide d'entretien

Annexe V : Retranscription de l'entretien n° 1

Annexe VI : Retranscription de l'entretien n° 2

Annexe VII : Tableaux d'analyse des données

Annexe I : Échelle d'évaluation de la conscience de Ramsay

Niveau	Réponse
1	Le malade est anxieux, agité
2	Le malade est coopérant, orienté et calme
3	Le malade est capable de répondre aux ordres
4	Le malade est endormi, mais peut répondre nettement à la stimulation de la glabelle ou à un bruit intense
5	Le malade est endormi, et répond faiblement aux stimulations verbales
6	Le malade ne répond pas aux stimulations nociceptives

Annexe II : Échelle de la vigilance-agitation de Richmond (RASS)

+4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe
+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-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)

Annexe III : Échelle de l'évaluation de la douleur (BPS)

Critères	Description	Score
Expression du visage	Détendu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimace	4
Tonus des membres supérieurs	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
Adaptation au respirateur	Adapté	1
	Lutte ponctuellement	2
	Lutte contre ventilateur	3
	Non ventilable	4

Annexe IV : Guide d'entretien

Objectifs :

- Établir un lien entre le parcours professionnel (la formation) et les compétences professionnelles afin d'entrer en communication avec un patient sédaté
- Déterminer le type de communication mis en oeuvre par l'infirmier(ière)
- Déterminer et comprendre les outils utilisés pour établir/ permettre une communication avec le patient sédaté
- Déterminer les différents niveaux de difficultés rencontrés par l'infirmier(ière)
- Déterminer les stratégies d'adaptation mis en place par l'infirmier(ière)
- Déterminer les compétences nécessaires à la prise en soin des patients en état de sédation

Introduction :

Je m'appelle Ophélie Korczak et je suis actuellement étudiante en soins infirmiers. J'entame ma troisième et dernière année, l'année du MIRSI et c'est donc dans l'objectif de le rédiger que nous nous rencontrons.

J'ai réalisé mon projet de recherche autour du rôle de la communication avec les patients en sédation profonde et plus spécifiquement je me suis intéressée à la question : " En quoi la communication instaurée par l'infirmier(-ière) auprès d'un patient en sédation profonde participe au prendre soin ?"

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de bien vouloir répondre à mes questions. Pour des raisons pratiques, j'aimerais, si vous me l'autorisez, enregistrer cet entretien à l'aide de mon dictaphone. Votre anonymat sera préservé.

Questions :

Pourriez-vous brièvement vous présenter ?

→ Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

20-30 ans / 30-40 ans/ 40-50 ans / 50-60 ans

→ Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

→ Quel a été votre parcours suite à l'obtention de votre diplôme ?

Lors de votre prise de poste dans ce service, avez-vous pu bénéficier d'une formation dans la prise en soin de ces patients sédatés et notamment sur l'établissement de la communication auprès d'eux ?

Que ressentez-vous face à ces patients dans l'impossibilité de communiquer lors de vos prises en soin ?

Comment faites-vous pour établir une communication avec des patients en sédation profonde ?

Y-a-t-il dans le service, des outils permettant de vous aider dans l'approche de la communication avec les patients sédatés ?

Selon vous, quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer ? A quel niveau se situent-elles ?

Quelles stratégies d'adaptation avez-vous mis en œuvre pour pallier ces difficultés ?

Pensez-vous que le prendre soin infirmier passe spécifiquement par la communication ?

Selon vous, quelles compétences sont nécessaires pour la prise en soin des patients sédatisés ?

Avez-vous pu rencontrer un patient se souvenant d'éléments lors de sa période de sédation ? Si oui, comment avez-vous réagi ? Cela a-t-il eu un impact sur vos prises en soin ?

Conclusion :

Nous voici arrivés à la fin de cet entretien. Souhaitez-vous ajouter / aborder quelque chose qui n'aurait pas été évoqué durant cette entrevue ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé. J'en profite pour vous rappeler qu'il s'agit d'un document anonyme.

Encore merci et bonne continuation pour la suite de votre parcours.

Annexe V : Retranscription de l'entretien n° 1

EIDE : Est-ce que tu pourrais te présenter ?

Infirmier 1 : OK, donc moi c'est xxx, je suis infirmier diplômé depuis 2006. J'ai travaillé 4 ans dans le pool de remplacement, c'est le pool technique à l'époque donc ... je faisais toutes les réa : réa chir, réa méd, réa cardio, l'hémato... tous les services un peu technique la dialyse et tout ça et donc je suis arrivé en réanimation chirurgicale en 2010.

EIDE : D'accord. Au niveau de ton âge : tu as quel âge ? Tu es plus dans les 20-30 ans / 30-40 ..

Infirmier 1 : 30-40, on va aller sur les 40 là, 39 ans cette année.

EIDE : Très bien. Donc depuis que tu es diplômé, tu n'as fait que de la réa ?

Infirmier 1 : Ouais principalement et puis pendant 4 ans, j'ai fait pas mal de service dans tout ce qui était technique .. enfin il y avait Claude Bernard en maladies infectieuses. Maladies infectieuses, de l'hémato et ouais les 3 réanimations quoi.

EIDE : Lors de ta prise de poste dans ce service, est-ce que tu as pu bénéficier d'une formation dans la prise en soin des patients qui étaient sédatisés et notamment sur l'établissement de la communication auprès d'eux ?

Infirmier 1 : Alors les soins proprement ditOuais parce qu'après j'avais fait mon stage pré-pro en réanimation médicale donc j'avais déjà eu 2 mois de stage en réa donc ça j'avais un peu appris sur le tas et la communication avec le patient nan...J'ai pas eu de formation à part entière sur la communication et... les patients sédatisés.

EIDE : Donc depuis que tu es dans le service, il n'y a jamais eu ce type de formation ?

Infirmier 1 : Nan.. nan

EIDE : D'accord.... Lorsque tu es en face de ces patients qui sont dans l'impossibilité de communiquer, qu'est ce que ça te fait, qu'est ce que tu ressens ?

