



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Le sens donné à la communication dans la relation soignant-soigné en réanimation.



Formateur référent : Isabelle LE GALL

MAZELLA - Emma
Formation infirmière
Promotion 2018- 2021

10 mai 2021



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Le sens donné à la communication dans la relation soignant-soigné en réanimation.

Formateur référent mémoire : Isabelle LE GALL

MAZELLA - Emma
Formation infirmière
Promotion 2018- 2021

10 mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d' INFIRMIER

Travaux de fin d'études :

« Le sens donné à la communication dans la relation soignant- soigné en réanimation »

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

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture

Le sens donné à la communication dans la relation soignant- soigné en réanimation

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. 05. 2021

Identité et signature de l'étudiant : MAZELLA Emma

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Isabelle Le Gall, pour son accompagnement, ses conseils et son soutien durant l'élaboration de mon travail.

J'aimerai également remercier mes 3 amies de formation, sans qui, cette expérience n'aurait pas été la même.

Merci à tous les professionnels de santé que j'ai pu rencontrer, qui m'ont transmis leur savoir et m'ont permis d'explorer mes compétences et mes valeurs de soignante.

Merci à mes grands-parents, qui durant ces 3 années n'ont jamais cessé de croire en moi et en mon projet professionnel.

Un grand merci à ma maman pour avoir toujours été présente à mes côtés.

Merci à mes frères d'avoir cru en moi.

Merci à Valentin, d'être resté à mes côtés durant ces trois années, où ses encouragements m'ont accompagnée tout au long de ma formation.

Merci à Julia de m'avoir aidé lors de la réalisation de ce projet.

Merci à ma mère, ma grand-mère et surtout à ma tante pour leur relecture.

Et enfin, un grand merci à mes parents, qui ont toujours été présents, dans les bons comme dans les plus éprouvants moments de cette formation. Qui grâce à leur soutien et leurs encouragements m'ont permis d'avancer en tant que personne mais également en tant que future soignante.

SOMMAIRE

1 Introduction	1
2 Le cheminement vers la question de départ	2
2.1 Ma situation d'appel	2
2.2 Mes questionnements	3
3 Le cadre conceptuel.....	5
3.1 Le service de réanimation, synonyme de technicité.....	5
3.1.1 Pourquoi le terme « réanimation »?.....	5
3.1.2 Les acteurs de ce service.....	6
3.2 Le patient sédaté	7
3.2.1 Pourquoi soigner par sédation?.....	7
3.2.2 La douleur, l'une des premières indications de la sédation.....	8
3.2.3 Le temps, déformé en réanimation.....	10
3.2.4 Les émotions en réanimation	11
3.3 « La communication consiste à comprendre celui qui écoute »	12
3.3.1 Sa définition.....	12
3.3.2 Existe-t-elle dans un service de réanimation?.....	13
3.4 La relation soignant-soigné.....	13
3.4.1 Qu'est-ce qu'une relation?	13
3.4.2 La relation dans un contexte de soin	14
4 Le dispositif méthodologique	16
4.1 Les objectifs du guide d'entretien.....	16
4.2 La population ciblée	16
4.3 L'organisation des entretiens	17
4.4 Bilan du dispositif de recherche	17
5 L'analyse descriptive des entretiens	19
6 La discussion	23
6.1 Sédation et communication, un dilemme?.....	23
6.2 La maîtrise des émotions dans la communication.....	26
7 Conclusion.....	28
8 Bibliographie	29
Sommaire des annexes.....	1

Liste d'acronymes

- **BPS**: Behavioral Pain Scale
- **CNRTL**: Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- **HAS**: Haute Autorité de Santé
- **IASP**: International Association for the Study of Pain
- **SFAR**: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
- **SRLF**: Société de Réanimation de Langue Française
- **SNPI**: Syndicat National des Professionnels Infirmiers
- **RASS**: Richmond Agitation Sedation Scale

« La communication, pierre angulaire de la relation avec la personne soignée »

Margot PHANEUF

1 Introduction

Au terme de mes trois années de formation en soins infirmiers, je vous présente aujourd'hui mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Ce travail fût réalisé dans le cadre de l'unité d'enseignements 3.4. S6 « Initiation à la recherche », 5.6. S6 « Analyse de la qualité et traitements des données scientifiques et professionnelles » et 6.2. S6 « Anglais ».

