

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

Nous sommes masqués... et alors ?

Formateur référent : Oléron Marylène

LE DIRACH Amélie
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

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 09 Mai 2021

Signature de l'étudiant :

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the left.

Remerciements

Après de longs mois de recherches et de questionnements, mon mémoire est (enfin) terminé. Je tiens à remercier ma formatrice Mme Oléron pour son accompagnement et son investissement durant ces derniers mois. Je suis également très reconnaissante envers mon référent pédagogique Mr Masson pour sa bienveillance et sa disponibilité pendant ces années de formation qui m'ont conduite à ce travail de fin d'études.

Je remercie aussi les deux professionnelles qui m'ont apporté leur point de vue et leur expérience dans ce domaine.

Et je remercie également ma famille et mes proches pour leur soutien, leur encouragement et leur patience dans ces moments de réflexion intense.

SOMMAIRE

1. Introduction	-1-
2. Cheminement vers la question de départ	-2-
2.1 Situations d'appel	-2-
2.2 Questionnements	-2-
3. Cadre théorique	-5-
3.1 La communication	-5-
3.1.1 Définition	-5-
3.1.2 Communication verbale	-5-
3.1.3 Communication non verbale	-5-
3.2 Les représentations du port du masque	-7-
3.2.1 Remontons le temps ...	-7-
3.2.2 Et aujourd'hui ?	-8-
3.2.3 Une contrainte... voire plus	-9-
3.2.4 Réinventons des stratagèmes	-10-
3.3 Les indications du port du masque dans le domaine du soin	-11-
3.3.1 Avant le « Covid »	-11-
3.3.2 Depuis le « Covid »	-11-
3.4 La relation soignant-soigné	-12-
3.4.1 Définition	-12-
3.4.2 Des modes de communication spécifiques ou renforcés	-12-
4. Dispositif méthodologique	-15-
5. Analyse descriptive des entretiens	-16-
6. Discussion	-19-
6.1 Une relation soignant-soigné de qualité	-20-
6.2 Des outils « renforcés »	-21-
7. Conclusion	-24-
Bibliographie	-25-
Annexes	

« La qualité de notre communication est déterminée non par la manière dont nous disons les choses, mais par la manière dont elles sont comprises. »

Andrew Grove, ingénieur et docteur en génie chimique

1. Introduction

Récemment j'ai lu dans un blog de réflexion un article sur le masque. Ses auteurs l'ont abordé sous ses différents aspects (historiques, culturels, philosophiques etc....), pour arriver rapidement bien évidemment au contexte de l'épidémie de coronavirus.

J'ai toujours été intéressée par tout ce qui touche aux relations humaines et j'ai vite réalisé que le mémoire de fin d'études, que les étudiants infirmiers doivent réaliser en troisième année, m'offrirait l'opportunité de me pencher sur ce sujet en utilisant aussi bien mes lectures que mes différents stages.

Les auteurs du blog indiquaient que le masque est devenu un objet incontournable du quotidien, avec un fort impact sur les rapports sociaux. Ils soulignaient le fait que les sourires et les expressions du visage ne se voient plus en public, et que l'on ne peut plus lire sur les lèvres. Certaines paroles deviennent même inaudibles.

Toutes ces réflexions s'appliquent à la vie courante : de fait, chaque jour les médias nous montrent des citoyens masqués filmés dans leurs activités.

Le masque constitue donc certes une protection mais représenterait en même temps aux yeux de certains une véritable barrière entre les individus. Et voici donc le paradoxe : nous vantons les vertus du masque (pour faire face au virus) tout en le craignant (pour nos relations sociales).

Au cours de mes stages, j'ai eu l'occasion de constater directement les difficultés de compréhension liées au port du masque, que ce soit du côté des soignants ou celui des patients. Ces difficultés impactaient parfois fortement la communication et éventuellement la prise en charge.

J'ai donc voulu creuser ce sujet en le rapportant aux relations entre soignants et soignés, et aux problèmes de communication spécifique qui peuvent alors découler du port du masque.

2.Cheminement vers la question de départ

2.1 Situations d'appels

Situation d'appel n° 1 :

Lors de mon stage au semestre 5 au sein d'un cabinet libéral (de 3 infirmières : Laurence, Marion et Isabelle), j'ai pris en soin un certain nombre de patients de tous âges et d'origine multiculturelle.

Le premier jour de mon stage, c'est avec Laurence que j'effectue la tournée. Nous nous rendons chez notre premier patient, Mr R, âgé de 92 ans, qui est suivi depuis plusieurs années par le cabinet pour des soins ponctuels. Et depuis quelques mois, les infirmières passent chaque matin pour lui poser des bandes de contention. Mr R ne présente aucun trouble cognitif. Il est volontiers taquin, et la communication avec lui a toujours été aisée et agréable avec chaque infirmière

Lors de notre premier contact, je sentais Mr R sur la défensive. Il m'a rapidement demandé de retirer mon masque, afin me dit-il « de voir qui se cache derrière le masque ». Laurence me fait signe de la tête que je peux baisser mon masque. Mr R me regarde, sourit, et je le sens se détendre. Je remets mon masque et commence le soin.

En milieu de matinée, nous nous rendons chez Mme C, âgée de 50 ans, pour contrôler ses paramètres vitaux. Elle est suivie de manière occasionnelle par le cabinet depuis plus de 3 ans et connaît donc bien les infirmières.

A notre arrivée, Laurence me présente et je commence à sortir le tensiomètre. Je lui explique que c'est moi qui vais lui prendre ses constantes et lui demande de remonter sa manche. Et à ce moment-là, je la vois qui hésite. En regardant Laurence, Mme C lui demande pourquoi ce n'est pas elle qui prend sa tension. Laurence lui répond que je suis en 3^{ème} et dernière année de formation, et que je suis tout à fait capable de le faire. Mme C explique qu'elle n'avait pas de doutes sur mes compétences, mais de ne pas deviner mon visage derrière le masque l'avait embarrassée. Je me recule pour baisser brièvement mon masque et j'effectue ensuite la prise des constantes avec une patiente plus sereine.

Au cours de cette première semaine, d'autres patients du cabinet vont me faire la même demande lors de notre premier contact.

Situation d'appel n°2 :

Pour cette deuxième situation, je suis en stage au sein d'un CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) en hôpital psychiatrique. L'équipe, composée de 3 infirmiers et d'une AMP (aide médico-psychologique), accueille des patients venant de 4 unités de l'hôpital.

Le centre propose de nombreuses activités qui sont, pour la plupart, prescrites par les médecins. Les soignants du CATTP inscrivent les patients sur un planning au fur et à mesure des prescriptions et du nombre de places, limité au vu de la situation sanitaire actuelle. Chaque unité a accès au planning pour en informer les patients.

Les patients viennent à la demi-journée pour participer aux activités, et à la fin de celles-ci, les soignants font leurs transmissions pour que les équipes, au sein de chaque unité d'origine, réévaluent leur pertinence.

Parmi les patients que j'ai pu prendre en soin, il y a Florian, un jeune homme d'une vingtaine d'années. Florian présente les symptômes d'un trouble de la personnalité borderline. Dans son cas, cela se manifeste de la manière suivante : une intolérance à la frustration avec accès de colère, des changements d'humeur fréquents. En outre, il est polytoxicomane (sa mère biologique l'était elle aussi). Il a été adopté et n'a que très peu de contacts avec ses parents adoptifs car ils ont peur de lui à cause de faits de violence sur sa mère. Suite à des agressions physiques sur des tierces personnes, il a également des soucis avec la justice. En effet, il est hospitalisé à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE).

Pendant mon stage, la cadre du service m'a proposé de travailler 2 jours dans une unité d'admission. J'ai ainsi pu travailler 2 après-midis dans une unité où certains patients participaient aux activités au CATTP.

Un soir peu de temps avant le dîner, Florian m'interpelle dans le couloir et m'explique « qu'il en a marre et qu'il veut partir d'ici ». Je lui propose de nous installer dans une pièce à côté pour discuter. Il accepte et me suit. Nous nous asseyons autour d'une table et je lui demande ce qui ne va pas. Il m'explique que l'hospitalisation est trop longue, qu'il a des choses à faire à l'extérieur. Puis, en me fixant, Florian dit : « Pourquoi vous portez tout le temps un masque ? On se croirait à la télé ! ». Je lui réponds que nous (les soignants) sommes obligés de porter un masque en raison de la situation sanitaire actuelle, mais que cela ne nous amuse pas. Il me dit qu'il a l'impression que les soignants ne sont pas vraiment présents et à son écoute, et qu'il n'a pas confiance en eux.

Ne comprenant pas où il veut en venir, je lui demande pourquoi il a cette impression, et il me répond en commençant à s'énerver : « Ils ne veulent pas me laisser sortir tout seul et quand je veux, alors que j'en ai marre d'être enfermé ! Et avec leur masque, je suis sûr qu'ils se foutent de moi ».

Je lui rappelle calmement que seul le médecin de l'unité peut l'autoriser à sortir, tout en m'éloignant de quelques pas pour baisser mon masque brièvement. Je réussis ainsi à recentrer son attention pour qu'il m'écoute (vu son état d'énervement, ses réactions étaient imprévisibles). Je lui indique qu'il sera bientôt l'heure du dîner, et qu'en fuguant à cette heure-là il aura du mal à trouver où manger et même où dormir. Je lui propose de programmer un autre entretien le lendemain matin pour discuter de ses souhaits. Il m'explique que le lendemain, il a une convocation chez le juge des libertés pour statuer sur sa situation mais qu'il ne se souvient plus de l'heure. Je lui propose d'aller vérifier l'horaire de son rendez-vous et de se revoir après celui-ci, ce qu'il accepte.

2.2 Questionnements :

- Quelle perception les patients peuvent-ils avoir du port permanent du masque par les soignants ?
- Comment établir une relation de confiance lorsque la communication est différente de l'ordinaire ?
- Dans quelle mesure le soignant peut-il interpréter ce que souhaite exprimer le patient autrement qu'avec des mots ?
- Comment s'assurer que le patient a compris le message que nous voulions lui faire passer ?
- Dans quelle mesure le port du masque par un soignant peut-il être gênant pour le patient ?
- En quoi le port du masque peut-il être interprété de façon négative par le patient ?
- En quoi le port du masque de l'infirmière peut-il empêcher le patient de faire confiance au soignant ?
- Dans quelle mesure les difficultés à communiquer peuvent-elles être un frein à la création d'une relation de confiance ?
- En quoi l'utilisation d'outils de communication autres que la parole pourrait permettre de pallier le port du masque ?

En relevant les termes qui se complétaient, j'ai été amenée tout naturellement vers cette question de départ : *En quoi le port du masque par l'infirmière impacte-t-il sa communication avec la personne soignée ?*

Je vais tout d'abord exposer le cadre théorique à partir des observations de différents auteurs sur la communication, les représentations du port du masque, les indications de celui-ci, ainsi que la relation soignant-soigné. Puis je vais, au travers de deux entretiens auprès de professionnels, illustrer

ces propos. Enfin, j'établirai une comparaison entre les écrits et les témoignages pour enrichir mes propos.

3. Cadre théorique

3.1 La communication

3.1.1 Définition

Dans un ouvrage intitulé « *La dynamique des groupes restreints* », les deux auteurs Didier Anzieu (psychanalyste) et Jacques-Yves Martin (neuropsychiatre) définissent la communication comme « L'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs personnes (récepteur), en vue d'atteindre certains objectifs ». (1968 p. 131).

Le Schéma de la communication de Shannon et Wiener décrit clairement le processus de la communication avec ses acteurs et ses composantes. (voir Annexe I).

Si au départ ce schéma a été créé pour la communication entre machines, il a servi ensuite de modèle de référence pour la communication entre les hommes.

Il existe deux types de communication : la communication verbale et la communication non verbale.

3.1.2 Communication verbale

Selon l'encyclopédie en ligne Wikipédia, la communication verbale « est un mode de communication utilisant le verbe. Elle ne nécessite pas forcément l'emploi de la voix ; par exemple l'usage du *Makaton* (programme d'aide à la communication et au langage destiné aux personnes atteintes de dysphasie) ou de la langue des signes sont des formes de communication verbale » (2019).