Infirmier 1 : J'essaie de me projeter comme si le patient était Pas forcément conscient mais qu'il réagissait en fait aux soins donc je parle plus ou moins normalement comme avec les patients conscients, je les préviens des soins que je fais ... quand je vais aspirer, je les préviens que je vais déconnecter le respi, que je vais faire une aspiration. Quand c'est ...une prise de sang, je les préviens que j'vais piquer... et voilà.. Donc je préviens beaucoup un peu comme quand les patients sont conscients en fait. Je les .. Je leur explique les gestes que j'vais faire et euh... voilà j'n'ai pas de ... de différence entre les patients. Après c'est vrai qu'il n'y a pas le retour de communication .. ouais... mais j'essaie de procéder de la même façon en fait...

EIDE : Et justement, sans ce retour de communication est-ce que ça peut te gêner dans tes soins ?

Infirmier 1 : D'la gêne nan... C'est peut-être un peu plus facile. C'est vrai que souvent quand y a pas la réaction, on est... souvent.. C'est vrai que la douleur aussi, c'est souvent, c'est projeté aussi. On estime que ça fait des soins qui font pas mal pour nous, on estime qu'ils ne font pas forcément mal pour les patients, on se projette pas mal là dessus mais... quand y a pas de réaction bin.... on essaie de s'imaginer en fait la réaction des gens ... plus comme ça.. où..

EIDE : Et comment fais tu donc pour établir une communication avec par exemple des patients qui sont en sédation profonde, est-ce que tu communique uniquement par le langage verbal ou est-ce que tu mets en place d'autres types de communication ?

Infirmier 1 : Nan c'est surtout verbale..

EIDE : Surtout verbale, d'accord..

Infirmier 1 : Ouais

EIDE :Tu n'utilises pas par exemple le toucher relationnel ou ce..

Infirmier 1 : Non ça après, non c'est vrai que j'connais pas ça.. puis.. j'ai pas eu de formation.. Mais surtout ouais verbale.. Ouais j'explique l'explication du soin et puis... ouais...

EIDE : Est-ce qu'il y a dans le service des outils qui permettent de t'aider dans l'approche de la communication avec les patients sédatisés ? Tu n'as pas eu de formation mais est-ce qu'il y a d'autres moyens enfin... qui ont été mis en place dans le service pour vous aider ?

Infirmier 1 : Nan pas à ma connaissance non...

EIDE : D'accord, et du coup, selon toi, quelles sont les difficultés que tu peux rencontrer et à quel niveau elles se situent ?... Enfin comme tu n'as pas le retour de la personne, comme elle ne communique pas, qu'est ce qui peut... le plus te poser de difficultés ?

Infirmier 1 : Bin c'est plus par rapport à la douleur en fait... au.... On ne sait pas trop... si la sédation... On estime que justement si y'a pas de réaction c'est qu'y a pas de douleur. Après c'est assez abstrait parce qu'on ne peut pas savoir euh... Si les gens sont suffisamment sédatisés des fois par rapport au .. au poids, au Maintenant avec certaines résistances aux traitements avec ... Les toxicomans et tout ça. C'est vrai que des fois on a les mêmes doses qu'on estime efficace chez un patient sont pas forcément efficace chez un autre donc euh... On a souvent des soucis chez des patients curarisés.. qui ne peuvent pas réagir parce qu'ils sont curarisés mais au final on se rend compte qu'ils ne sont pas forcément assez sédatisés en dessous donc euh.. c'est là qu'on n'a pas les réactions non plus donc euh... C'est plus là ou j'ai des soucis par rapport à... A me projeter au final par rapport à la douleur, on ne sait pas si on fait mal ou si on Le patient est inconfortable et ouais...

EIDE : Pour toi le problème principal face à ces patients qui sont dans l'incapacité de s'exprimer, ça reste vraiment la douleur ?

Infirmier 1 : Ouais, c'est plus ça qui me pose question et euh.. savoir si je fais mal et justement même de l'inconfort, pas forcément aller jusqu'à la douleur mais l'inconfort du patient ou.....

EIDE : Donc quelles stratégies tu as mis toi en place pour pallier à ces difficultés que tu rencontres comme tu n'as pas de moyen dans le service? Est-ce que toi, tu as pu développer tes propres moyens pour euh...

Infirmier 1 : Bin on s'appuie sur les ... collègues comme on travaille pas mal en binôme ... Au niveau aide-soignant c'est vrai que l'on essaie de parler un maximum sur savoir.. Quand on fait nos soins chacun notre côté on se renseigne de savoir s' il y a eu des réactions euh... du malade ou des ...

des comment... des modifications au niveau des paramètres vitaux que l'on peut mesurer genre la tachycardie que l'on peut se rendre compte si le patient est douloureux ou certains signes comme ça donc quand l'aide-soignante peut commencer la toilette par exemple, et que nous on arrive après, on peut lui demander si on a eu des réactions ou des signes d'inconfort du malade, et donc pallier à ça en faisant... en demandant au médecin si on peut sédater un peu plus le malade ou faire des antalgiques en ponctuel, juste pour la toilette ou les soins inconfortables quoi...

EIDE : Très bien ... Penses-tu que le prendre soin infirmier passe spécifiquement par la communication ?

Infirmier 1 : Bin y'a pas que ça... Après y'a communication... Y'a la communication verbale mais c'est vrai qu'y a peut-être d'autres approches, comme tu disais, les approches par le toucher et tout ça qui pourrait-être intéressant mais c'est vrai que nan j'ai pas eu de formation et j'ai pas connaissance de formation sur le... spécifique sur le service. Mais je pense que ouais c'est une grosse part de... du soin infirmier euh... notamment au levé de sédation quoi, notamment expliquer aux gens aussi ce que l'on fait, dans quelles conditions ils se réveillent et euh... ça aide beaucoup aussi à les, à les apaiser euh.. ouais...

EIDE : Justement au niveau du prendre soin infirmier, qu'est ce que tu en penses par rapport à ces patients là ?

Infirmier 1 : ...

EIDE : Est-ce que pour toi enfin... Du coup, tu as toujours travaillé en réa plus ou moins donc souvent avec des patients qui sont sédatisés et donc est-ce que dans ... Pour ton prendre soin infirmier tu... Tu le caractériserais de la même façon pour un patient qui est sédaté que pour un patient qui ne l'est pas ?