Je tenais à écrire ce travail de fin d'études sur l'importance du sens que la communication offre au sein d'une relation soignant-soigné, avec un patient que l'on rencontre souvent en réanimation, c'est-à-dire intubé, ventilé et sédaté.

Les services de réanimation m'ont toujours attiré de par leur technicité mais également sur l'aspect relationnel, bien différent des autres services. C'est à travers mes expériences professionnelles, que j'ai perçu le service de réanimation comme étant un service technique, côtoyant la frontière entre la vie et la mort du patient, pouvant influencer le côté humain et relationnel du soin. Cette complexité de prise en soin a, depuis le premier jour où j'ai découvert la réanimation, éveillé ma curiosité sur l'équilibre nécessaire entre le soin technique et la communication, favorisant la relation avec un patient sédaté. Ce travail d'équilibriste a été confirmé par les différentes lectures que j'ai pu effectuer durant ce travail. Par conséquent, ces recherches, scientifiques mais également biographiques, m'ont permis d'élargir la vision que j'avais de ce service, en me questionnant sur les conséquences que peut avoir l'absence de communication, dans la relation soignant- soigné en réanimation ; « *La communication, pierre angulaire de la relation avec la personne soignée* » Margot PHANEUF.

Après avoir choisi une situation d'appel, et avoir émis mes questionnements, me permettant d'extraire ma question de départ. Je définirai des concepts en lien avec mon sujet de recherche par le biais de différents supports théoriques. Puis, à l'issue des entretiens effectués, les commentaires d'analyses de ces derniers, me permettront de croiser les éléments de réponses donnés avec mon positionnement de future professionnelle. De plus, cette partie m'aidera également à discuter ainsi qu'à exposer ma question de recherche.

2 Le cheminement vers la question de départ

2.1 Ma situation d'appel

La situation que j'ai rencontrée s'est déroulée l'été 2020, lorsque j'exerçais en tant qu'aide soignante de nuit dans un service de réanimation polyvalente. Le patient, monsieur D., âgé de 60 ans est obèse, et est hospitalisé pour une tamponnade suite à une opération cardiaque. Par conséquent, monsieur D. est redirigé au bloc opératoire pour essayer de neutraliser la tamponnade. Malheureusement, le patient ne supporte pas le post-opératoire. Il est alors mis sous assistance respiratoire via une intubation trachéale. Il dispose de catécholamines via un cathéter central pour le maintenir hémodynamiquement, et il bénéficie d'une sédation pour essayer de le soulager. Plusieurs essais de sevrage respiratoire et thérapeutique vont être réalisés mais seront peu concluants. Le patient ne supportera pas l'arrêt des catécholamines, ni ses réveils après la levée de sédation. Une sonde nasogastrique est alors posée au cours des premiers jours post-opératoires, pour éviter le risque de dénutrition et de carence. De plus, l'état cutané du patient déjà altéré va se dégrader très rapidement notamment au niveau du sacrum et va développer une escarre sacrée, qui s'accroîtra à un stade IV.

Nous sommes aux 7^{ème} jours d'hospitalisation de monsieur D., il est 6H00, je dois réaliser avec l'aide de ma collègue la toilette du patient. Ce dernier a des épisodes de selles liquides depuis 2 jours, et pour la cinquième fois de la nuit, nous devons le changer. Monsieur D. pèse plus de 120 kilos, son poids et son escarre sacrée stade 4 rendent la prise en soin plus complexe et nécessitent de prendre plus de temps.