Pour schématiser, on peut donc dire que la communication verbale comprend la parole et l'écrit. Cependant en règle générale, elle n'est jamais utilisée seule : nous allons voir ci-dessous que les messages envoyés par l'ensemble de notre corps l'accompagnent toujours.

3.1.3 Communication non verbale

Contrairement à la communication verbale, la communication non verbale peut dans certaines situations se suffire à elle-même.

Le langage corporel est la principale forme de communication non verbale : nous nous exprimons -et nous exprimons nos sentiments- au travers de nos gestes, de nos expressions faciales et de nos postures. La plupart de ces « signaux » sont envoyés de manière inconsciente mais certains le sont tout à fait volontairement : par exemple « Marquer son scepticisme en levant un sourcil et en baissant le second », comme le souligne Claudine Biland (2020 p. 13).

Mais cette dernière précise cependant que « Dans la plupart des cas, l'émission de comportements non verbaux est automatique et peu consciente en ce sens que nous ne sommes pas habitués à nous poser des questions sur notre attitude non verbale à chaque instant » (2020 p. 53).

En parallèle, de nombreuses études rappellent que « l'expressivité du visage est clairement mise à profit dans la communication émotionnelle et dans la régulation des interactions sociales », comme celles de Paul Ekman, psychologue et anthropologue américain célèbre pour ses travaux sur les émotions faciales, ainsi que l'a rappelé Laetitia Devel (2020).

Notre communication non verbale nous permet ainsi d'exprimer toute une palette d'émotions, de sensations, de sentiments. De nombreux messages sont transmis via la communication non verbale, on peut dire que celle-ci est une alternative à la communication verbale car elle renforce notre compréhension. Le verbal et le non verbal sont différents mais complémentaires : le second complète le premier. « Et pour que la communication soit réussie, il faut qu'il y ait concordance entre le verbal et le non verbal », comme l'affirme Claude Terrier (2013).

Si la communication verbale apparaît comme le moyen le plus « rapide » pour transmettre une information, la communication non verbale - par exemple au travers des signes qu'on peut lire sur un visage (grimaces, mimiques, sourires qui à leur tour révèlent plaisir, tristesse, surprise, désapprobation...) - permet de comprendre le message émis.

Cependant Olivier Klein, professeur à la Faculté des sciences psychologiques et de l'éducation de l'Université Libre de Bruxelles, pondère cette notion. Selon lui, « observer le visage seul peut biaiser notre perception des sentiments d'autrui » (2020).

Autrement dit, nous pouvons concevoir une mauvaise identification des émotions à la seule lecture d'un visage. Alors que dire de ce qui se passe avec un masque, derrière lequel tous les signes connus ne sont plus déchiffrables ? D'autant que, comme le note le sociologue David Le Breton, professeur à l'université de Strasbourg, « la seule expression des yeux serait loin d'être suffisante pour décrypter l'intention ou les émotions de son interlocuteur » (2020).

Mais puisque le visage seul ne suffit pas pour communiquer, pourquoi le masque suscite-t-il tant de

réactions ?

3.2 Représentations du port du masque

3.2.1 Remontons le temps

Comme l'explique la journaliste Hélène Combis : « Aujourd'hui largement confectionné à la maison en tissu ou en matière de maillot de bain, le masque de protection a derrière lui une étonnante histoire ! En vessie de porc, en forme de tête de corbeau lors des grandes pestes, en gaze une fois les microbes découverts... il s'est sans cesse réinventé » (2020).

Patricia Antaki-Masson, archéologue médiéviste, précise que « C'est au fond des mines espagnoles de cinabre qui fournissaient le mercure à l'ensemble de l'Empire romain que l'emploi d'un masque protecteur est attesté pour la première fois [...] les mineurs, afin de se protéger des vapeurs toxiques, avaient recours à des vessies animales dont ils se couvraient le visage » (2020).

Aux 17^{ème} et 18^{ème} siècle, ce sont les épidémies de peste qui favorisent l'invention des premières tenues de protection destinées aux médecins, complétées par un masque représentant une tête de corbeau. Dans le bec de leur masque, les médecins de la peste plaçaient des herbes aromatiques (thym, clous de girofle...), du camphre, des pétales de rose etc, avec pour idée d'éloigner les mauvaises odeurs (les « miasmes ») qui selon eux véhiculaient la maladie. La journaliste Irène Lacamp rapporte : « C'est qu'à cette époque, les plus grands savants croyaient encore en la théorie des miasmes élaborée dans l'Antiquité par le médecin Hippocrate, explique le Dr Bertrand Hervé dans sa thèse soutenue en 2018 » (2020).

Ouvrons ici une parenthèse grâce à l'historien Olivier Faure, spécialiste de l'histoire de la santé et de la protection sociale à l'Université de Lyon III, qui a ironisé en disant que « Nous avons eu recours à une mesure médiévale pour lutter contre une pandémie du XXI^{ème} siècle! » (2020).

Il aurait pu sembler logique que dans un monde de technologies poussées, celles-ci fourniraient rapidement des moyens et des traitements autres qu'un simple masque pour lutter contre l'épidémie de coronavirus.

A la fin du 19^{ème} siècle, la « théorie des miasmes » est abandonnée lorsque Pasteur démontre l'existence d'agents infectieux microscopiques. Le bactériologiste allemand Carl Flügge va ensuite prouver que de minuscules gouttelettes pouvaient être propulsées dans l'air et va s'associer à Johannes Mikulicz, chirurgien polonais, pour concevoir un masque de gaze noué par deux cordes couvrant le nez et la bouche, appelé « bandeau à bouche ». Bienvenue au masque chirurgical !

Et puis est arrivée la plus grande pandémie du 20^è siècle, qui aurait fait près de 50 millions de morts dans le monde selon l’OMS. « En 1918, l’épidémie de grippe espagnole contaminait toute la planète. Face au virus, les habitants s’équipaient de masques et les journaux relayaient d’étranges remèdes miracles » : c’est sous ce titre que le site Huffpost a publié un article en rappelant que « le quotidien français *L’Excelsior* publiait le 26 février 1919 des photos des Londoniens adoptant « une mode bien autrement curieuse » : « Le port du masque respiratoire pour éviter la contagion » » (2020).

Le masque va réapparaître en Asie dans les années 1960 à 1980 suite à une importante pollution au mercure par une usine pétrochimique. Ensuite le masque gagne Taïwan, Hong-Kong, la Chine, où il est avant tout un outil de prévention. En 2003, l’épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), débutée en Chine, va finir de normaliser le port du masque en Asie.

Si l’on s’écarte un peu de la notion de protection pour observer celle liée au danger, on peut alors mentionner le masque qui apparaît dans les histoires de « bandits masqués » attaquant les voyageurs le long des routes, ou celles des hors-la-loi dans les westerns. Car comme l’explique David Le Breton : « Rappelons par ailleurs que dans l’imaginaire collectif, le masque est l’apanage du bandit. En porter un pourrait-il donner cours à tout et n’importe quoi, faciliter les rapports de forces et les incivilités » (2020). C’est toute la question de la peur et du danger que le masque véhicule dans l’inconscient, et de ce que ces craintes sous-entendent de liens avec la mort.

Enfin pourquoi ne pas évoquer le masque sous sa connotation plus légère et ludique, et dont la vocation réside alors dans la protection de l’anonymat de la personne qui le porte : celui porté lors de carnivals comme celui de Venise, où l’on retrouve parmi les déguisements... le fameux masque de la peste !

3.2.2 Et aujourd’hui ?

Avant le « temps Covid », dans nos sociétés occidentales, il n’était pas habituel de porter un masque si ce n’est au sein de certaines structures médicales ou dans des situations de prise en charge de soins spécifiques. On parlait donc de masque chirurgical, celui-là même que chacun a dû adopter pour respecter en public les nouvelles règles sanitaires.

« Jusque-là, nous considérions avec étonnement, voire un brin d’ironie, les touristes asiatiques revêtus de leur masque facial. Quelle drôle d’habitude, pensions-nous... Nous voilà contraints de porter nous aussi ces petits rectangles de tissu sur le visage. D’accord, c’est pour notre sécurité et celle des autres... Il n’empêche que cela ne nous ravit guère » comme le rapporte la journaliste Isabelle Gravillon (2020).

3.2.3 Une contrainte physique... voire plus ?

Cette contrainte est d'une part physique : on a le sentiment d'avoir des difficultés à respirer, d'avoir chaud, voire d'étouffer. Certains développeraient même des affections cutanées.

Anna Tcherkassof, chercheuse en psychologie sociale sur la communication émotionnelle non verbale, constate en effet que « d'un point de vue tout à fait pratique, le masque est gênant. Il nous donne l'impression de mal respirer, de ne pas être compris quand on parle. Surtout, dans notre inconscient, il renvoie à une forme de dissimulation du visage de l'autre donc de menace » (2020).

Elle est donc d'autre part psychologique : on se sent anonyme, on ne reconnaît plus les autres et les autres ne nous reconnaissent plus. Les masques nous éloignent les uns des autres. C'est ce qu'explique l'anthropologue David Le Breton, professeur de sociologie et d'anthropologie à l'Université de Strasbourg dans un échange sur France Info, quand il souligne que « Le visage, c'est le lieu de la reconnaissance mutuelle, c'est le lieu aussi de notre extrême singularité, ce qui nous distingue les uns des autres. Ce sont nos traits, nos spécificités. Et là, avec le masque, on se retrouve tous uniformisés » (2020).

La chercheuse Anna Tcherkassof va même plus loin dans son analyse et explique que « Ne plus avoir accès au sourire dans les échanges, c'est la porte ouverte à de nombreux malentendus » (2020).

Pour Elodie Mielczarek, sémiologue et spécialiste du langage, « Ne pas voir le sourire de votre interlocuteur vous déstabilise, car vous pouvez plus difficilement vous faire une représentation de ses intentions. » Cela aurait tendance, toujours selon cette experte, à « élever notre niveau de vigilance et d'anxiété » (2020).

Les analyses ci-dessus se vérifient notamment dans le domaine psychiatrique, où il faut mentionner les conséquences spécifiques que le port du masque peut entraîner pour des patients atteints par exemple de TSA (Troubles du Spectre Autistique).

Laure Dasinières, journaliste indépendante spécialisée dans le domaine de la santé, a ainsi recueilli les propos d'une jeune femme affectée par ce trouble, qui explique que « Sans certains signes faciaux, je ne peux pas savoir si les personnes font, par exemple, de l'humour ou de l'ironie. Ne pas comprendre correctement les signaux envoyés par mes interlocuteurs me stresse énormément : je m'énerve et je m'épuise encore plus vite que d'habitude. » (2020).

Toutefois, certains observent que de plus en plus de personnes portent un masque personnalisé. La

journaliste Coralie Rabatel transmet ainsi l'analyse de Marie-Nathalie Jauffret, sémiologue et chercheuse en communication, qui estime que « s'il est intégré au quotidien des Français, cet accessoire pourrait devenir lui-même un « outil de communication ». « Elle fait notamment référence aux personnes qui choisissent de porter un masque personnalisé, révélateur de leur individualité mais aussi de leur représentation sociale » (2020).

3.2.4 Réinventons des stratagèmes

Alors puisque le masque nous prive du sourire, qui est un élément central de l'expression humaine puisqu'il apparaît très tôt, « entre la cinquième et la sixième semaine après la naissance », comme le rappelle Elodie Mielczarek, le relais est pris désormais par le regard, la parole, la gestuelle... (2020).

Mieux regarder : on a pris en effet l'habitude de créer un contact visuel plus insistant. Cela permet d'attirer et de focaliser l'attention de notre interlocuteur. On utilise aussi ses sourcils, qui peuvent être très expressifs et « qui font partie intégrante de notre regard », comme le rappelle Claudine Biland.

Et « être mieux vu » : parmi les témoignages recensés sur « Maskovid », certains indiquent que « il peut également arriver que les soignants [...] baissent leur masque de façon à être reconnus de leurs patients et à leur adresser un sourire qui restera là comme suspendu le temps de l'échange » (2020).