Infirmier 1 : Bin j'essaie, j'essaie un maximum de ... de transposer.. ouais les soins sur les patients conscients et inconscients en faite... J'essaie de réagir de la même façon, d'expliquer de la même façon et... ce qui peut paraître ... C'est vrai que des fois avec les familles.. Parce que souvent moi j'essaie de faire des soins, bin les soins pas trop invasifs, j'essaie de les faire devant les familles, je ne les fais pas forcément sortir quand ils sont là et c'est vrai qu'ils se demandent pourquoi on leur parle et tout ça vu qu' y a pas de réaction ouais....

Donc c'est vrai qu'au niveau des familles des fois elles sont étonnées. Mais euh... après j'pense que ça humanise aussi les patients de leur parler même s'ils sont conscients ou pas Qu'on fasse pas les gestes inconsciemment et...

EIDE : Donc pour toi, quelles sont les compétences qui sont nécessaires pour la prise en soin des patients sédatisés ?

Infirmier 1 : Euh... Des compétences... Après je pense qu'il faut rester calme euh... Assez apaisé... C'est vrai que si on est euh... Du calme j'entends dire, enfin je veux dire parler doucement, pas trop... Essayer de bien expliquer les soins et euh... gérer son stress quoi... Ne pas transmettre son stress au patient quand y'a des situations un peu compliquées... et... Voilà surtout ouais et sinon avoir une voix apaisante, ouais surtout être apaisant ...

EIDE : "Ne pas transmettre son stress au patient", donc pour toi le patient qui est sédaté ressent le stress ?

Infirmier 1 : Bin après est-ce que c'est une projection, je suis pas sûre parce que c'est vrai, on n'a pas le retour quoi donc après c'est beaucoup euh... C'est ce que j'expliquais tout à l'heure, c'est beaucoup de la projection, même au niveau de la douleur, on estime que... Des soins qui pourraient... Qui nous sembleraient inconfortables à nous, et que l'on projette un peu comme quoi ça serait sûrement inconfortable pour les patients aussi quoi.

EIDE : Est-ce que tu as pu rencontrer un patient qui se souvient d'éléments lors de sa période de sédation ? Un patient qui a été donc sédaté pendant une longue période et qui a son réveil se souvient d'éléments qui... peut-être des touchers, peut-être des voix, des choses, qui t'ont été rapportés ?

Infirmier 1 : Alors j'ai très peu d'expérience. Une où justement c'était un patient qui était curarisé et au final pas assez sédaté donc euh... Il s'est rappelé de certaines paroles de médecins... Il avait reconnu la voix du médecin quand il lui avait fait la visite, c'était une semaine après ... Et il s'était rappelé de... de paroles qu'avait dit le médecin mais pas de soin, pas de souffrance, c'était surtout la voix du médecin qu'il avait reconnu au final... et des paroles qui avaient été dites alors qu'il était curarisé et sédaté... Mais au final pas assez sédaté en fait.

EIDE : Et chez des patients qui étaient bien sédatisés, est-ce que tu as déjà eu des retours comme ça ?

Infirmier 1 : Nan, autrement nan nan, après on a ... Après l'expérience ils disent que le Midazolam quand même, fait oublier, provoque une amnésie des... des faits et du passage en réa en faite euh... Du coma en fait artificiel... Et autrement, on a très peu de retour de la phase de sédation nan on n'a pas de souvenir ouais...

EIDE : Il y a des choses que tu aimerais ajouter ?

Infirmier 1 : ... Bin par rapport à la phase de sédation, dans le service on a en place un carnet de bord qu'on donne aux familles qui le souhaitent. On peut le proposer sur les patients qui sont plongés dans des comas artificiels. Donc on le propose à la famille bin forcément initialement parce que le patient est sédaté où on a une explication sur la chambre, une photo de la chambre pour expliquer les choses et en fait les familles peuvent retracer quand y viennent, donc là c'est un peu compliqué avec le Covid parce que les visites sont assez limités mais euh... A l'origine ça a été mis en place pour ça, pour que les personnes sur un cahier de bord écrivent au jour le jour ce qui s'est passé... C'est que les familles qui écrivent dans ce dossier... Et certaines familles ont pris des photos, de leur proche dans le lit, qui ont mis dans ce cahier et le cahier est redonné au patient après en fait. Donc il retrace ce qui s'est passé, des examens ou n'importe quoi quand ils ont ... Quand ils viennent visiter leur proche et ça avait été mis en place, ça s'est un petit peu plus compliqué avec le Covid mais... Y'a ça qui avait été mis en place ouais... Pour essayer que les patients se remémorent leur passage.

EIDE : D'autres choses de ce type là existent ?

Infirmier 1 : Non y'avait que ça ici et après c'est des explications sur ce qu'il s'est passé quand les gens se réveillent en fait...

EIDE : Toi, en tant qu'infirmier dans ce service, à part au niveau douleur, ne ressens-tu pas d'autres problèmes ou gênes du fait que le patient soit sédaté et que ...

Infirmier 1 : Non moi personnellement non j'ai pas de ... Pas plus d'appréhension que ça de travailler avec ces patients là, auprès de ces patients là quoi...C'est juste ouais la douleur qui ... La peur de faire mal au patient en fait.

EIDE : Tu penses que si dans le service ils mettaient en place une formation de type communication avec ces patients sédatisés, ça pourrait apporter...

Infirmier 1 : Ouais ça pourrait-être intéressant... On est quand même assez nombreux, on est une grosse équipe dont je pense que ça pourrait être intéressant de mettre ça en place...

EIDE : Ce n'est pas quelque chose que vous aborder entre vous ?

Infirmier 1 : Non non non... On n'en parle pas beaucoup. Après c'est vrai que souvent

EIDE : Je n'ai pas d'autre question, je ne sais pas si toi tu as d'autres choses à ajouter ?

Infirmier 1 : Non écoute j'ai fait le tour...

EIDE : Très bien, je te remercie d'avoir pris du temps pour me répondre

Annexe VI : Retranscription de l'entretien n° 2

EIDE : Donc la première question c'est : est-ce que tu pourrais brièvement te présenter ?

Infirmier 2 : Donc XX euh... Je suis infirmière depuis 1994. J'ai fait principalement de la réanimation et 5 ans de salle de réveil euh... un peu de domicile pendant 6 mois et puis différents services également euh.... mais très peu ...beaucoup de réanimation

EIDE : Donc tu as commencé la réanimation combien de temps après avoir été diplômée...