En rentrant dans la chambre je suis seule, ma collègue me rejoindra quelques minutes plus tard. Je n'oublie pas d'indiquer à monsieur qu'il est 6H00 et que nous venons lui faire sa toilette. Je ne sais pas si le patient m'entend, aucune réponse physique n'est perceptible. Quelque peu déstabilisée, je continue et prépare les affaires de toilettes. Le silence est à son comble, seuls les bruits du respirateur animent la chambre. En commençant la toilette du visage, toujours aucune réaction de la part du patient. Je continue dans ce grand silence, mais j'essaie d'anticiper et de prévenir verbalement le patient du déroulement du soin. Ma collègue arrive, pour m'aider à mobiliser monsieur D. A peine entrée dans la chambre, ma collègue me fait comprendre verbalement que le fait que monsieur soit obèse et encore souillé ce matin l'agace énormément. Je ne réponds pas, car cette réflexion me gêne. Une autre collègue entre dans la chambre pour nous venir en aide et durant le soin, mes collègues commencent à parler de leur vie personnelle. En rajoutant que monsieur D. est beaucoup trop lourd pour elles. Cependant, le fait de tourner monsieur D., pour que je puisse avoir accès à son dos et son sacrum, le gêne et le réveille, un réveil sûrement dû à la douleur. Celui-ci tousse malgré le tube et commence à rougir au niveau de la tête. Les alarmes du respirateur sonnent. Je me dépêche car pour moi, le patient souffre. Je lui nettoie le dos et lorsque j'arrive au fessier, les selles sont malodorantes

et le pansement quasiment saturé. Je garde ses remarques en tête, mais mes collègues verbalisent ce que je vois comme si le patient n'était pas présent. Je ne me sens pas à l'aise, car je ne sais pas si le patient nous entend. J'essaie toujours de nettoyer et de rendre le patient confortable mais celui-ci n'apprécie pas et les alarmes sonnent toujours. Mes collègues n'y prêtent pas plus d'attention et continuent de discuter. Une fois la toilette réalisée, nous remettons le patient sur le dos. Nous l'installons en position demi-assis pour qu'il essaie de récupérer de ses efforts. Monsieur D. A toujours les yeux fermés mais son expression du visage semble manifester de l'inconfort et de la douleur. Mes collègues laissent le patient ainsi et sortent de la chambre.

2.2 Mes questionnements

- Quelle représentation avons-nous du patient sédaté?
- Pourquoi la sédation « déshumanise » t-elle plus facilement le patient?
- Lors de ces soins de confort, pourquoi prenons-nous plus soin de l'aspect physique de la personne, et moins du côté psychique?
- Comment conserver la dignité d'un patient intubé, ventilé et sédaté, malgré sa vulnérabilité lors des soins intimes?
- Les 5 sens (le toucher, l'ouïe, l'odorat, le goût, la vue) jouent-ils un rôle important dans la prise en soin d'un patient sédaté?
- En l'absence de communication verbale, par quel biais le soignant peut-il faire ressentir au patient de la sécurité?
- Comment instaurer un climat de confiance entre soignant et soigné sédaté?
- Quel impact peut avoir la communication sur le vécu du patient sédaté, intubé, ventilé?
- Les émotions impactent-elles notre façon de soigner et de prendre soin?
- Que ressent un soignant face à un patient non communicant?
- Comment s'adapter et se positionner devant cette communication à sens unique?
- L'expérience professionnelle aide-t-elle à surmonter et à accepter la situation du patient sédaté, ventilé, intubé?
- Comment appréhender la douleur d'une personne sédatée?

- L'allègement de la communication du soignant, ne reflète-t-il pas un mécanisme de défense face à la vulnérabilité et la souffrance du patient?
- Le transfert est-il bénin ou malin dans la prise en soin d'une personne sédaturée, intubée et ventilée?

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

3 Le cadre conceptuel

3.1 Le service de réanimation, synonyme de technicité

3.1.1 Pourquoi le terme « réanimation »?

François VACHON¹, décrit la réanimation comme une médecine récente, qui voit le jour en France en l'an 1954. Cette nouveauté médicale « *vint révolutionner la thérapeutique et le pronostic des maladies aiguës avec défaillance des fonctions vitales* ». Il souligne également que la modernité de cette pratique médicale a renouvelé la conception des pathologies internes et a déclenché une nouvelle réflexion médicale. Quant à Michèle GROSCLAUDE, qui dans son ouvrage, *Réanimation et coma ; soin psychique et vécu du patient*, de 2009, explique le rôle de cette médecine et rappelle l'étymologie du terme « *réanimer* » signifiant « *ramener un malade à la vie* ». De surcroît, Philippe LABRO, dans son livre *La Traversée*, de 1996, va également définir au travers de son témoignage de patient, « *la réa sert à vous ré-animer, c'est-à-dire vous maintenir pour vous redonner la vie.* ».