« Le mot va également prendre de l'importance. » poursuit Marie-Nathalie Jauffret dans ce même article, de même qu'Elodie Mielczarek qui confirme ce dernier point, en prédisant une « présence accrue » du phatique et du métalangage. Il s'agit de « tous ces éléments de langage qui consistent à vérifier que le message passe bien », comme « vous voyez ce que je veux dire ? » ou encore « c'est clair pour vous ? A cela pourrait même s'ajouter « une capacité plus forte à nommer ses propres émotions : « je trouve ça drôle », « je ne suis pas d'accord » ou « je suis touché(e) par ce que j'entends. » Ce que l'on appelle le para-verbal nous permet également de compenser grâce à l'intonation ou la hauteur de la voix, le débit de la parole... etc » (2020).

On peut même ajouter que l'on articule !

Enfin, on utilise davantage le langage corporel pour accompagner nos paroles. Car c'est tout le corps qui peut parler pour exprimer une émotion, une idée, ainsi que Claudine Biland le souligne : « Tous ces gestes que nous faisons lorsque nous parlons portent la dénomination générique de « gestes illustreurs » (...) tous accompagnent le flot verbal » (2020, p.27).

3.3 Indications du port du masque dans le domaine du soin

3.3.1 Avant le « Covid »

Lors de la réalisation de certains types de soins, l'infirmière est amenée à porter un masque. C'est ce qu'on nous apprend pendant la formation, à l'école comme sur le terrain. « Commençons par rappeler que le port du masque a de tout temps fait partie de la vie des personnels soignants. Dans le cadre de leur formation et de l'exercice de leur pratique, ce geste de protection est exécuté à maintes reprises : il fait donc partie des routines professionnelles les plus élémentaires », rappelle le sociologue Cédric Calvignac (2020).

Les soignants sont obligés de porter un masque lorsqu'ils doivent réaliser certains soins, souvent stériles comme le changement d'un pansement de picc line, ou la pose d'une aiguille de Huber, ainsi que nous l'avons appris lors de nos cours au semestre 5 avec notre formatrice Mme Auger-Duclos (2020). Ou bien encore lorsqu'un patient est porteur d'une pathologie contagieuse comme la tuberculose : dans ce cas, le patient comme le soignant portent un masque. Enfin, il doit être porté par l'ensemble du personnel soignant au bloc opératoire.

En fonction du contexte de soin, il existe deux sortes de masques : le masque chirurgical et le masque FFP2. Leurs objectifs sont différents : à la différence du masque chirurgical, qui empêche principalement les gouttelettes émises par le porteur de se propager à l'extérieur, le masque FFP2 qui doit être parfaitement ajusté sur le visage, protège son porteur contre l'inhalation d'agents infectieux ou de microparticules. Il est particulièrement préconisé pour les professionnels de santé au contact des malades. Ces explications figurent dans un document lors d'un colloque du GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants) au Maroc (2016).

3.3.2 Depuis le « Covid »

Depuis le début de la crise sanitaire il y a un an, les soignants sont obligés de porter en permanence un masque chirurgical pendant leurs prises en charge de soin, et ce quelles qu'elles soient. Pour des patients porteurs d'une maladie contagieuse ou lors de la réalisation de test PCR, comme celui de la covid 19, les soignants peuvent porter un masque FFP2. Mais quel que soit le type de masque, l'usage permanent du masque a complexifié leurs relations avec les patients.

Les règles et les consignes précises du port du masque ont été reprises sur différents supports, comme par exemple l'affiche détaillée réalisée par l'Agence Régionale de Santé.

3.4 La relation soignant-soigné

3.4.1 Définition

Selon Alexandre Manoukian (*psychologue clinicien en milieu hospitalier*) et Anne Masseur (*psychologue et formatrice en milieu hospitalier*), la relation est « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. » (2001 p.9).

Le site Wikipédia énonce que « La relation soignant-soigné est une relation thérapeutique qui se définit comme étant un ensemble d'échanges intervenant entre deux personnes dans le cadre d'un soin apporté à l'une d'elles, soit en complément à d'autres actions (prescription), soit comme modalité principale et privilégiée » (2020). La qualité de cette relation va favoriser celle des soins, la confiance accordée au soignant par le soigné occupant une place déterminante. « La qualité des soins est définie par l'OMS comme la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé », comme l'indique la fiche 6884 reprise sur le site WEKA.

Il est donc évident que dans la fonction de soignant, la qualité relationnelle est primordiale dans l'optique de la qualité de la prise en charge. Le comportement verbal et non verbal du soignant doit inciter le patient à lui donner sa confiance. Le soignant se doit d'être « attentif » et d'entendre ce que le patient exprime verbalement ou non, rappelle Gérard Egan (1992, p.81).

Il doit non seulement être présent, mais surtout « à l'écoute car sans écoute pas de communication » comme l'explique Sandrine Moreira (2019 p.29).

Mais écouter ne signifie pas utiliser uniquement nos oreilles, sinon cela reviendrait seulement à entendre. Ecouter suppose une démarche active, et Gilbert Gasparutto indique que « c'est écouter un individu silencieux que de le découvrir d'abord par les yeux » (1990 p 63).

Ensuite écouter ce n'est pas se taire, c'est adopter une attitude empathique envers l'autre, en déployant toutes les ressources de notre langage corporel.

3.4.2 Des modes de communication spécifiques ou renforcés

Si beaucoup de personnes ont appris dans la vie courante à modifier leur mode de communication, cela s'est avéré encore plus important pour les soignants.

En effet, ces derniers interviennent par définition auprès de personnes plus « vulnérables » du fait de leur maladie. Même un simple soin requiert de la part des soignants une attention et une bienveillance qu'ils doivent pouvoir manifester sous leur masque.

Les soignants peuvent difficilement personnaliser leur masque, et ils donc dû derrière leur masque chirurgical inventer de nouveaux modes de communication avec leurs patients. Ils doivent en effet pouvoir continuer de manifester leur soutien et leur empathie envers les soignés.

Outre la parole, qu'ils ont été amenés à renforcer, ils n'hésitent pas non plus à recourir, dans la mesure où c'est possible, à l'humour qui permet d'expliquer différemment, voire de dédramatiser, une situation tendue.

« En thérapie, prenez soin d'utiliser l'humour car vos patients apportent suffisamment de chagrin », disait le psychiatre américain Milton Erickson. C'est ce que rappelle Guy Barrier (expert en analyse gestuelle) dans son ouvrage « Les langages du corps en relation d'aide » (2013, p.182).

Les soignants apprennent certes pendant leur formation que l'humour peut être un allié thérapeutique, mais ils n'ont pas forcément l'opportunité en temps normal de manier cet « outil ». Le port du masque leur a permis de le mettre en pratique de façon plus soutenue.

D'autres soignants indiquent même qu'ils utilisent beaucoup de blagues pour détendre leurs patients, et qu'ils accentuent également les éclats de rire. Certains professionnels de santé sont réticents à l'idée de dire des blagues car ils estiment que cela ne correspond pas à l'image qu'ils doivent véhiculer. Ils oublient que « lorsque le rire est rendu possible par la situation et la personne qui fait face, il témoigne d'une confiance mutuelle car ce partage émotionnel suppose une relation humaine visant « l'équité » ». C'est à nouveau Guy Barrier qui prône par ces mots les bienfaits du rire dans son ouvrage « Les langages du corps en relation d'aide » (2013, p.187).

Le toucher fait partie des besoins vitaux de l'homme et ce dès le plus jeune âge, comme l'a démontré Tiffany Field, une psychologue qui dirige le Touch Research Institute à la faculté de Médecine de Miami, aux États-Unis. « Elle a montré que les enfants privés de toucher souffraient de problèmes psychologiques importants », explique Jacques Fischer-Lokou, enseignant-chercheur en psychologie sociale à l'Université de Bretagne-Sud. Dans son livre « Les bienfaits du toucher », la psychologue américaine décrit notamment comment « il y a de graves conséquences psychologiques, mentales, physiques et physiologiques » pour des enfants dans un orphelinat de Roumanie « abandonnés, pratiquement livrés à eux-mêmes, dont personne ne s'occupait », retrace Jacques Fischer-Lokou (2020).

C'est même certainement le mode de communication le plus fort qui soit, « surtout dans nos sociétés « latines » où on se touche très facilement, même si ce n'est pas autant que dans les sociétés nord-africaines ou africaines ». « Cela fait partie de nos modes d'interaction sociaux », comme le rappelle Jacques Fischer-Lokou (2020).

Et que dire de l'apparition depuis quelques années de la mode des « free hugs » ou câlins gratuits ! Et bien sûr le toucher est plus ou moins développé selon les cultures et les civilisations.

Mais dans le cadre d'une prise en charge de soin, même si le toucher est depuis longtemps un moyen d'adresser à un patient des signes d'apaisement, d'empathie, il est devenu encore plus un outil relationnel même s'il se fait du bout des doigts du fait des nouvelles contraintes sanitaires.

Si s'adapter est « l'aptitude (d'un individu) à modifier son comportement pour répondre à de nouvelles situations », selon la définition du Petit Robert, alors on comprend que les professionnels de santé ont démontré une belle capacité à adapter leur comportement pour faciliter la communication.

Il est à ce stade intéressant de se reporter à l'étude sociologique « Maskovid » lancée en avril 2020 par des sociologues des Universités de Toulouse, Nice et de l'Ecole des Mines de Paris, destinée à recueillir les témoignages de professionnels de santé sur les changements qui sont intervenus dans leurs relations avec les soignés.

Cette étude éclaire en effet sur l'effort pédagogique que les soignants ont d'abord dû faire pour, dans un premier temps, expliquer et répéter aux patients les raisons du port du masque et les « bonnes pratiques » de son usage.

Dans un second temps, il ressort que les soignants ont constaté l'acceptation par les soignés du port du masque et sa « démystification » ; de symbole de « danger », il est passé à celui de protection mutuelle, et la relation soignant-soigné a pu se rééquilibrer.

Maintenant que nous avons identifié tout ce qui a été présenté dans des ouvrages ou dans des articles sur internet, nous allons pouvoir nous pencher sur les témoignages de professionnelles présentes sur le terrain.

4. Dispositif méthodologique

Pour la réalisation de mes entretiens, il me fallait trouver deux professionnels pour répondre à mes questions. J'ai très vite choisi dans quel domaine de soin je souhaitais réaliser une interview. Et grâce à mes stages, j'ai pu obtenir facilement deux contacts. L'une des infirmières travaille en clinique depuis quelques mois, et la seconde travaille en libéral depuis une dizaine d'années.

Je voulais d'une part pouvoir comparer la différence qui pouvait exister, dans le cadre du port du masque, pour une infirmière en milieu hospitalier et pour une infirmière effectuant ses soins au domicile de ses patients. D'autre part, il me semblait intéressant de confronter une expérience de plusieurs années à une expérience beaucoup plus récente.

Il a fallu fixer une date pour la réalisation des entretiens. L'une des infirmières ne travaille pas en Bretagne, mais elle m'avait indiqué qu'elle reviendrait à l'occasion d'un week-end. J'ai profité de son court passage pour réaliser l'interview, car je tenais à faire les entretiens en face à face. Quant à l'infirmière libérale, elle a son cabinet à Rennes et je m'y suis rendue entre sa tournée du matin et celle du soir.

Chaque entretien a duré une vingtaine de minutes, et j'ai utilisé une application sur mon téléphone pour enregistrer vocalement leur témoignage.

Je leur ai présenté ma question de départ, puis les thèmes qui seraient abordés dans les différentes étapes. Lors de l'élaboration de mon guide d'entretien, j'avais formulé des objectifs permettant de recentrer les propos.

Le fait de réaliser deux entretiens a facilité mon travail, car la première interview m'a permis de tester la compréhension de mes questions par l'infirmière. Le deuxième entretien a été plus fluide car j'ai été plus à l'aise dans mes réponses à ses questions lorsque l'infirmière avait besoin de précisions.

Échanger avec des professionnels est toujours une source d'enrichissement et j'ai vivement apprécié de pouvoir recueillir ces témoignages spontanés. J'ai en outre apprécié leur intérêt pour le sujet et leur réelle disponibilité (l'une sur son temps personnel, l'autre entre deux tournées).