Infirmier 2 : Tout de suite... Tout de suite après mon Diplôme d'État... Ouais vraiment très tôt...

EIDE : Donc au niveau de la tranche d'âge tu te situes plutôt entre 20-30; 30-40, 40-50, 50-60...

Infirmier 2 : A la limite 40-50, tu peux même noter 50-60 parce que je vais avoir 51 en août.

EIDE : Très bien ! Donc... Lors de ta prise de poste dans ce service, est-ce que tu as pu bénéficier d'une formation dans la prise en soins des patients qui étaient sédatisés et notamment sur l'établissement de la communication...

Infirmier 2 : Nan... Je l'ai eu bien après, je l'ai eu y'a 1 an... 2 ans de ça

EIDE : D'accord..

Infirmier 2 : Arrivée ici, nan j'ai jamais eu... Y'a seulement que 2 ans où l'on a... J'ai eu en effet une formation sur la communication ouais tout à fait...

EIDE : Et c'est quel type de formation ?

Infirmier 2 : Communication... Alors déjà c'est mal entendant et euh... communication des patients.. Euh ça rejoint un peu les malentendants si tu veux, c'est pour savoir communiquer quelle... la façon dont on peut communiquer avec le patient et l'amener à... à trouver quelque chose de positif lors des soins... En l'amenant dans un voyage par exemple...

et le situer dans son voyage et l'accompagner dans son voyage en fait... Et pas lui dire bin vous êtes par exemple ... Sur une plage non non, c'est lui qui doit amener cette sensation, sur les couleurs, sur l'odeur qu'il peut percevoir... La vision, l'écoute, les bruits... Qu'est ce que ça vous fait rappeler... Plein de choses comme ça .. C'est ça. En fait, dans le but de détendre le patient et de lui faire vivre des meilleurs moments lors d'un soin... voilà

EIDE : Donc là c'était plus axé sur des patients qui n'étaient donc pas sédatisés...

Infirmier 2 : Sédatisés aussi Sédatisé parce qu'en fait il peut ne pas parler mais il peut visionner de lui même... C'est vrai que la communication est plus difficile avec sédatisé dans ce contexte... mais par contre, pour les malentendants, pour les personnes qui ne peuvent pas parler, y'a un autre moyen de communication par les lèvres par exemple, on m'a appris... Avec les yeux, les lèvres...

EIDE : D'accord, c'est très intéressant ! Qu'est ce que toi tu ressens face à ces patients qui sont dans l'impossibilité de communiquer, donc vraiment en sédation, dans ta prise en soins ?

Infirmier 2 : C'est frustrant parfois... parce que tu n'as pas forcément la réponse, tu cherches parfois des .. Alors j'aime bien quand c'est des questions fermées... Du moment que c'est des questions ouvertes, c'est plus compliqué parce que les gens parlent mais ne ... On ne peut pas comprendre... On leur dit "dites nous le mot principal"... Donc c'est plus une frustration de ne pas les comprendre... Ouais ne pas les comprendre parce que bin... A force parfois eux ils en ont marre et ils arrêtent et nous parfois ça nous agace aussi parce qu'on arrive pas à trouver ce qu'ils veulent donc on pose les principales questions sur la douleur, ça revient toujours mais ... C'est frustrant

EIDE : Et donc là tu me parles des patients qui ne sont pas sédatisés du coup mais qui sont dans l'incapacité de te répondre parce qu'ils sont par exemple intubés...

Infirmier 2 : Ouais qu'ils sont intubés, tout à fait !

EIDE : Mais ...

Infirmier 2 : Quand ils sont sédatisés euh... Y'a des mouvements de mains parfois quand y peuvent serrer la main... pour nous dire qu'ils comprennent ça ... oui mais la communication... et peu productif enfin...

EIDE : Unilatérale ?

Infirmier 2 : Unilatérale !

EIDE : ... Et là c'est pareil, c'est toujours pour toi de la frustration...

Infirmier 2 : ... Non parce que ... Pas forcément... C'est un peu de frustration aussi mais dans ce contexte là, les gens ne parlent pas. On ne "savent" pas ce qu'ils pensent mais... C'est des questions fermées en fait qu'on effectue et euh... Et quand ils ne sont pas agités, je me dis que bin ... On est plutôt correct et euh .. On a tendance, même s'ils sont sédatisés et qu'ils ne peuvent pas nous répondre, les amener à être rassuré, en sécurité, en... en leur disant où ils sont, qu'est ce qui s'est passé, qu'on est autour d'eux, qu'ils sont en sécurité, qu'on s'occupe d'eux que leur famille elle vient voilà... et que ça suit son cours et pourquoi ils ont des techniques, comme pourquoi ils sont intubés, à quoi ça leur sert donc voilà... C'est les rassurer dans ce sens... Après ça marche ou ça marche pas mais en tout cas... Peut-être que moi ça me rassure aussi de leur dire.

EIDE : Comment est-ce que tu fais pour établir cette communication avec ces patients en sédation profonde ? Est-ce que tu passes que par la communication verbale ou est-ce que tu as mis d'autres choses en place ...

Infirmier 2 : Il y a de la musique que nous mettons en fait pour apaiser les gens déjà... Lors des soins.

EIDE : D'accord ...

Infirmier 2 : Ouais... De la musique douce... De la musique qui calme, qui apaise... J'essaie d'avoir un environnement qui n'est pas bruyant parce que c'est... Quand il y a du bruit autour, des portes qui claquent, des gens qui rient à côté c'est... J'aime pas non... Ça me gêne... J'aime bien être dans le calme.

EIDE : Mais est-ce que tu ...

Infirmier 2 : Le toucher... Ouais... Souvent je pose ma main sur le front. Ils se moquent un peu de moi, mes collègues parce que je fais "chuuut chuuut"... Le fait de toucher le front, prendre la main, être là, attendre un petit peu qu'elle s'apaise...

Voilà, souvent quand ils sont énervés je touche plus le front que la main ou la main et le front en même temps. En tout cas, je touche le front pour eux... Essayer de ... d'apaiser les choses.

EIDE : D'accord et y-a t-il dans le service des outils qui permettent de vous aider dans l'approche de la communication avec les patients sédatisés ?