De plus, la réanimation est un service accueillant un profil de patients bien distinct et le code de la Santé publique le précise dans l'article R 6123-335²; « *les soins de réanimation sont destinés à des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës, mettant directement en jeu leur pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance* ». Ces patients nécessitent donc la mise en œuvre prolongée de méthodes d'assistance comme la ventilation artificielle, l'assistance cardiaque et encore l'assistance rénale. Toujours dans le livre, *La traversée*, de Philippe LABRO, celui-ci décrit « *la réa* » comme un univers différent codé et réglementé, ayant une ambiance particulière, rythmée de ses propres sonorités et couleurs, toutes reliées à la maladie et au « *malade* ». Cet environnement est également imagé par les propos de madame M. GROSCLAUDE, qui fait référence à « *une ruche où s'active jour et nuit sous le même éclairage l'équipe soignante, où strident et bourdonnent les appareils* ». En effet, comme l'évoque le professeur PERRIGAULT lors d'une conférence sur la sédation de 2018 du CHU de Montpellier, la réanimation, de par ces éléments, est souvent synonyme d'environnement agressif. Par conséquent, la conférence de Consensus de 2010³, travaille et réfléchit sur l'amélioration du vécu des patients en réanimation. Cette dernière désigne les « *techniques de suppléance lourdes et invasives* », « *les surveillances rapprochées créant des conditions de vie très difficiles* », « *l'anxiété des familles et proches soumis, parfois très brutalement à l'éventuelle disparition d'un être cher* » et « *la*

¹ Vachon, F. (2010). Histoire de la réanimation médicale française: 1954- 1975, *Revue Réanimation Volume 20*. p 72- 78

² Décret n°2006- 72 du 24 janvier 2006. Relatif à la réanimation dans les établissements de santé modifiant le code de la santé publique

³ Martin C. (2010) Mieux vivre la réanimation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Volume 29

confrontation d'un milieu hospitalier et technique pouvant supposer une humanité absente ou négligée ».

3.1.2 Les acteurs de ce service

La grande spécificité du service de réanimation est sa permanence médicale et paramédicale en continu, comme l'édicte l'article D.712-106 du décret n°2002-466 du 5 avril 2002; « *Dans toute unité de réanimation, la permanence médicale est assurée au moins d'un médecin membre de l'équipe médicale dont la composition est définie à l'article D.712-108* ».

Selon la Haute Autorité de Santé⁴, « *l'équipe est un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences dont le patient a besoin* ». En effet, plusieurs acteurs jouent un rôle crucial dans la prise en soin du patient. Ces derniers bien différents les uns et des autres, exercent un travail collaboratif pour mener à bien leur objectif commun, qui est d'assurer les soins d'une personne malade.

Effectivement, une équipe soignante en réanimation regroupe de nombreux professionnels comme des médecins anesthésistes réanimateurs, des chirurgiens, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des aides-soignants, des diététiciens, des psychologues et bien d'autres encore.

L'importance de l'équipe est soulignée dans le *Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients*, de 2012; où il est dit que « *un travail d'équipe efficace dans la dispensation des soins peut avoir un impact positif et immédiat sur la sécurité des patients* ».

Cependant, dans la prise en soin d'une personne, il me semble indispensable de prendre en compte les proches, comme étant des acteurs au sein d'un service de réanimation. Selon l'article *Parler aux familles des patients de réanimation: ce que les infirmiers ont à dire*, de 2012 « *les familles ne sont pas de simples visiteurs en réanimation* », car pour eux, les proches ou la famille sont parfois synonyme de ressource, et la 6ème Conférence de Consensus SRLF- SFAR, de 2009, certifie cette ressource et dit que « *l'expérience traumatisante que représente un séjour en réanimation est partagée avec la famille, ce qui aide le patient à mieux supporter la suite du séjour* ».