5. L'analyse descriptive des entretiens

Pour comparer les propos de chacune des deux professionnelles, j'ai réalisé un tableau en les regroupant par rapport aux thèmes prédéfinis. Étant donné le lieu d'exercice de chacune (hospitalier et libéral), leurs avis peuvent être différents mais restent complémentaires.

Ma question de départ était : En quoi le port du masque par l'infirmière impacte-t-il sa communication avec la personne soignée ?

Les critères d'une communication de qualité

Pour qu'une communication soit de qualité, « l'écoute » est essentielle pour l'IDE 1. Elle estime qu'il faut observer le comportement du patient, être à l'écoute de son langage non verbal, de son attitude. Le respect est un critère sur lequel les deux infirmières se rejoignent. L'IDE 2 le justifie comme le fait de devoir « se présenter pour ne pas heurter » lorsqu'elle se rend chez ses patients pour la première fois.

Il faut également savoir « adapter sa communication » comme l'explique l'IDE 2. En effet, le métier d'infirmière suppose une remise en question permanente. Il faut être capable de s'adapter à chacun des patients, à chaque situation personnelle, comme par exemple, à leur « anxiété », à leur « degré de compréhension ».

Les freins à la communication

Une fois de plus, selon leur lieu d'exercice, leurs remarques sont différentes.

En effet, pour l'IDE 1 qui travaille au sein d'une clinique, ce qui peut gêner la communication avec son patient ce sont des aléas du quotidien, comme « les incompréhensions, les différences de langage, les préoccupations de chacun ».

Pour l'IDE 2, ce frein à la communication est vraiment lié à son type d'activité : elle travaille au sein d'un cabinet libéral et elle doit donc se rendre au domicile de plusieurs patients. Le « facteur temps » fait partie des choses qui compliquent son organisation, ainsi que sa fatigue personnelle. Lorsqu'elle travaille, elle fait la tournée du matin à partir de 7h15 jusqu'à environ 13h30-14h, et la tournée du soir à partir de 17h jusqu'à 20h30.

Les situations perturbées

Il arrive qu'un patient, lors d'un transfert d'établissement ou d'un changement de service, n'arrive pas toujours avec l'ensemble de ses affaires personnelles. C'est l'exemple d'une des situations que peut vivre l'IDE 1 : elle a reçu une « personne avec un déficit auditif mais qui n'avait pas accès à son appareil auditif et qui venait d'un EHPAD ». Il est évident qu'il a été plus compliqué pour elle de communiquer avec ce patient.

Elle doit également faire face à la barrière linguistique. Elle prend régulièrement en charge des patients avec des « différences de langage, ou qui ne parlent pas la même langue ».

En se rendant au domicile de ses patients, l'IDE 2 rencontre parfois un membre de la famille (un(e) conjoint(e), un enfant etc). Il arrive que ce proche intervienne lors du soin que prodigue l'infirmière au patient. Cela « perturbe » le déroulé de son soin, car elle « a l'impression de moins donner au patient lui-même qu'au proche ».

Les réactions des patients

Entre le début de la crise sanitaire et aujourd'hui, les patients ont évolué dans leurs réactions liées au fait de devoir porter un masque. Certains patients qu'a pu rencontrer l'IDE 1 ont montré de « l'agacement, de l'énerverment, de l'incompréhension ». Elle mentionne le fait que « la majorité sont agacés de devoir le porter ». D'autres patients ont très bien accepté le fait de devoir eux aussi porter un masque. C'est le cas pour l'IDE 2, qui indique que même si certains ont eu du mal à le faire spontanément, ils ont bien compris l'importance de le faire. Elle dit aussi qu'ils sont « habitués » à voir les gens masqués.

Ajustement de la communication

Devoir porter le masque en continu sur leur temps de travail a conduit les infirmières à réajuster leur manière de communiquer. Leurs avis se rejoignent sur le fait qu'elles ont dû augmenter le volume de leur voix. En effet, l'IDE 1 dit « avoir dû parler plus fort, hausser la voix ». L'IDE 2 avait l'impression de parler suffisamment fort car la majorité des patients pris en charge par son cabinet sont âgés. Mais elle explique avoir « fait un effort pour articuler ». Les patients entendent quand elle s'adresse à eux, mais ne comprennent pas ce qu'elle leur dit : « les voix sont très assourdies, les gens n'articulent pas très bien ».

L'IDE 1 aborde en outre l'impact du masque entre collègues. En effet, elle dit devoir « parler beaucoup plus fort dans les couloirs » pour appeler un autre soignant.

Pour pallier le langage verbal, les infirmières ont compensé par le langage non verbal. L'IDE 1 explique qu'elle « parle beaucoup avec les mains ». Elle fait également référence au « toucher » qui permet de rassurer les personnes âgées. L'IDE 2 dit avoir maintenu ce contact physique avec ses patients « une main sur l'épaule, lui tenir la main ». Elle trouve que puisqu'elle est amenée lors des soins à toucher son patient (avec des gants), elle peut conserver cette habitude. Elle cite « quelquefois un geste c'est bien mieux qu'une parole ».

L'IDE 2 utilise le « regard ». Elle explique avoir fait plus attention pour « accrocher le regard de ses patients, le reste est caché on insiste sur le contact visuel ». Elle dit aussi avoir réfléchi avec son associée sur l'utilisation des masques transparents « on s'était posé la question à un moment donné d'avoir les masques transparents ». Mais par souci financier elles ont continué d'utiliser le masque chirurgical.

L'IDE 1 elle, a essayé une alternative à la parole en utilisant un support écrit pour échanger avec ses patients. Mais ils « n'ont pas du tout adhéré à ça, ils me regardent moi mais ils ne regardent pas ce que j'écris ».

Enfin, l'IDE 1 dit avoir été amenée à « descendre son masque » pour permettre à une patiente de lire sur ses lèvres. Elle explique aussi de pas demander aux patients de mettre leur masque lorsqu'elle doit « leur faire une prise de sang le matin quand ils se réveillent ».

Conséquences du port du masque

Pour les deux infirmières, le port du masque a eu un impact sur la compréhension avec leurs patients. L'IDE 2 dit que c'est encore « plus compliqué » de comprendre les personnes qui ne s'expriment pas très bien. L'IDE 1 donne l'exemple d'une personne atteinte du coronavirus qui « s'est énervée, ne comprenait rien à ce qu'on lui disait » parce que les soignants portaient un masque FFP2. Cette patiente a eu le sentiment que l'ensemble de l'équipe ajoutait une « barrière entre elle et nous ».

L'IDE 1 expose la difficulté lors des transmissions d'équipes de ne pas reconnaître qui parle. Elle cite « ne pas toujours savoir qui prend la parole, si c'est une voix d'homme ou de femme ».

En effet, lors de réunions plusieurs soignants se retrouvent dans une pièce pour échanger sur l'état de santé des patients.

L'IDE 1 exprime un sentiment d'anonymat « on n'arrive plus à reconnaître les gens autour de nous ». Elle a d'autant plus ce sentiment qu'elle travaille dans plusieurs unités en fonction des besoins (elle se qualifie de « roulante »).

L'IDE 2 donne l'exemple d'une patiente qui lui a demandé de s'écarter pour pouvoir « baisser mon masque, elle dit en avoir marre de ne pas pouvoir voir mon visage en entier ».

En revanche, elle note comme aspect positif le fait de ne plus avoir à expliquer pourquoi elle porte un masque : « un soin où on devait porter le masque pour faire un pansement de cathé on expliquait pourquoi on mettait le masque, maintenant peu importe le soin, tu n'as plus à le faire ».

6. La Discussion

De même que nous devons quotidiennement nous adapter à chaque patient, à chaque histoire, à chaque prise en charge, nous avons dû il y a un an commencer à nous adapter au port quotidien d'un masque. Avant l'épidémie, le masque n'était obligatoire que lors de certains soins exigeant plus de préparation et de vigilance, comme vu lors de mes cours avec Mme Auger-Duclos.

Aujourd'hui, comme celui-ci ne nous quitte plus dans l'exercice de notre activité professionnelle, nous n'avons plus besoin d'expliquer aux patients pourquoi nous le portons, comme l'indique l'IDE 2.

Nous avons réussi à développer des alternatives permettant de compenser la « mise en retrait » d'une partie de nous-même : notre sourire, l'un de nos meilleurs alliés pour établir une communication de qualité avec nos patients. Car, comme l'indique la chercheuse Anna Tcherkassof : « Ne plus avoir accès au sourire dans les échanges, c'est la porte ouverte à de nombreux malentendus » (2020).

Tous les changements que le masque a entraînés sur la communication ont été analysés par différents auteurs, et leur analyse a été rejointe par les témoignages d'infirmiers présents sur le terrain.

6.1 Une relation soignant-soigné de qualité

Pour ne pas orienter le discours des infirmières interviewées, j'ai commencé par des questions « générales » qui ne portaient pas sur le port du masque.

Je voulais connaître ce que représentaient pour elles les éléments essentiels à une communication de qualité. L'IDE 2 s'est exprimée en indiquant devoir « adapter sa communication ». L'adaptabilité est un facteur essentiel pour prendre en charge de la meilleure manière qu'il soit nos patients. Si l'on réussit à s'adapter à un patient, cela signifie que nous sommes à son écoute, et qu'en fonction de sa compréhension, de son comportement, nous adaptons sa prise en soin. L'IDE 1 indique qu'il faut observer la manière dont ils réagissent, écouter la manière dont ils s'expriment. Les propos des infirmières correspondent bien à la définition du Petit Robert selon laquelle l'adaptabilité est « l'aptitude (d'un individu) à modifier son comportement pour répondre à de nouvelles situations ».

Lorsque nous les rencontrons pour la première fois, nous devons nous « présenter pour ne pas heurter » comme le dit l'IDE2. En effet, les équipes soignantes sont souvent nombreuses et en temps normal, il est déjà difficile pour les patients de se souvenir des différents intervenants. Depuis que chaque soignant porte un masque en permanence, il est encore plus compliqué pour les patients de distinguer qui est qui, à qui il doit s'adresser pour une demande spécifique. Identifier un visage parmi d'autres, pour ensuite reconnaître une personne précise, est en effet important pour un patient.

C'est bien ce qui est exprimé dans certains témoignages recensés sur « Maskovid » : « il peut également arriver que les soignants [...] baissent leur masque de façon à être reconnus de leurs patients et à leur adresser un sourire qui restera là comme suspendu le temps de l'échange » (2020).

Et comme ajoute l'IDE 1, nous avons adopté des attitudes pour aider à la compréhension : « il a fallu qu'on descende nos masques pour qu'elle puisse lire un peu sur les lèvres ».

Quels éléments peuvent affecter la relation soignant-soigné, et comment y remédier ? On peut tout d'abord citer les imprévus du quotidien, comme le « facteur temps » auquel chaque soignant est confronté comme le rappelle l'IDE 2. Et moins de temps signifie souvent que la relation avec le patient sera « amputée » de la part relationnelle de la prise en charge. Pour l'IDE 1, ce qui peut perturber cette relation, ce sont les imprévus qui surgissent au quotidien comme la prise en charge d'un patient ne parlant pas notre langue.

6.2 Des outils « renforcés »

Depuis le port du masque, nous sommes plus vigilants sur notre comportement non verbal. Comme le dit Claude Terrier : « pour que la communication soit réussie, il faut qu'il y ait concordance entre le verbal et le non verbal ». Les infirmières se rejoignent sur le fait d'insister sur le regard : « beaucoup de choses passent par les yeux », « plus attention à accrocher le regard », « on insiste sur le contact visuel ». J'ai moi-même constaté dans ma pratique en stage, que spontanément en entrant dans la chambre d'un patient je m'efforçais de lui sourire avec les yeux.

Conserver le toucher avec nos patients est essentiel. En effet, pour beaucoup, le toucher signifie quelque chose de rassurant, de bienveillant. Comme ils ne peuvent plus se raccrocher à notre sourire pour trouver du réconfort, ils ont eu besoin de recevoir d'autres manifestations de soutien moral : « je vais mettre une main sur l'épaule, lui tenir la main » comme l'a précisé l'IDE 2.