Infirmier 2 : Alors sédatisés... Sédatisés profonds, non... A part la musique... Non... Coma profond.. Non.. Peut-être en serrant la main... En serrant la main ou pas, Si tu as un coma profond tu n'as pas de réponse donc tout dépend du degré de coma. Il faut que la personne puisse répondre avec sa main... Et l'ardoise il faut qu'il puisse être réveillé et donc pas que la sédation soit profonde...

EIDE : Par exemple, quand vous avez des douleurs qui sont présentes chez des patients qui ne sont pas capables de s'exprimer, mais est-ce qu'il y a des moyens pour ...

Infirmier 2 : Oui, il y a ... On a le RASS en fait et le BPS qui nous permettent de voir si physiquement si...s' ils souffrent, oui tout à fait. Ca pour la douleur, oui on a des choses qui nous permettent de nous diriger, tout à fait !

EIDE : Il y a que pour la douleur que vous avez ces "choses" de présente ?

Infirmier 2 : Le RASS c'est pas forcément la douleur ... Le BPS c'est forcément la douleur, à partir du moment où le patient est adapté... On dit qu'il est confortable...Qu'il reste confortable... C'est l'échelle de la douleur mais quand le patient il n'est pas mal, il est adapté... Quand parfois ils sont agités c'est pas parfois lié à la douleur, ça peut être parce qu'il se réveille, il ne sait pas où il est, c'est pas forcément la douleur donc bin oui, moi j'utilise cette échelle.

EIDE : D'accord,et pour toi, quelles sont les difficultés que tu as pu rencontrer au niveau de ces patients sédatisés ?

Infirmier 2 : Agité et impossible d'avoir une communication en fait... C'est aussi une difficulté puisque souvent dans les cas neuros en fait où ils ne comprennent pas toujours... Ce n'est pas de leur faute, c'est comme ça... Les gens qui sont encéphalopathes... Qui ont des pathologies liées à la réanimation... C'est difficile ouais de... De communiquer avec eux. Quoi que tu dises en fait, bin tu dis quelque chose, ils vont s'apaiser et paf après ils vont recommencer parce que ce que tu leur as dit, ils ont oublié... Selon les sédations que tu as ouais...

C'est l'agitation que tu n'arrives pas à contrôler et que tu es obligée d'endormir un peu plus pour qu'ils s'arrêtent de s'agiter, parce qu'il n'y a pas vraiment de communication et c'est frustrant parce que bin là tu les endors et tu n'arrives pas à... Le but en fait c'est de trouver un moyen de justement... d'apporter de l'aide et ce n'est pas toujours facile... C'est pas forcément facile.

EIDE : Et du coup, est-ce que tu as pu mettre des stratégies en place par toi-même pour pallier justement à ces difficultés ?

Infirmier 2 : Je parle, ouais... Je parle, j'essaie de... D'être avec eux, de les apaiser en mettant ma main sur leur front, en disant "chut" voilà... En expliquant, en se trouvant dans un endroit calme mais c'est pas toujours facile, des fois ça ne marche pas, j'y arrive pas parce qu'ils ne sont pas réceptifs... C'est des personnes pas réceptives donc... Il faut attendre un meilleur réveil, enfin qu'il soit moins dans le coma et dépasser le stade où il est un peu mieux... Et cette brèche là justement où tu peux accéder à... Mais il faut trouver le bon moment...

EIDE : Qu'est ce que tu penses du prendre soin infirmier, est-ce que tu penses qu'il passe spécifiquement pas la communication chez ces patients ?

Infirmier 2 : Ah bin oui ! Oui bien sûr, c'est important j pense que... établir une relation par la communication avec eux, c'est les mettre en confiance, bien sûr... Dans un environnement qui n'est pas à eux... A oui complètement... Tous les soignants en fait, pas forcément... Alors les médecins c'est encore mieux parce que bin voilà il est médecin alors ça les rassure... Mais l'infirmier, l'aide-soignant oui... C'est important.

EIDE : Et est-ce qu'il y a d'autres moyens pour toi de faire passer ton prendre soin infirmier d'une autre façon que par la communication verbale ?

Infirmier 2 : Alors quand ils sont dans un coma profond, à part le toucher, les massages aussi... Ils peuvent apporter un bien-être... La musicothérapie, tout ce qui est aromathérapie, les odeurs du domicile parfois peuvent aussi aider... Une odeur de parfum ou des choses qui viennent de chez eux... C'est surtout ça... L'écoute par exemple... Écouter des voix de leurs enfants ou de leur famille qui ont été enregistrées par leur famille, ça c'est important aussi, on le fait. Après quand ils sont un peu réveillés, c'est des photos, des choses pour resituer un petit peu mais... Ouais quand ils sont dans le coma profond c'est l'écoute, c'est les voix... On l'a vu plusieurs fois, mettre sur USB et passer les voix de la famille avec le bonjour ou des amis...

EIDE : Et tu trouves que chez ces patients à qui vous faites ça, ils sont beaucoup plus calmes, beaucoup plus apaisés ?

Infirmier 2 : Je trouve ouais.. Ils se resituent un peu plus, ils se disent “bin voilà, je suis là donc”... C’est les resituer d’abord dans le temps, dans l’espace... Parce qu’ils sont perdus... Et tu ne sais pas ce qui se passe dans leur tête en fait donc le fait d’avoir une communication autre par des voix familières peuvent les rassurer.

EIDE : Et est-ce que chez ces patients chez qui vous avez pratiqué ça, lorsque vous avez levé la sédation, tu les as trouvé plus calmes que d’autres patients ou ils ont pu s’exprimer sur des choses qu’ils ont entendues pendant la sédation ?

Infirmier 2 : Oui, on a eu un cas où il y avait un monsieur, je me rappelle très bien ce monsieur là qui était resté assez longtemps et quand il s’est...Quand il est revenu nous voir, il nous a dit qu’en fait il se croyait dans un train et qu’il savait que son fils était là, il entendait son fils parler mais il ne pouvait pas arrêter ce train. Voilà ce qu’il nous avait communiqué.

EIDE : C’est impressionnant...

Infirmier 2 : Oui, et il dit “je ne comprenais pas, j’étais dans ce train, j’entendais mon fils qui me parlait mais...”