En complément de cette ressource, entre en jeu l'importance des compétences techniques et médicales, assurées par l'équipe, garantissant alors le bien-être du patient dans les pratiques soignantes. Ainsi, « *mieux vivre la réanimation consiste à préserver la qualité de vie, à diminuer les sources d'inconfort et de stress et à favoriser la reconnaissance du patient en tant que personne* »⁵. Et cette considération en tant qu'être humain passe par la prise en compte du vécu, du passé et également de l'entourage du patient, pouvant apporter des éléments précieux concernant la

⁴ Dumas M., Douguet F., Fahmi Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins: ce qui fait équipe?. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise- N°20, Volume 5. p. 45- 67*

⁵ Smida O., Merino E., Lefrant N., Ruimi L., Chaize M., Kentish-Barnes N., Azoulay E.(2012). Parler aux familles des patients de réanimation: ce que les infirmiers ont à dire. SFAR.. p. 13

personne prise en soin. Enfin, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation ainsi que la Société de Réanimation en Langue Française sont investies dans un projet nommé « *Mieux vivre la réanimation* » datant de 2016- 2017, et qui a pour objectif d'apporter une aide aux patients et à leurs proches afin de mieux vivre le moment angoissant que constitue un séjour en réanimation et de redéfinir la place du patient et des proches au sein d'un service comme tel.

3.2 Le patient sédaté

3.2.1 Pourquoi soigner par sédation?

L'élément souvent représentatif de la réanimation est le patient sédaté. Mais avant d'approfondir ce point, il me semble important de comprendre ce qu'est la sédation.

Le dictionnaire Le Robert, de 2020, définit la sédation comme « *Une action de calmer ou d'apaiser au moyen sédatif* ». Dans la mise au point de l'édition Elsevier de 2003; *Sédation et Analgésie du patient sédaté*, la sédation, celle-ci « *n'a pas pour but d'endormir le patient, mais d'assurer son confort* ». Enfin, pour la SFAR, la sédation est définie comme étant « *un terme global regroupant l'ensemble des moyens médicamenteux ou non, garantissant le confort et la sécurité de la prise en soin du patient* ». Le terme sédation inclut alors deux composantes, qui sont l'analgésie et la narcose. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, l'analgésie est une action « *qui atténue ou supprime la sensibilité à la douleur sans provoquer de perte de conscience* ». Quant à la narcose il l'a définie comme « *un sommeil provoqué artificiellement par des médicaments* ». De ce fait, ces deux éléments constituent le terme sédation-analgésie, c'est à dire soulager la douleur en provoquant un sommeil artificiel.

Cependant, la SFAR accentue l'existence de deux types de sédation-analgésie. Tout d'abord, la sédation-analgésie dite de « *confort* » a pour mission de soulager en priorité la douleur. Et enfin, la sédation-analgésie « *thérapeutique* », étant une sédation plus profonde, devient un élément primordial dans le traitement de certaines pathologies où la sédation devient alors le traitement. Bien évidemment, la mise en œuvre de la sédation s'envisage lorsque la balance bénéfice/ risque est évaluée selon les besoins du patient au vu de sa situation clinique. Selon l'article *Sédation et analgésie du patient ventilé* de C. MÉLOT⁶, les objectifs de la sédation-analgésie sont de « *diminuer l'anxiété, de calmer la douleur, de faciliter l'adaptation au respirateur et d'assurer une myorelaxation, de permettre la réalisation de gestes courts* ». Ces objectifs ont été définis par la conférence de consensus de 1993 et des recommandations de la SFAR et de la SRLF.