Au bout de plusieurs mois à porter le masque, nous l'avons parfois « oublié » tant il est devenu une habitude. Mais il peut assourdir ou déformer la voix et ainsi générer des incompréhensions entre la personne soignée et nous. Lorsque par exemple nous remplissons des documents administratifs, ou tout simplement lorsque nous ne dirigeons pas notre regard en direction du patient, celui-ci manifeste parfois des difficultés à comprendre que nous nous adressons à lui.

Dans ce cas, nous nous efforçons d'augmenter le son de notre voix : « dû parler plus fort », « faire un effort pour articuler » comme l'indique l'IDE 2. Nous utilisons presque inconsciemment le paraverbal, c'est-à-dire tout ce qui concerne le volume de la voix, l'intonation, le rythme, comme l'explique Elodie Mielczareck : « (...) Ce que l'on appelle le paraverbal nous permet également de compenser grâce à l'intonation ou la hauteur de la voix, le débit de la parole... etc » (2020).

De notre côté, il nous arrive aussi d'éprouver des difficultés à comprendre ce qu'un patient veut nous dire – sans parler de situations quotidiennes que nous pouvons rencontrer, comme la barrière d'une langue étrangère face à laquelle communiquer avec le patient devient alors véritablement complexe. C'est ce que nous dit l'IDE 1 : « des personnes qui ne parlaient pas la même langue ».

Je me souviens d'un patient géorgien que j'ai pris en charge lors de l'un de mes stages à l'hôpital. Il ne parlait ni français ni anglais ... et j'ai dû trouver un moyen pour réussir à lui transmettre des informations sur les soins qu'il devait recevoir, pour avoir de sa part des renseignements utiles à sa

prise en charge et surtout pour le rassurer puisque n'entendre que des voix qu'il ne comprenait pas était très anxiogène pour lui. Au bout de quelques jours, je me suis aperçue que c'était moi qu'il avait identifiée parmi les soignants. En effet, j'avais réussi à établir l'échange avec lui en utilisant une application de traduction sur téléphone.

Au début de l'épidémie, les patients hospitalisés voyaient le port du masque comme le symbole d'un danger pour eux. Ai-je quelque chose de grave ? ou est-ce que je risque d'être contaminé ? Ce sentiment de danger correspondait inconsciemment avec le fait que, à certaines périodes plus anciennes, si les gens portaient un masque c'était pour se protéger d'une maladie, d'une menace extérieure comme « des vapeurs toxiques » ou une pollution atmosphérique.

Ou encore ils représentaient eux-mêmes un danger (ils pouvaient être porteurs d'une maladie contagieuse, ou bien avaient de mauvaises intentions et voulaient rester anonymes). Cet anonymat, qui pour certains était donc voulu ou recherché derrière un masque, est aujourd'hui pour la majorité d'entre nous subi et vécu comme une sanction. Le masque chirurgical, utilisé le plus couramment, rend chacun d'entre nous anonyme comme le dit l'IDE 1 : « on n'arrive plus à reconnaître les gens autour de nous ». C'est pourquoi « Porter un masque que nous avons-nous-mêmes personnalisé nous redonne une place dans la société », explique David Le Breton en ajoutant que « Le visage c'est le lieu de la reconnaissance mutuelle, c'est le lieu aussi de notre extrême singularité, ce qui nous distingue les uns des autres. Avec le masque, on se retrouve tous uniformisés » (2020).

Notre société a réussi à s'adapter au masque. Je n'aurais pas cru que certains particuliers auraient choisi de faire de leur masque un accessoire de mode. Et d'en faire par là même, en le faisant « devenir lui-même un outil de communication », un « révélateur de leur individualité ». Il n'est pas question pour nous, soignants qui nous occupons de personnes fragiles et vulnérables, d'envisager des masques fantaisistes car nous devons respecter les normes d'hygiène et porter le masque chirurgical, ce qui fait partie des consignes reprises par le GERES.

Nous avons donc vu que pour certains des freins exposés par les infirmières dans leurs témoignages, leur « antidote » a été trouvée par de nombreux soignants au fur et à mesure. Par exemple, puisque le masque empêche de bien entendre, car il déforme ou assourdit la voix, les soignants ont pris l'habitude de parler plus fort, voire de répéter leurs paroles.

Comme leur sourire, manifestation habituelle de bienveillance, se retrouve caché derrière leur masque (même si l'on entend souvent dire qu'un sourire « s'entend »), ils ont laissé leur corps s'exprimer à leur place en utilisant davantage leurs mains, en accentuant leur façon de regarder,

en adoptant une gestuelle moins « figée » qu'auparavant, et donc plus chaleureuse pour le patient. C'est ainsi qu'au fil des mois, grâce aux efforts déployés par les soignants, les patients ont évolué dans leur comportement et sont passés de l'agacement, voire de l'énervement, à la compréhension de la situation. Ainsi la communication s'est-elle rééquilibrée et réajustée.

Tout au long de mon travail de recherche, j'ai rencontré sans cesse la notion de communication - altérée, entravée, renforcée etc... dans la qualité des relations humaines. Chacun essaie de communiquer avec son histoire, son expérience et ses valeurs.

J'ai donc essayé de formuler une question de recherche sur cette notion : En quoi faut-il posséder des valeurs pour établir une communication de qualité ?

Car nombreuses sont les valeurs dont font preuve quotidiennement les soignants...

7. Conclusion

Il était évident que traiter un sujet tel que l'impact du port du masque sur la communication aboutirait très rapidement à le rapporter au contexte sanitaire actuel.

Car le masque ne nous a-t-il pas permis de prendre conscience de ce qui n'était plus mis en œuvre tout d'abord dans notre société d'aujourd'hui (où nous faisons tout trop vite, nous sommes devenus trop individualistes etc...) et dans le monde du soin, où les soignants ne mettaient parfois plus en œuvre bien malgré eux, par manque de temps le plus souvent, ou à cause de la routine, ce qui fait l'essence de leur travail : l'écoute qui peut se manifester aussi bien par le regard que par tout le corps, et qui amène à communiquer véritablement avec le patient.

Dans notre éthique de soignants, une communication réussie est le premier pas vers une prise en charge de qualité.

Alors non, le masque ne nous a pas fait réinventer, à nous les soignants, de nouvelles pratiques extraordinaires pour communiquer. Il nous a en revanche très certainement ouvert les yeux sur ce que nous avons pu laisser de côté involontairement dans nos démarches de soin.

Alors oui, le masque a impacté notre communication mais pas de façon négative ou nocive. Il nous a poussés à la modifier, à la renforcer, à l'améliorer, à en faire un allié quotidien

Contrairement à la majorité des personnes qui pourront « tomber » le masque dans la vie quotidienne lorsque la vaccination aura permis de protéger le plus grand nombre, les soignants semblent supposer qu'ils devront continuer de le porter de façon plus systématique dans le cadre des soins. Et donc continuer également de se servir des autres « outils » que sont le regard, la voix, le geste ... sachant que toute manière de s'exprimer est porteuse de sens : le geste le plus anodin, un regard, un haussement de la voix ... et même un silence qui peut exprimer tant de bienveillance.

En tant que future professionnelle, je me suis nourrie pendant mes trois années de formation de tout ce que j'ai vu, entendu, et reçu tant de la part d'autres soignants que de patients. Et je sais que m'attendent maintenant beaucoup d'émotions, de doutes mais aussi de belles rencontres !

Bibliographie

Ouvrages :

- Anzieu. D et Martin. J-Y (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF
- Barrier. G (2017). *Les langages du corps en relation d'aide – La communication non verbale au-delà des mots*. Paris : ESF Editeur
- Biland. C (2020). *Ce que votre corps révèle vraiment de vous – La communication non verbale*. Paris : Odile Jacob
- Egan G. (1992). *Communication dans la relation d'aide* (traduit par F. Forest). Paris : Maloine.
- Gasparutto. G (1990). *L'infirmière et la communication*. Paris : Lamarre.
- Manoukian. A et Masseur. A (2001). *La relation soignant-soigné*. Paris : Lamarre.
- Adaptation (s.d.). Dans *Dictionnaire le Petit Robert en ligne*
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/adaptation>

Article :

- Moreira, S. (2019). La communication gestuelle associée à la parole au service de la relation. *Métiers de la petite enfance*, 25 (271), 28-29.
-

Note de cours :

- Auger-Duclos K. (2020). *Chambre implantable [Cours]*

Pages Web :

- Antaki – Masson. P (2020). De la vessie animale au masque chirurgical. Repéré à https://www.liberation.fr/debats/2020/03/25/de-la-vessie-animale-au-masque-chirurgical_1783015/
- Bordron. M (2020). *Le toucher face au Covid 19 : nos corps plongés « dans une zone de turbulences » après la crise sanitaire*.
<https://www.franceculture.fr/societe/le-toucher-face-au-covid-19-nos-corps-plonges-dans-une-zone-de-turbulences-apres-la-crise-sanitaire>
- Calvignac. C (2020). Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ?
https://www.scienceshumaines.com/que-change-le-port-du-masque-dans-la-relation-soignant-soigne_fr_42302.html
- Combis. H (2020). *Des vessies de porc au fait maison : l'épopée du masque*. Repéré à <https://www.franceculture.fr/histoire/des-vessies-de-porc-au-fait-maison-lepopée-du-masque>
- Dasinières. L (2020). Difficile de porter un masque pour les personnes atteintes de troubles neuropsychologiques.
<http://www.slate.fr/story/191184/masque-contrainte-difficultes-troubles-communication-personnes-neuroatypiques-covid-19>
- Devel. L (2020). *Tous masqués, tous muets ?*
<https://www.psychologies.com/Actualites/Societe/Tous-masques-tous-muets>
- De Tappie. R (2020). Comment le port du masque modifie-t-elle nos interactions humaines.
<https://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/32475-Comment-port-masque-modifie-interactions-humaines>

- Faure. O (2020). Nous avons eu recours à une mesure médiévale pour lutter contre une pandémie du XXI^e siècle.
<https://www.lecho.be/opinions/carte-blanche/nous-avons-eu-recours-a-une-mesure-medievale-pour-lutter-contre-une-pandemie-du-xxie-siecle/10228269.html>
- GERES. (s.d.). Les masques à l'hôpital - supports et outils d'information -INRS
<https://www.geres.org/wp-content/uploads/2017/03/casa2016s32ILolom.pdf>
- Gravillon. I (2020). Masque : Comment bien communiquer ?
<https://www.notretemps.com/dossier-coronavirus/masque-comment-bien-communiquer,i222854>
- Grousset. S (2009). Définition et concepts liés au toucher dans les soins.
<https://www.em-consulte.com/article/223042/definition-et-concepts-lies-au-toucher-dans-les-so>
- Klein. O (2020). *Port du masque : et si cela améliorerait notre communication avec les autres ?*
https://www.rtf.be/info/societe/detail_port-du-masque-et-si-cela-ameliorait-notre-communication-avec-les-autres?id=10596910
- Lacamp. I (2020). Du 17^e au 21^e siècle, petite histoire des masques de protection. Repéré à
https://www.sciencesetavenir.fr/sante/du-xviieme-au-xxieme-siecle-un-carnaval-de-masques-de-protection_144367
- Le Breton. D (2020). *Le port du masque change-t-il notre regard ?*
https://www.bfmtv.com/societe/le-port-du-masque-change-t-il-notre-regard_AN-202009080002.html
- Le Breton. D (2020). « Même s'il est nécessaire, le port du masque brouille énormément les relations sociales » : pourquoi ne plus voir les visages n'a rien d'une évidence.
https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/meme-s-il-est-necessaire-le-port-du-masque-brouille-enormement-les-relations-sociales-pourquoi-ne-plus-voir-les-visages-n-a-rien-d-une-evidence_3948083.html
- Qu'est-ce que la qualité des soins ? (s.d.)
<https://www.weka.fr/sante/dossier-pratique/maitrise-des-risques-et-de-la-qualite-dt86/qu-est-ce-que-la-qualite-des-soins-6884/>
- Rabatel. C (2020). Comment le masque modifie-t-il la communication entre les personnes.
<https://www.cnews.fr/monde/2020-05-19/comment-le-masque-modifie-la-communication-entre-les-personnes-958631>
- Réseau de prévention des infections associées aux soins Primo. (s.d.). Tout savoir sur le juste port du masque.
https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-10/REPIAS_MASQUE_V7.pdf
- Terrier. C (2013). *La communication non verbale*.
http://www.cterrier.com/cours/communication/60_non_verbal.pdf
- Wesbecher. L (2020). 100 ans avant le coronavirus, la grippe espagnole avait aussi ses masques et remèdes miracles.
https://www.huffingtonpost.fr/entry/avant-coronavirus-grippe-espagnole-masques-remedes_fr_5e69f4b5c5b6dda30fc397b8
- https://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_th%C3%A9rapeutique
- https://fr.wikipedia.org/wiki/Communication_verbale#:~:text=Un%20article%20de%20Wikip%C3%A9dia%2C%20l'encyclopedie%20libre.&text=La%20communication%20verbale%20est%20un,des%20formes%20de%20communication%20verbale

Annexes

Annexe I – Guide d’entretien

Annexe II – Tableau d’analyse des entretiens

Annexe III – Schéma de Shannon

Annexe IV – Retranscription entretien n°1

Annexe V – Retranscription entretien n°2

Annexe I - Guide d'entretien

Question de départ : En quoi le port du masque par l'infirmière impacte-t-il sa communication avec la personne soignée ?