EIDE : D’accord

Infirmier 2 : Et les bruits pour certains aussi, les bruits des portes, les bruits des tiroirs, les chariots. Il y en a certains qui disent qu’ils entendaient les bruits de tiroirs, de placards et voilà... Des choses comme ça. Y’avait une personne qui avait retenu un seul prénom, je ne sais pu qui c’était de l’équipe, parce qu’elle avait dû raconter qu’elle était dans sa commune ou qu’elle avait je ne sais plus quoi, je sais pas mais en tout cas elle avait retenu un prénom. C’était bien après ça, quand ils sont sortis de la réanimation, bien après, ils étaient déjà en cours de rétablissement, quand ils étaient en rééducation ou chez eux. Ce n’était pas juste après la réanimation, bien après, bien après, bien des mois après.

EIDE : Et du coup, au niveau donc du prendre soin de ces patients sédatisés, pour toi, quelles sont les compétences qui sont vraiment nécessaires ?

Infirmier 2 : Les compétences... Je pense qu'il faut-être à l'écoute, on n'est pas que acteur dans les soins, les soins courants quoi... On est là pour écouter les patients mais il faut avoir le temps aussi, il faut pouvoir rassurer, les mettre en sécurité... Les compétences... Je pense il faut savoir aussi se diriger, je pense c'est pas toujours facile la communication... Parfois c'est vrai on dit des choses autour du patient, on croit qu'il n'entend pas mais... J'pense qu'il faut savoir c'qu'on dit déjà devant le patient, on n'a pas à parler de n'importe quoi mais une formation peut-être bénéfique aux personnes, que tu arrives à communiquer ou pas, je pense qu'il est important d'avoir cette formation

EIDE : Est-ce que tu penses, tu en parlais avant, tu disais que tu avais fait du SSPI, un peu de domicile enfin d'autres services, est-ce que tu penses qu'avoir travaillé dans ces différents services t'as aidé pour la communication avec ces patients ?

Infirmier 2 : Moi je trouve que je communique beaucoup plus avec les patients en réanimation qu'avec les patients d'autres services. Après dans les services tu communique mais après ils ne sont pas dans le coma profond donc... C'est quand même différent, c'est pas les mêmes soins, c'est différent, ce n'est pas la même prise en charge. Mais oui je communique beaucoup plus avec les patients en réanimation. Parce qu' en salle de réveil c'est dans le but de les réconforter, dire que l'opération est terminée, dire que voilà c'est fini tout s'est bien passé, c'est fini mais c'est pas long. Les soins de réa ça peut durer, ouais je trouve que je communique beaucoup plus avec les patients de réa.

EIDE : Est ce que tu as.. Enfin tu m'as déjà répondu : est-ce que tu avais pu rencontrer des patients qui se souviennent d'éléments à l'arrêt des sédations ? Et donc est-ce que , enfin, lorsque ces patients t'ont raconté qu'ils ont pu entendre des choses, est-ce que ça a eu un impact sur toi et dans ta manière de prendre en soin les futurs patients qui eux étaient sédatis également ?

Infirmier 2 : Bin oui parce que tu te dis : "Oulàlà ça veut dire qu'ils entendent des choses, ils s'imaginent des choses" donc quand on parle de notre vie personnelle, de vacances ou peu importe, tu te dis : "oulala"... Ou quand tu entends des rires dans les couloirs ou quand on est en transmission il y a beaucoup de bruit... Enfin pour moi ça doit être perturbateur, enfin franchement ça peut leur faire peur ouais...

EIDE : Et qu'est ce que tu as mis en place de différent ensuite quand tu as compris que ces patients t'entendaient ?

Infirmier 2 : J'essaie de fermer les portes, j'essaie d'être dans le silence, j'aime bien travailler dans le silence... J'aime bien travailler dans le calme. Quand je parle au patient, parfois je ferme la porte, je ferme au maximum la porte, pas tout parce qu'il faut surveiller l'extérieur malheureusement mais j'essaie de ne pas trop parler devant les gens.

EIDE : Très bien, on est arrivé à la fin, est-ce que tu as quelque chose à ajouter au niveau de la communication avec les patients sédatisés ou que je n'aurais pas abordé et qui te semble essentiel.

Infirmier 2 : Je pense que la science est inexacte au niveau d'un patient sédatisé, enfin, ce qu'il entend... On ne sait pas ce qu'il peut entendre, on n'a pas ... tout le monde ne révèle pas ça. On a eu quelques témoignages mais très peu. Après je pense qu'il est important de faire attention à l'environnement du patient quand il est sédatisé parce que... quand il sort d'ici en fait, ils ont comme un "trou noir" en fait, une absence où il y a certainement un cahier de bord qui permet de retracer qu'est-ce que l'on fait par les familles mais parfois dans leur tête on ne sait pas en fait, si tu veux... Quand ils sont de retour à domicile leurs nuits comment elles se passent, dans leur sommeil si ils entendent des bruits, s'ils font des cauchemars, si le moindre bruit qu'ils entendent ça les ... ça leur fait quelque chose, ça les ramène à la réanimation sans savoir d'où vient, enfin sans se rappeler... Moi je pense que c'est l'après dont il faut faire attention.

EIDE : D'accord, je te remercie, c'était très complet, merci beaucoup.

Annexe VII : Tableaux d'analyse des données

Thème de l'analyse	Les différents type de communication
<i>Objectif</i>	<i>Déterminer le type de communication mis en oeuvre par l'infirmier(ière)</i>
<i>Corpus</i>	Question 4
<i>Item</i>	<p>Entretien 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - " surtout verbale" - " j'explique l'explication du soin" - " Je parle plus ou moins normalement" - " je les préviens des soins que je fais" - "...comme quand les patients sont conscients en fait" - " Je leur explique les gestes que je vais faire" <p>Entretien n°2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "de la musique" - " De la musique qui calme, qui apaise" - "un environnement qui n'est pas bruyant" - "être dans le calme" - "le toucher" - "toucher le front, prendre la main, être là" - "je touche plus le front que la main" - "je touche le front pour eux"
<i>Indicateur de classement</i>	<p>Communication verbale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - " surtout verbale" - " j'explique l'explication du soin" - " Je parle plus ou moins normalement" - " je les préviens des soins que je fais" - "...comme quand les patients sont conscients en fait" - " Je leur explique les gestes que je vais faire" - "je communique beaucoup plus avec les patients en réanimation" <p>Communication non verbale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "de la musique" " De la musique qui calme, qui apaise" - "un environnement qui n'est pas bruyant" - "être dans le calme" - "serrer la main" - "le toucher" - "toucher le front, prendre la main, être là" - "je touche plus le front que la main" - "je touche le front pour eux"