J'aimerai également souligner que l'utilisation de la sédation a beaucoup évolué dans l'histoire de la réanimation. En effet, lors des années 1970 la sédation était encore trop vaste et peu comprise où

⁶ C. Mélot. (2003). Sédation et analgésie du patient ventilé Sedation and analgesia of the ventilated patient. Réanimation Volumen 12. N°1 . p. 53-61

l'on retrouvait des patients inconfortables et peu sédatisés. Puis dans les années 1990, l'utilisation de la sédation passe à l'opposé et les patients deviennent trop sédatisés. Il me semble important d'aborder ce point historique, car la sédation, comme l'explique monsieur PERRIGAULT lors de la conférence du CHU de Montpellier, devient dangereuse lorsqu'elle s'étend dans le temps et lorsque son dosage est trop important et par conséquent elle est inadaptée aux besoins du patient. L'étude de 2018 de Critical Care Medicine⁷, appuie ces dires et prouve que l'usage adapté et peu prolongé de la sédation diminue concrètement de moitié le taux de surmortalité en réanimation.

Quant à la caractéristique du patient en réanimation, la plupart bénéficie d'un grand nombre d'appareillages et de traitements mettant en jeu leur vulnérabilité comme le précise madame GROSCLAUDE où cette dernière dit : « *beaucoup de réanimés ne sont pas comateux mais plus ou moins vigiles, voire lucides (en apparence du moins), la plupart sont intubés et ventilés* ».

Enfin, cette vulnérabilité est due, selon le professeur PERRIGAULT, à cette sédation quotidienne, tellement quotidienne qu'il faut, je cite: « *garder à l'esprit qu'en face de nous, nous avons des patients. Parce que le risque avec les patients qui sont pour la plupart sédatisés, c'est d'imaginer que l'on ne soigne plus des humains mais des corps* ».

3.2.2 La douleur, l'une des premières indications de la sédation

La douleur est un point qui me semble important d'aborder. En tant que soignant, nous la côtoyons quotidiennement, notamment en service de réanimation où la prise en soin gravite autour d'elle.

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain)⁸, la douleur est définie comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle* ». Celle-ci est propre à chaque patient, selon son vécu et son motif de prise en soins.

D'après l'ouvrage, de 2016, *Comprendre et soulager la douleur* de Claire CHAUFFOUR-ADER et Marie-Claude DAYDÉ, la « *douleur constitue le premier motif de consultation médicale* ». Et par conséquent, sa prise en charge fait partie intégrante des pratiques soignantes comme le stipule l'article R.4312-19 du Code de Déontologie Infirmier de novembre 2016; « *L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur* ». C'est-à-dire, comme l'explique l'article R4311-2 du

⁷ Stephens, J.R. Dettmer, R.M. Roberts, W.B. Ablordeppey, Fowler, E. A.S. Kollef, H.M. Fuller, M.B. (2018). Practice Patterns and Outcomes Associated With Early Sedation Depth in Mechanically Ventilated Patients: A systematic review and meta-analysis- *Critical Care Medicine*. Volume 46. N°3 . p. 471- 479

⁸ Srinivasa, R.N. Carr, B.D. Cohen, M. Finnerup, B.N. Flor, Gibson, H. S. Keefe, J.F. Mogli, S.J. Ringkamp, M. Sluka, A.K. Song, X.J. Stevens, B. Sullivan, D.M. Tutelman, R.P. Ushida, Vader. T. K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises.. *Pain*. Volume 161. N°9. p. 1976- 1982.

code de la Santé Publique, que les soins infirmiers ont des objectifs « *préventifs, curatifs ou palliatifs* ». De plus, ce devoir soignant qu'est de soulager la douleur est également un droit réservé au patient. Ce droit est recensé par la Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁹ où il est écrit que « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». Enfin la Charte de la personne hospitalisée¹⁰ aborde l'instauration « *d'un contrat d'engagement contre la douleur qu'elle soit chronique ou non* » permettant de « *soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage* ».

Cependant, pour que la prise en charge de la douleur soit efficace, quelle que soit la spécificité du service, cette dernière doit être évaluée. En effet, selon la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur¹¹, les échelles d'évaluation de la douleur « *sont des outils pour aider à identifier, à quantifier, à qualifier ou à décrire la douleur* », où deux modes d'évaluation existent: « *l'auto-évaluation* » exprimée par le patient et « *l'hétéro-évaluation* » interprétée par les soignants. Ces évaluations ont pour objectifs, comme nous l'explique l'ouvrage de C. CHAUFFOUR-ADER et M.C. DAYDÉ, d'identifier les causes et les mécanismes de la douleur.