Question 1 : Quels sont, pour vous, les **critères** d'une communication soignant-soigné de qualité ?

Obj : Déterminer les critères nécessaires à la communication

Question 2 : D'après vous, qu'est ce qui peut **gêner** cette qualité de communication soignant-soigné ?

Obj : Identifier les freins à la communication soignant-soigné

Question 3 : Quelles sont les **situations** dans lesquelles votre communication a été entravée ?

Question 4 : Qu'avez-vous observé comme **réactions** chez le patient lorsque celui-ci doit porter le masque ?

Obj : Identifier les réactions du patient face à la nécessité de porter un masque

Question 5 : Quels **changements** avez-vous pu constater dans votre communication depuis le début de la crise sanitaire ?

Obj : Mettre en évidence les actions infirmières mises en place

Question 6 : En quoi l'obligation de porter un masque a-t-elle pu modifier votre **approche du soin** avec la personne soignée ?

Obj : identifier les modifications dans l'approche des soins en lien avec le port du masque

Question 7 : Pouvez-vous présenter des **situations** dans lesquelles le **port du masque** a compliqué votre communication avec la personne soignée ?

Question 8 : Pour conclure, souhaitez-vous ajouter d'**autres éléments** que nous n'aurions pas abordés ?

Annexe II - Tableau d'analyse des entretiens

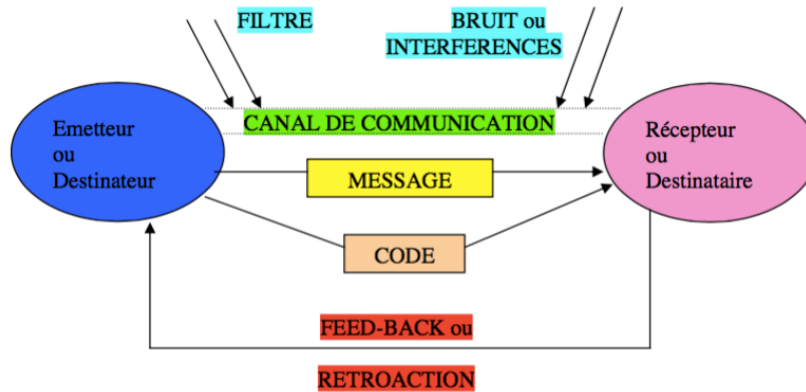
Thèmes	Sous-thèmes	Items IDE 1 - IDE 2
Critères d'une communication de qualité	Ecoute	"l'écoute que ce soit du patient, de comment il est, de son non verbal, de son positionnement"
	Respect	"le respect, l'écoute" "se présenter pour ne pas heurter"
	Adaptabilité	"communication qui est à la portée du patient" "évaluer assez vite quel est son degré de compréhension du soin, de sa pathologie" "adapter sa communication" "prendre en compte l'anxiété du patient par rapport à sa pathologie ou à son soin" "couramment il faut qu'on se remette en question" "la communication elle n'est pas comme elle devrait être, quelquefois il faut prendre en compte le conjoint parce qu'il est anxieux »
Freins à la qualité de la communication	Aléas du quotidien	"les incompréhensions, les différences de langage, les préoccupations de chacun"
	Temporalité	"le facteur temps, c'est celui-là qui fait qu'on n'est pas entièrement présent chez le patient"
	Fatigue	"fatigue personnelle"
Situations perturbées	Personne âgée, malentendante	"personne qui n'était pas sourde mais disons avec un déficit auditif et qui n'avait pas accès à son appareil auditif ; elle était venue de son EHPAD"
	Barrage de la langue	"différences de langage aussi, genre des personnes qui ne parlaient pas la même langue"
	Interventions d'un tiers perturbateur au cours du soin	"il intervient quelqu'un au milieu de soin de ta visite, un conjoint qui est beaucoup trop présent, qui va te poser plein de questions sur la pathologie du conjoint mais quelquefois cela n'a rien à voir avec le soin, juste il est trop là et à chaque fois tu as l'impression que tu as moins à donner au patient lui-même qu'à son conjoint"
Réactions du patient communiquant avec un masque	Négatives	"l'agacement, l'énervement, l'incompréhension" "la majorité sont agacés de devoir le porter ou qu'on leur fasse la remarque"
	Positives	"il y a des gens qui réagissent très bien et qui s'excusent de pas y avoir pensé eux-mêmes" "assez bien compris parce que en fait tout le monde s'est habitué dans sa vie à voir les gens masqués, à

		<p>être masqué” “certains ont eu du mal à le faire mais ils le font et ils comprennent que c'est aussi pour les protéger et pour nous protéger”</p>
Ajuster sa communication	<p>Augmentation du volume sonore</p> <p>Compensation avec le non verbal Toucher</p>	<p>“moi de base je ne parle pas très très fort et du coup j'ai dû hausser la voix” “je trouve que j'ai parlé plus fort” “j'ai dû parler plus fort” “par exemple après une prise de sang, on est en train de remplir le papier donc on a la tête penchée vers le papier et la personne nous dit je comprends pas ce que vous me dites parce que le son il est déjà bloqué avec le masque” “j'avais l'impression de parler assez fort parce qu'on a des patients âgés qui entendent haut on va dire, mais euh avec le masque j'ai l'impression qu'il a fallu qu'on fasse un effort pour articuler et qu'on parle encore plus fort” “c'est pour la compréhension en fait, les voix sont très assourdis, il y a des gens qui n'articulent pas très bien, on tend souvent l'oreille et ils nous comprennent encore moins, on a vraiment intérêt à être de face” “il faut que le son aille directement vers le patient parce que, si on baisse la tête sur les papiers qu'on est en train de remplir, le patient parfois ne se rend pas compte quand on lui pose des questions” “Port du masque entre collègues aussi, parce que ça, ça change aussi parce qu'on est obligé de parler beaucoup plus fort parfois dans les couloirs”</p> <p>“moi je parle beaucoup avec les mains” “il y a des personnes âgées pour la plupart qui ont besoin du toucher, elles ont besoin d'une proximité” “le toucher pour le patient je l'ai gardé, c'est-à-dire que si je vois que la personne ne va pas bien si on lui annonce un mauvais résultat de laboratoire ou n'importe quoi, je vais aller vers elle et puis mettre une main sur l'épaule, lui tenir la main” “en fait la pandémie ne m'a pas arrêtée dans certains gestes de proximité puisque je me dis que de toute façon, quand on fait une prise de sang, eh ben on a nos gants mais on a quand même ce geste, le toucher” “Quelquefois un geste c'est bien mieux qu'une parole”</p> <p>“beaucoup de choses qui passent par les yeux”</p>

	<p>Regard</p> <p>Alternatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecriture - Masques transparents <p>Attitudes adoptées</p>	<p>“je fais peut-être plus attention à accrocher le regard des gens au début quand je me présente, comme le reste est caché on insiste sur le contact visuel avec les gens”</p> <p>“j'ai essayé de faire à l'écrit et les gens enfin mes patients n'ont pas du tout adhéré à ça” “ça marche pas les gens me regardent et ne regardent pas ce que j'écris”</p> <p>“On s'était posé la question à un moment donné d'avoir les masques transparents”</p> <p>“il a fallu qu'on descende nos masques pour qu'elle puisse lire un peu sur les lèvres” “moi personnellement quand les gens ont pas leur masque et que je dois leur faire une prise de sang le matin, bah les gens mettent pas leur masque le matin quand ils se réveillent”</p>
<p>Conséquences du port du masque</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Négatifs - Positif <p>Non reconnaissance de la voix</p> <p>Sentiment d'anonymat</p> <p>Manque de reconnaissance visuelle</p>	<p>“une personne qui s'est énervée comme ça contre nous qui avait le covid” “on changeait de masque, on avait le masque FFP2 et elle s'est énervée parce qu'on avait ce masque” “en fait elle ne comprenait rien à ce qu'on lui disait” “les gens qui parlent mal, pour nous c'est encore plus compliqué de les comprendre derrière un masque” “elle s'est énervée en fait parce qu'elle ne comprenait pas pourquoi on la traitait comme ça, elle avait l'impression d'être maltraitée du fait que nous on mette une barrière entre elle et nous” « lorsqu'on faisait un soin où on devait porter le masque pour faire un pansement de cathé ou des choses comme ça, on expliquait pourquoi on mettait le masque [...] tu n'as plus à le faire »</p> <p>“même lors des transmissions ou des réunions avec l'ensemble de l'équipe, bah on n'arrive pas toujours à savoir qui prend la parole, si c'est une voix d'homme ou de femme”</p> <p>“on n'arrive plus à reconnaître les gens autour de nous”</p> <p>“il est arrivé qu'une dame me demande de m'éloigner et de baisser mon masque, elle me dit moi j'en ai marre de pas pouvoir voir votre visage en entier à chaque fois que vous venez me voir”</p>

Annexe III – Schéma de Shannon

Le Schéma de la communication de Shannon



Annexe IV- Retranscription Entretien n°1 : IDE 1

ESI : Est-ce que tu peux me dire où est-ce que tu travailles, dans quelle unité et depuis combien de temps ?

IDE : Alors, je travaille dans une clinique à Bordeaux euh dans une unité pas en particulier, je travaille un peu dans toutes les unités parce que je suis roulante et depuis que je suis diplômée en juillet.

ESI : Roulante, c'est-à-dire que tu vas dans tous les services de la clinique ?

IDE : Oui chirurgie, médecine, urgence, soins continus.

ESI : Très bien, alors pour commencer, quels sont pour toi les critères d'une communication soignant-soigné de qualité ?

IDE : Alors hum l'écoute, que ce soit du patient, de comment il est, de son non verbal, de son positionnement etc ...

Euh quelles sont les qualités ? (c'est dur)

ESI : Les critères d'une communication pour qu'elle soit efficace

IDE : Bah le respect, l'écoute.

ESI : C'est déjà pas mal.

IDE : Oui effectivement.

ESI : D'après toi, qu'est-ce qui peut gêner cette qualité de communication soignant-soigné ?

IDE : Euh les incompréhensions, les différences de langage, les préoccupations de chacun.

ESI : Quelles sont les situations dans lesquelles la communication a été impactée ? de manière positive ou négative

IDE : C'est-à-dire ?

ESI : Et bien dans lesquelles il y a eu un élément interne ou externe qui a fait que la communication que tu pouvais avoir de base a été modifiée

IDE : Je réfléchis... J'ai eu le cas d'une personne qui n'était pas sourde mais disons avec un déficit auditif et qui n'avait pas accès à son appareil auditif ; elle était venue de son EHPAD et on avait beaucoup de mal à communiquer avec elle et l'écrit c'était compliqué parce qu'il y avait des troubles un peu Pas Alzheimer, mais disons que c'était quand même un début de démence, donc c'était compliqué de se faire comprendre et du coup il a fallu qu'on descende nos masques pour qu'elle puisse lire un peu sur les lèvres.

ESI : Donc à ce moment-là c'était lié au port du masque ?

IDE : Ouais je vois que ça.