Thème de l'analyse	Le ressenti des soignants face à l'absence de retour des patients sédatisés
<i>Objectif</i>	<i>Déterminer le ressenti des soignants devant l'absence de retour de communication des patients sédatisés</i>
<i>Corpus</i>	Question 3
<i>Item</i>	<p>Entretien 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "plus facile" - "j'ai des soucis par rapport à... à me projeter" - "il n'y a pas de retour de communication" <p>Entretien n°2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "la communication est plus difficile avec sédaté" - "C'est frustrant" - "un peu de frustration" - "unilatérale" - "c'est frustrant"
<i>Indicateur de classement</i>	<p>Facilitateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "plus facile" <p>Inhibiteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "j'ai des soucis par rapport à... à me projeter" - "la communication est plus difficile avec sédaté" <p>Frustrateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "un peu de frustration" - "c'est frustrant" - "c'est frustrant" <p>Unilatérale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "il n'y a pas de retour de communication" - "unilatérale"

Thème de l'analyse	Les outils de la communication
<i>Objectif</i>	<i>Déterminer et comprendre les outils utilisés pour établir/ permettre une communication avec le patient sédaté</i>
<i>Corpus</i>	Question 5
<i>Item</i>	<p>Entretien 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "c'est projeté aussi" - "des soins qui font pas mal pour nous on estime qui ne font pas forcément mal pour les patients" - "on essaie de s'imaginer en fait la réaction des gens" - " J'essaie de me projeter comme si le patient était ... Pas forcément conscient mais qu'il réagissait en faite aux soins" - "on se projette pas mal" <p>Entretien n°2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "à part la musique..." - "le RASS en fait et le BPS" - "Le RASS" - "Le BPS"
<i>Indicateur de classement</i>	<p>Projection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "c'est projeté aussi" - "des soins qui font pas mal pour nous on estime qui ne font pas forcément mal pour les patients" - "on essaie de s'imaginer en fait la réaction des gens" - " J'essaie de me projeter comme si le patient était ... Pas forcément conscient mais qu'il réagissait en faite aux soins" - "on se projette pas mal" <p>Musique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "à part la musique..." <p>Les échelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "le RASS en fait et le BPS" - "Le RASS" - "Le BPS"

Thème de l'analyse	Les différents niveaux de difficultés rencontrés par les soignants
<i>Objectif</i>	<i>Déterminer les différents niveaux de difficultés rencontrés par l'infirmier(ière)</i>
<i>Corpus</i>	Question 6
<i>Item</i>	<p>Entretien n°1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "par rapport à la douleur" - "on se rend compte qu'ils ne sont pas forcément assez sédatisés" - "de douleur" - "me projeter au final par rapport à la douleur" - "on ne sait pas si on fait mal ou pas" - "le patient est inconfortable" - "savoir si je fais mal" - "même de l'inconfort" - "aller jusqu'à la douleur" - "l'inconfort du patient" - "la douleur" - "la peur de faire mal" <p>Entretien n°2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "agité et impossible d'avoir une communication" - "C'est difficile ouais de... De communiquer" - "l'agitation que tu n'arrives pas à contrôler" - "s'agiter"
<i>Indicateur de classement</i>	<p>La douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "par rapport à la douleur" - "de douleur" - "me projeter au final par rapport à la douleur" - "on ne sait pas si on fait mal ou pas" - "le patient est inconfortable" - "savoir si je fais mal" - "même de l'inconfort" - "aller jusqu'à la douleur" - "la douleur" - "la peur de faire mal" <p>L'inconfort :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "l'inconfort du patient" <p>La sédation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "on se rend compte qu'ils ne sont pas forcément assez sédatisés" <p>L'agitation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "agité et impossible d'avoir une communication" - "l'agitation que tu n'arrives pas à contrôler" - "s'agiter" <p>Les difficultés de communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "C'est difficile ouais de... De communiquer"

Thème de l'analyse	Les stratégies d'adaptation
<i>Objectif</i>	<i>Déterminer les stratégies d'adaptation mis en place par l'infirmier(ière)</i>
<i>Corpus</i>	Question 7
<i>Item</i>	<p>Entretien n°1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "si y'a pas de réaction c'est qu'y a pas de douleur" - "s'appuie sur les collègues" - "parler un maximum" - "on se renseigne" - "modification au niveau des paramètres vitaux" - "sédater un peu plus le malade ou faire des antalgiques en ponctuel" - "de transposer" <p>Entretien n°2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "obligé d'endormir un peu plus" - "je parle" - j'essaie d'être avec eux, de les apaiser en mettant ma main sur leur front (...) en expliquant, en se trouvant dans un endroit calme" - "peut-être que moi ça me rassure aussi de leur dire"
<i>Indicateur de classement</i>	<p>Postulat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "si y'a pas de réaction c'est qu'y a pas de douleur" <p>L'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "s'appuie sur les collègues" - "on se renseigne" <p>Parler :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "parler un maximum" - "je parle" <p>La surveillance des paramètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "modification au niveau des paramètres vitaux" <p>Les thérapeutiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "sédater un peu plus le malade ou faire des antalgiques en ponctuel" - "obligé d'endormir un peu plus" <p>La transposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "de transposer" <p>L'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - j'essaie d'être avec eux, de les apaiser en mettant ma main sur leur front (...) en expliquant, en se trouvant dans un endroit calme"