ESI : Après, ce n'est pas forcément lié au port du masque, ce peut être pour toute autre raison

IDE : Après il y a eu les différences de langage aussi, genre de personne qui ne parlait pas la même langue parce qu'on a pas mal de patients portugais.

ESI : Qu'as-tu observé comme réaction chez le patient lorsque celui-ci doit porter le masque ?

IDE : L'agacement, l'énervement, l'incompréhension.

Après il y a des gens qui réagissent très bien et qui s'excusent de ne pas avoir pensé eux-mêmes de ne pas l'avoir mis d'entrée, mais la majorité sont agacés de devoir le porter ou qu'on leur fasse la remarque, ouais la majorité des gens sont agacés.

ESI : Toi tu travailles depuis cet été, donc après la première vague et le premier confinement où les patients se sont quand même un petit peu habitués à ce que le masque existe, dans le milieu hospitalier on aurait pu imaginer qu'il y ait plus de compréhension ?

IDE : Non pas du tout, les gens comprennent pas qu'à partir du moment où ils sont hospitalisés, ben nous on est aussi des personnes lambda comme eux et qu'ils doivent nous protéger autant que nous on les protège.

ESI : Et les patients, ainsi que leurs proches quand ils leur rendent visite ?

IDE : Ouais les proches, alors quand ils sont dans les couloirs ou quand ils arrivent de l'extérieur ils le portent facilement, quand ils arrivent dans les chambres ils le retirent quasiment systématiquement même si on leur dit qu'il faut le garder pour qu'ils protègent leurs proches, et quand ils repartent ils le mettent que quand ils sortent en règle générale de l'unité, ils pensent pas forcément à nous. On se doit généralement de leur faire la remarque.

ESI : Et cela concerne des visiteurs de tout âge ?

IDE : Oui il n'y a pas de différence, au contraire il y en a beaucoup, ceux qui s'excusent ce sont souvent pas les plus jeunes mais un peu quand même genre la trentaine quarantaine qui disent ah mince c'est vrai, j'avais pas pensé et souvent ceux qui râlent le plus, ce sont ceux qui vivent dans des structures comme les EHPAD, mais heureusement il y en a qui le mettent systématiquement sans qu'on ait besoin de rappeler la nécessité de porter le masque.

ESI : Quels changements as-tu pu constater dans ta communication depuis le début de la crise sanitaire ?

IDE : Moi je trouve que le masque change beaucoup de choses parce que déjà, on n'arrive plus à reconnaître les gens autour de nous, mais après moi j'ai commencé avec le masque.

ESI : Mais est-ce que par exemple, tu es jeune diplômée mais ta formation avait fini depuis peu, du coup depuis par rapport aux stages que tu as pu faire pendant ta formation où le masque n'était pas obligatoire, tu as observé des changements dans ta communication ?

IDE : C'était plus facile de communiquer avec les gens je trouve ; moi de base je ne parle pas très très fort et du coup j'ai dû hausser la voix, moi je parle beaucoup avec les mains donc les gens arrivent à me comprendre mais je trouve que j'ai parlé plus fort. Je trouve que ce qui est plus dur en plus du masque, c'est la distanciation parce qu'on essaie de ne pas trop s'approcher quand on entre dans la chambre juste pour papoter, pour savoir comment le patient va etc... mais on reste à une certaine distance, il y a des personnes âgées pour la plupart qui ont besoin du toucher, elles ont besoin d'une proximité donc pour ma part j'ai dû parler plus fort. J'ai essayé de faire à l'écrit et les gens enfin mes patients n'ont pas du tout adhéré à ça, en fait j'ai essayé avec environ 10 patients et à chaque fois c'est genre ça marche pas, les gens me regardent et ne regardent pas ce que j'écris.

ESI : En quoi l'obligation de porter un masque a-t-elle pu modifier ton approche du soin avec la personne soignée ?

IDE : Elle a pu modifier euh, fin ça change pas trop pour nous en tant que soignant, je t'avoue que je fais pas les choses bien, moi personnellement quand les gens ont pas leur masque et que je dois leur faire une prise de sang le matin, bah les gens mettent pas leur masque le matin quand ils se réveillent je vais pas être relou à leur dire : mettez votre masque on est à côté de vous, donc moi ça change pas grand-chose à mon soin de base parce que quand on arrive on met notre masque et on le retire jamais, mais je trouve que ce qui est plus dur avec le masque en dehors des patients lambda, c'est pour ceux qui ont le Covid. En plus du masque on est tout habillé, la tenue complète, et ils ne nous reconnaissent pas du tout, limite ils ont peur quand on rentre et le masque, je trouve que ça nous déshumanise un peu parce qu'ils nous voient pas tu vois.

ESI : Bah c'est tellement exceptionnel que c'est effrayant pour certains

IDE : C'est clair ils ne voient rien du tout à part nos yeux mais quand on porte les lunettes de protection on les voit pas beaucoup non plus, on ressemble à des cosmonautes.

Dans mon soin technique ça ne change pas, c'est vraiment dans le relationnel comme je te disais, c'est quand tu parles au final limite tu abrèges le truc parce que quand ils ne comprennent pas, tu ne vas pas insister et eux-mêmes en ont marre de ne pas te comprendre.

Après on a des patients qui sont désolés pour nous qu'on doit s'habiller mais bon, tu vois que quand ils sortent et qu'ils sont plus contagieux qu'ils te reconnaissent pas, ils ont été soignés par des gens qu'ils ne connaissent pas, je trouve que c'est dur, en fait il y a moins ce rapprochement, ce lien qui se crée

Je sais que moi dans mes stages, j'ai une relation de confiance qui s'installe et pour que celle-ci s'installe, il faut quand même être proche de la personne et du coup je trouve que c'est dur parce que ça retire, ça nous déshumanise un peu je trouve.

ESI : Peux-tu présenter les situations dans lesquelles le port du masque a compliqué ta communication avec la personne soignée ? (pour toi qui est diplômée de cet été, peut-être tu peux différencier ça des stages pendant la formation)

IDE : Moi j'ai une personne qui s'est énervée comme ça contre nous, qui avait le Covid, et on changeait de masque, on avait le masque FFP2 et elle s'est énervée parce qu'on avait ce masque ; en fait elle ne comprenait rien à ce qu'on lui disait et tu sais elle s'est énervée en fait parce qu'elle ne comprenait pas pourquoi on la traitait comme ça, elle avait l'impression d'être maltraitée du fait que nous, on mette une barrière entre elle et nous.

ESI : Du coup le fait que le masque cache une partie du visage, c'est ça qui est difficile comme tu as dit on ne reconnaît pas forcément les autres

IDE : C'est ça et au niveau de la communication, comme je te disais c'est beaucoup plus compliqué surtout avec les personnes qui sont non communicantes parce que pour attirer le regard, on n'a même plus le sourire, ça s'est compliqué aussi. Moi quand je rentre dans une chambre je souris mais je porte le masque, donc on ne le voit pas.

Moi je sais que ça me perturbe beaucoup d'avoir le masque et donc je leur dis que j'oublie souvent que j'ai le masque et du coup je fais des sourires, des mimiques et les gens me disent que ça se voit dans les yeux, mais ça reste frustrant...

ESI : J'ai vu que dans certaines structures ils utilisent le masque transparent au niveau de la bouche, ce qui fait que le patient peut voir la bouche, il peut voir les expressions

IDE : Je sais pas s'ils protègent autant que les FFP2 mais si c'est le cas, ce serait à développer.

ESI : Est-ce que l'obligation du port du masque par le patient a amené un refus de soin de ce dernier ?

IDE : Un refus de soins non, un refus de porter le masque oui.

ESI : Et dans le cas où le patient refuse de porter le masque, vous faites quand même le soin ?

IDE : Ouais, après moi je te dis je n'oblige pas les gens à le porter quand ils refusent, en fait les gens en ont marre, on en a tous marre de toute façon mais c'est vrai qu'il y en a beaucoup qui ont encore du mal avec la situation actuelle et qu'ils doivent avoir des contraintes alors qu'ils sont déjà hospitalisés et que c'est déjà une contrainte d'être hospitalisé. Du coup moi je veux pas être hyper chiant, quand je reste dans la chambre longtemps comme quand je dois faire un pansement, je demande au patient de porter le masque parce que je vais passer du temps dans la chambre, mais si je rentre pour m'assurer que le patient va bien, je ne le demande pas systématiquement. Je suis pas la personne qui va obliger le patient à porter un masque pendant une toilette par exemple, alors que certes je suis forcément proche du patient mais c'est un peu compliqué.

ESI : Tu as des collègues dans le service qui le font ?

IDE : Ouais j'ai des collègues qui sont très à cheval sur le masque, alors je sais que je devrais l'être davantage aussi mais ça n'est pas simple, en fait je trouve que quand tu mets le masque à une personne tu vois encore moins son non verbal et je trouve que les grimaces, les mimiques de la bouche et du visage les patients ils transmettent tellement par-là que du coup je le vois pas.

Après les patients sont pour beaucoup bienveillants et lorsqu'ils nous voient avec le masque ils mettent le leur eux-mêmes.

ESI : Et quand le patient refuse de porter le masque lorsque tu lui as demandé, est-ce que du coup après dans le soin il y a quelque chose de différent ?

IDE : Ça reste rare qu'un patient nous dise non, souvent il s'énerve, on prend le temps pour leur expliquer la nécessité de devoir le porter au vu de la situation actuelle mais sinon oui, ça coupe quelque chose car obligatoirement quand il y a un conflit, cela crée une tension et c'est vrai que la discussion a du mal à reprendre sur quelque chose de plus positif.

ESI : Et bien pour conclure, souhaites-tu ajouter d'autres éléments que nous n'aurions pas abordés sur la communication en elle-même et les conséquences du port du masque ?

IDE : Ben on a déjà abordé pas mal de points.

ESI : Ce n'est pas simple de débiter le métier dans ce contexte

IDE : C'est sûr après on a pas le choix, on s'y fait.

Mais juste pour rajouter, il y a le port du masque entre collègues aussi, parce que ça, ça change aussi parce qu'on est obligé de parler beaucoup plus fort parfois dans les couloirs quoi.

Et puis même lors des transmissions ou des réunions avec l'ensemble de l'équipe, bah on n'arrive pas toujours à savoir qui prend la parole, si c'est une voix d'homme ou de femme.

J'ai des collègues qui retirent leur masque en sortant de la chambre d'un patient, qui protègent les patients mais qui protègent pas les collègues.

ESI : Et quand vous en discutez avec elles ?

IDE : Ça a été un long débat, assez compliqué, puis après un cluster dans certains services et que l'ensemble du personnel ait contracté le virus, maintenant ces soignants mettent le masque en permanence.

Annexe V - Retranscription Entretien n°2 : IDE 2

ESI : Je vais te demander de te présenter, ton lieu d'exercice et ton expérience

IDE : Donc euh je suis infirmière libérale depuis euh sur Villejean depuis 2016, installée depuis 2016, je fais du libéral depuis 2010. Je suis diplômée depuis fin 2008. Donc j'ai essentiellement fait toute ma carrière en libéral.

En hospitalier clinique, je n'ai pris que des postes dans les pools de remplacement pour voir un maximum de services en un minimum de temps, parce que depuis ma deuxième année de l'IFSI je savais que c'était du libéral que je voulais faire tout de suite. Donc le minimum requis pour accéder au libéral pour avoir les heures qu'il fallait.

J'ai travaillé un an et demi dans une maison de retraite pour obtenir ce qu'il me manquait pour pouvoir faire définitivement que du libéral.

ESI : D'accord donc ça fait 10 ans que tu fais du libéral

IDE : Oui c'est ça.

ESI : Alors pour commencer, quels seraient pour toi les critères d'une communication soignant-soigné de qualité ?

IDE : Donc là sans le masque ?

ESI : Oui en général

IDE : Alors pour moi une communication de qualité, c'est une communication qui est à la portée du patient, donc la première chose en fait c'est de se présenter pour ne pas heurter quand on prend le premier contact avec le patient, c'est d'évaluer assez vite quel est son degré de compréhension du soin, de sa pathologie.

Et après d'adapter sa communication là-dessus, souvent il faut aussi prendre en compte l'anxiété du patient par rapport à sa pathologie ou à son soin et donc pas forcément trop communiquer par rapport aux soins, mais plus par rapport à l'état du patient, le rassurer et quelquefois la communication est tout autre que le soin.

ESI : D'après toi, qu'est-ce qui pourrait gêner cette qualité de communication soignant-soigné ?

IDE : Alors en libéral, ce qui gêne la qualité de communication c'est le temps (rires).

ESI : Oui le facteur temps

IDE : Tout à fait, le facteur temps, c'est celui-là qui fait qu'on n'est pas entièrement présent chez le patient, si quelque part en arrière-plan j'en ai encore 15 à faire avant mes diabétiques de midi, voilà

ça ça peut vraiment gêner la communication. Ce qu'il faut arriver à faire c'est quand on est là on doit être là et on doit être là le temps qu'il faut à 100 %.

Il ne faut pas penser aux patients d'avant ou à ceux d'après.

Quelquefois tu n'arrives pas à t'en sortir mais l'avantage qu'on a par rapport à un service hospitalier, c'est que justement on ne vient que pour un patient ou deux patients, s'ils sont deux nous on a cet avantage-là c'est que normalement quand on est là on est là.

L'inconvénient c'est qu'on sait qu'on en a d'autres à voir derrière, mais c'est beaucoup moins prégnant que dans un service hospitalier où par exemple dans la chambre il y a 2 malades à voir, où on sait qu'on a tout le couloir à faire. On entend les collègues qui courent, nous on est quand même pour ça plus dans une bulle de soins un peu protégés.

Il n'empêche que nous-même on sait quelle charge on a de soins à faire dans la matinée et du coup cette charge en soins, il y a des jours où on a quand même la main sur la porte...

ESI : Oui le facteur temps est omniprésent

IDE : Oui moi je trouve que c'est essentiellement ça et après il y a notre fatigue personnelle, il y a des moments où le quatrième jour on est quand même moins dans la communication qu'au premier jour.

ESI : Est-ce que tu as des exemples de situations de manière générale où la communication a pu être impactée par différents facteurs ?

IDE : Des exemples précis ?

ESI : Oui

IDE : Les exemples que je te donne, c'est que couramment il faut qu'on se remette en question etc. Mais pour certains exemples précis c'est quand par exemple il intervient quelqu'un au milieu du soin de ta visite, un conjoint qui est beaucoup trop présent, qui va te poser plein de questions sur la pathologie du conjoint mais quelquefois cela n'a rien à voir avec le soin, juste il est trop là et à chaque fois tu as l'impression que tu as moins à donner au patient lui-même qu'à son conjoint. Ça ce sont des cas aussi où la communication, elle n'est pas comme elle devrait être, quelquefois il faut prendre en compte le conjoint parce qu'il est anxieux, parce qu'il vit mal la situation, parce que de voir se dégrader la personne avec qui tu vis c'est pas toujours facile ; on est toujours obligé de prendre en soin l'ensemble du foyer mais quelquefois ça nous est arrivé de dire stop au conjoint et que maintenant on souhaitait que quand on arrivait chez eux, le conjoint aille ailleurs pour se concentrer uniquement sur le patient.

ESI : On va se rapprocher un peu du port du masque : qu'est-ce que tu as pu observer comme réactions chez le patient depuis que lui doit maintenant porter le masque (parce que c'est vrai que quand j'étais en stage chez vous au tout début, vous ne demandiez pas forcément au patient de porter le masque lorsqu'on arrivait pour les soins, mais lorsqu'il y a eu le deuxième confinement je

me rappelle que vous leur demandiez à chaque fois qu'il pense à mettre le masque lorsqu'on arrivait chez eux)

IDE : Ben ils l'ont assez bien compris parce qu'en fait tout le monde s'est habitué dans sa vie à voir les gens masqués, à être masqué, voilà et certains ont eu du mal à le faire mais ils le font et ils comprennent que c'est aussi pour les protéger et pour nous protéger et donc ils comprennent assez bien.

ESI : Quels changements as-tu pu constater dans ta communication depuis le début de la crise sanitaire ?

IDE : Il y a des gens, c'est pour la compréhension en fait, les voix sont très assourdies, il y a des gens qui n'articulent pas très bien, on tend souvent l'oreille et ils nous comprennent encore moins, on a vraiment intérêt à être de face. Il y a beaucoup de choses qui passent par les yeux et il faut que le son aille directement vers le patient parce que, si on baisse la tête sur les papiers qu'on est en train de remplir, le patient parfois ne se rend pas compte quand on lui pose des questions.

Le son commence par rebondir sur les murs avant d'arriver aux oreilles du patient et c'est vrai qu'on répète les choses beaucoup plus qu'avant.

Et puis il est arrivé qu'une dame me demande de m'éloigner et de baisser mon masque, elle me dit moi j'en ai marre de pas pouvoir voir votre visage en entier à chaque fois que vous venez me voir.

On s'était posé la question à un moment donné d'avoir les masques transparents, mais bon c'est compliqué financièrement...

ESI : Et du coup tu t'es éloignée ?

IDE : Oui oui j'ai évidemment baissé mon masque et je lui ai dit : voyez je n'ai pas beaucoup changé à part quelques rides !

Et puis cette dame c'est une personne âgée qui sort très peu de chez elle, donc elle ne connaît pas le monde dehors où tout le monde est masqué, elle voit bien que tous les gens qui arrivent chez elle portent le masque mais elle le vit quand même très peu à part les rares fois où elle a des rendez-vous extérieurs.

ESI : En quoi l'obligation de porter le masque a-t-elle pu modifier ton approche du soin avec la personne soignée ?

IDE : Tu sais, maintenant ça fait tellement longtemps qu'on porte le masque en permanence que du coup...

ESI : C'est devenu automatique en fait ?

IDE : Il faudrait que je me rappelle au tout début.

Je pense que effectivement oui mais enfin tu sais, la patientèle elle change quand même beaucoup, je pense que eux aussi se sont habitués à nous voir comme ça. J'ai pas l'impression que j'ai vraiment changé mon approche du soin avec le masque, je fais peut-être plus attention à accrocher le regard

des gens au début quand je me présente, comme le reste est caché on insiste sur le contact visuel avec les gens.

C'est vrai qu'on ne peut plus exprimer les choses avec la bouche à part verbalement mais visuellement la bouche est cachée.

ESI : Pour différencier avec la question de tout à l'heure avec le masque, est-ce que tu as des situations, depuis que tu portes le masque, où ta communication avec le patient a été entravée, compliquée ?

IDE : Ce n'est pas mon port du masque qui a rendu les choses compliquées, c'est le port du masque par le patient avec par exemple les gens qui parlent mal, pour nous c'est encore plus compliqué de les comprendre derrière un masque, hum ouais c'est essentiellement ça.

ESI : Est-ce que dans l'autre sens un patient a pu te dire : je comprends pas ce que vous me dites ?

IDE : Ouais ça ça arrive souvent, par exemple après une prise de sang. On est en train de remplir le papier donc on a la tête penchée vers le papier et la personne nous dit je comprends pas ce que vous me dites, parce que le son il est déjà bloqué avec le masque. Moi j'avais l'impression de parler assez fort entre guillemets parce qu'on a des patients âgés qui entendent haut on va dire, mais euh avec le masque j'ai l'impression qu'il a fallu qu'on fasse un effort pour articuler et qu'on parle encore plus fort.

ESI : Est-ce que tu as observé que ça pouvait générer de l'anxiété chez un patient lors d'un soin ? (le fait de ne pas forcément avoir compris ce que tu lui disais)

IDE : Non c'est plutôt que en fait, ce que ça génère le masque, c'est plutôt une anxiété, c'est le fait de dire tiens ma foi vous me craignez, moi je dois vous craindre vous ? c'était plutôt cette petite anxiété-là, tiens pourquoi est-ce qu'elle met un masque ? mais comme nous en tant que soignant on l'a mis dès le premier jour et qu'on ne l'a jamais quitté depuis...

ESI : Et oui ça va faire 1 an...

IDE : Et oui voilà et franchement même les nouveaux patients ils ne sont pas choqués parce que aujourd'hui, c'est si on ne le porte pas qu'on choque les gens, mais par exemple avant, lorsqu'on faisait un soin où on devait porter le masque pour faire un pansement de cathé ou des choses comme ça, on expliquait pourquoi on mettait le masque, bon ben ça maintenant peu importe le soin, tu n'as plus à le faire.

ESI : Effectivement c'est une partie que j'aborde dans mon mémoire : les indications du port du masque pour certains soins.

Bon et bien j'ai fait le tour de mes questions, est-ce que tu aurais d'autres éléments en général en lien avec le masque et la communication qu'on n'aurait pas abordés ?

IDE : Bah écoute on a tous quand même hâte que les patients n'aient plus à porter le masque pour avoir plus l'impression d'être revenus à quelque chose de plus normal dans notre vie, dans notre

communication avec les patients, et je pense que nous on continuera à porter un masque je crois dans notre pratique professionnelle. Moi je ne serre pas la main des gens, de mes patients, je me suis toujours adressée de façon verbale avec eux donc ça ça n'a pas changé grand-chose et je dis ça parce que il y a plein de gens qui me disent que ça leur manque dans leur métier, dans leur relation professionnelle, de serrer la main des gens mais en fait, j'ai l'impression que nous dans le soin on avait déjà plus cette habitude-là depuis longtemps.

ESI : C'est vrai que nous dans le soin il y a quasi systématiquement le toucher

IDE : Ben oui à vrai dire le toucher pour le patient je l'ai gardé, c'est-à-dire que si je vois que la personne ne va pas bien si on lui annonce un mauvais résultat de laboratoire ou n'importe quoi, je vais aller vers elle et puis mettre une main sur l'épaule, lui tenir la main, en fait la pandémie ne m'a pas arrêtée dans certains gestes de proximité puisque je me dis que de toute façon, quand on fait une prise de sang, eh ben on a nos gants mais on a quand même ce geste, le toucher. Quelquefois un geste c'est bien mieux qu'une parole.

Résumé en français

Mon travail de fin d'études met en parallèle le port du masque depuis l'épidémie du coronavirus et la communication entre l'infirmière et la personne soignée. Depuis une année maintenant, nous avons dû en effet nous habituer à porter un masque en permanence.

Mais être masqué et réussir à établir une communication de qualité : est-ce possible ?

Que ce soit par la parole ou par les gestes, l'infirmière a dû réinventer sa manière d'établir le lien avec le patient, tant le masque peut perturber une relation de soin, comme j'ai pu le constater au travers de nombreux témoignages de soignants.

Ces réflexions m'ont amenée à cette question de départ : en quoi la communication entre l'infirmière et la personne soignée est-elle impactée par le port du masque ?

J'ai en premier lieu, lu différents ouvrages et articles sur le sujet. Puis j'ai interviewé une infirmière travaillant dans une clinique, ainsi qu'une infirmière libérale. Cela m'a permis de « comparer » la réalité du terrain avec la théorie des écrits et constaté l'éventail des ressources que les soignants ont su trouver pour sauvegarder les liens avec leurs patients.

MOTS -CLES : Masque - Sauvegarder - Communication - Relation dans le soin – Réinventer

Abstract

My final research paper goal is to make the connection between the fact of wearing a mask - since the beginning of the COVID-19 pandemic - and the communication between the nurse and her patient. Indeed, it's been a year now that we'd have to get used to constantly wear a mask. But « being masked » and able to engage a good quality conversation : is it really possible ?

With this new way of working with a mask, nurses had to reconsider ways to build a new relationship with their patients by using speech or gestures. Those are all feedback I've gathered from few different caregivers around my internships.

These thoughts all brought me to this problem that I will try to solve in my dissertation : how can the mask wore by a nurse impact the communication with her patient ?

First I have read a few different standard works and articles related to the subject. Then I've conducted a few interviews, one with a clinic nurse and the second one with a self-employed nurse.

These information have allowed me first of all : « to compare » reality with things said in writings.

And then it has allowed me to seriously consider the range of resources that caregivers have been able to think about and to find out in a way to keep their relationship with their patients.

KEYWORDS : Mask - To Keep – Communication - Care Relationship - Reconsider