Thème de l'analyse	Le prendre soin infirmier et les différents types de communication
<i>Objectif</i>	<i>Déterminer par quel type de communication passe le prendre soin infirmier</i>
<i>Corpus</i>	Question 8
<i>Item</i>	<p>Entretien n°1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "la communication verbale" - "les approches par le toucher" - "réagir de la même façon, d'expliquer de la même façon" - "humanise les soins de leur parler" <p>Entretien n°2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "établir une relation par la communication avec eux" - "le toucher" - "les massages" - "la musicothérapie" - "aromathérapie" - "les odeurs du domicile" - "une odeur de parfum ou des choses qui viennent de chez eux" - "écouter des voix de leurs enfants ou de leur famille" - "les voix" - "passer les voix de la famille"
<i>Indicateur de classement</i>	<p><u>La communication verbale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "la communication verbale" - "réagir de la même façon, d'expliquer de la même façon" - "humanise les soins de leur parler" - "établir une relation par la communication avec eux" <p><u>La communication non verbale</u></p> <p>→ Le toucher :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "les approches par le toucher" - "le toucher" - "les massages" <p>→ Par les autres sens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "la musicothérapie" - "aromathérapie" - "les odeurs du domicile" - "une odeur de parfum ou des choses qui viennent de chez eux" - "écouter des voix de leurs enfants ou de leur famille" - "les voix" - "passer les voix de la famille"

Thème de l'analyse	Les compétences nécessaires à la prise en soin des patients sédatisés
<i>Objectif</i>	<i>Déterminer les compétences nécessaires à la prise en soin des patients en état de sédation</i>
<i>Corpus</i>	Question 9
<i>Item</i>	<p>Entretien n°1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "rester calme" - "apaisé" - "du calme" - "parler doucement" - "bien expliquer les soins" - "gérer son stress" - "ne pas transmettre son stress" - "voix apaisante" - "être apaisant" <p>Entretien n°2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "à l'écoute" - "écouter les patients" - "rassurer, les mettre en sécurité"
<i>Indicateur de classement</i>	<p><u>Comportement</u></p> <p>→ Calme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "rester calme" - "du calme" <p>→ Apaiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "apaisé" - "être apaisant" <p>→ Stress :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "gérer son stress" - "ne pas transmettre son stress" <p>→ Rassurant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "rassurer, les mettre en sécurité" <p><u>Intonation de la voix :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "parler doucement" - "voix apaisante" <p><u>Explication des soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "bien expliquer les soins" <p><u>L'écoute :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "à l'écoute" - "écouter les patients"

Thème de l'analyse	L'impacte de la sédation a posteriori chez les patients ayant été sédatisés
<i>Objectif</i>	→ Déterminer l'impact de la sédation a posteriori chez les patients sédatisés durant une longue période → L'impact de ce retour sur le prendre soin de l'infirmier
<i>Corpus</i>	Question 10
<i>Item</i>	<p>Entretien n°1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "nan, pas chez des patients bien sédatisés" <p>Entretien n°2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - " Quand il est revenu nous voir, il nous a dit qu'en fait il se croyait dans un train et qu'il savait que son fils était là, il entendait son fils parler mais il ne pouvait pas arrêter ce train. Voilà ce qu'il nous avait communiqué." - "Et les bruits pour certains aussi, les bruits des portes, les bruits des tiroirs, les chariots. Il y en a certains qui disent qu'ils entendaient les bruits de tiroirs, de placards" - " Ce n'était pas juste après la réanimation, bien après, bien après, bien des mois après" <p>→ "fermer les portes, j'essaie d'être dans le silence, j'aime bien travailler dans le silence... J'aime bien travailler dans le calme. Quand je parle au patient, parfois je ferme la porte,"</p>
<i>Indicateur de classement</i>	Un impact tardif : " Ce n'était pas juste après la réanimation, bien après, bien après, bien des mois après"

Résumé

L'évolution des techniques médicales a permis d'incroyables découvertes et d'importantes avancées engendrant un allongement de l'espérance de vie par le combat de maladies qui jusqu'alors étaient pensées comme insurmontables. Ainsi, il est demandé aux infirmiers(ères) d'assimiler ces nouvelles connaissances et la complexité de ces technologies novatrices. Rappelons que ces soins sont destinés à des personnes singulières et non à de simples corps malades. Il est donc nécessaire pour l'infirmier(ère) d'instaurer une meilleure relation avec son patient permettant de faire toute la différence dans la qualité des soins.

Ainsi, l'objectif de cette étude est de déterminer le rôle de la communication auprès de patients en sédation profonde sur le prendre soin infirmier. La problématique est par conséquent la suivante : En quoi la communication instaurée par l'infirmier(-ière) auprès d'un patient en sédation profonde participe au prendre soin ?

Pour répondre à cette problématique, un guide d'entretien a été réalisé permettant de conduire deux entretiens semi directif auprès d'infirmiers(ères) travaillant en service de réanimation chirurgicale. Les réponses recueillies n'ont pas permis de répondre à la question de départ mais ont engendré un nouvel axe de recherche portant sur comment l'infirmier(ère) entre-t-il (elle) en communication avec un patient en sédation profonde ? Ces interviews de professionnels associées à la recherche bibliographique ont permis d'établir que la communication auprès de patients en sédation profonde est multiple et est aidée par de nombreux outils.

Ce sujet prometteur nécessite de plus amples investigations car un grand nombre de savoirs restent à découvrir et permettra d'améliorer la prise en soin des patients avec l'aide de nouvelles technologies.

Mots clefs : Communication - Sédation profonde - Prendre soin - Infirmier(ère)

Abstract

The evolution of medical techniques has led to incredible discoveries and important advances that have led to an increase in life expectancy through the fight against diseases that were thought to be incurable. Consequently, nurses are asked to assimilate this novel knowledge and the complexity of these innovative technologies. It is incredibly important to remember that these treatments are provided to singular people and not for sick bodies. It is therefore necessary for the nurse to establish a good relationship with patients that makes all the difference in the standard of care.

Thus, the objective of this study is to determine whether the communication with patients in deep sedation impacts the nursing care. In this context, we can wonder how does the communication established by the nurse with a patient in deep sedation contribute to the care?

To address this issue, an interview guide was produced to conduct two semi-directional interviews with nurses working in surgical resuscitation services. However, this did not allow us to answer the initial question but gave rise to a new line of research on how the nurse enters in communication with a patient in deep sedation? These interviews with professionals associated with bibliographic research have established that communication with patients in deep sedation is multiple and is assisted by many tools.

This promising topic requires further investigation because a lot of knowledge remains to be discovered and will improve the care of patients with the help of new technologies.

Keywords : Communication - Deep sedation - Nurse care - Nurse