En réanimation, la douleur est constamment présente, comme l'indiquent les auteurs de *Douleur en réanimation : problématiques soignantes*¹², où ces derniers expliquent les fondements des souffrances vécues en réanimation qui sont généralement dues à la spécificité du service, des techniques invasives mais également du contexte de soin où dans la majorité des cas, le pronostic vital du patient est engagé. Madame GROSCLAUDE, dans son œuvre, évoque cette douleur et la qualifie d'énigme dans cette prise en soin. Pour elle, la douleur « *illustre combien les logiques subjectives et les priorités objectives de soins bouleversées, sans qu'il soit possible d'identifier les causes et les mécanismes.* ». C'est-à-dire qu'en réanimation l'hétéro-évaluation de la douleur relève de l'interprétation du soignant et que cette dernière est donc subjective influençant les conditions de cette prise en charge.

La douleur est alors un paramètre de surveillance à part entière en réanimation et son dépistage s'introduit dans la prise en soin globale du patient. Cependant, comme nous l'avons évoqué précédemment, les patients en réanimation sont pour la plupart sédatisés et analgésifiés. Et par conséquent, pour que ces douleurs soient suffisamment prises en compte malgré l'incapacité verbale du patient, due à la sédation mais également des assistances respiratoires existantes, différentes

⁹ LOI N°2002- 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 4 mars 2002

¹⁰ La charte de la personne hospitalisée. Ministère des solidarités de la santé. (1995)

¹¹ SFETD. (2019). Échelles douleur- *Site web de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur*

¹² Lattre, S. Jong, A. Gniadek, C. Carr, J. Tondut, G. Conseil, M. Cissé, M. Jaber, S. Chanques, G. (2015). Douleur en réanimation: problématiques soignantes. *Réanimation. Volume 24. N°6.* p. 760- 766

échelles d'évaluation de la douleur spécifiques aux patients sédatisés, intubés, ventilés existent. Selon la SFAR, les outils d'évaluation¹³ les plus utilisés en réanimation sont :

- Le Score RASS ou l'échelle de vigilance- agitation de Richmond, est un score avec des cotations positives interprétant l'agitation et des cotations négatives pour évaluer le niveau de conscience. Ce score se fait en fonction de l'observation soignante et détermine le confort du patient.
- L'échelle BPS (*Behavioral Pain scale*) est une échelle d'hétéro-évaluation utilisée pour mesurer la douleur chez le patient adulte sédaté et ventilé. Cette évaluation se fait selon trois critères qui sont l'expression du visage, le tonus musculaire et l'accommodation de l'assistance respiratoire. L'anxiété, la détresse psychique et le syndrome de sevrage médicamenteux peuvent être par conséquent des facteurs influençant le résultat de cette échelle.
- Le score de Glasgow, est logiquement utilisé en première intention pour coter la gravité des traumatismes crâniens en situation d'urgence. En réanimation, il permet d'évaluer l'état de conscience du patient.
- Le score de Ramsay quant à lui est un score indicateur de la profondeur de la sédation. Il permet d'évaluer la capacité du patient à répondre à un stimulus. De plus, il évalue également la profondeur de la sédation et donc avise si cette dernière est adaptée au patient.

Enfin, la réanimation, comme le précise le professeur PERRIGAULT, est l'un des services où « *les soins douloureux génèrent de l'anxiété, de l'agitation, de la confusion* » majorés par l'environnement agressif qu'est la réanimation.

3.2.3 *Le temps, déformé en réanimation*

Les dires du professeur PERRIGAULT en amont, me permettent de rebondir sur la notion de temps en réanimation, qui devient une autre réalité psychique pour le patient. Comme l'argumente Armand KAZEK¹⁴, « *l'hospitalisation en réanimation est comme une expérience d'une temporalité traumatique* ».

Tout d'abord, un patient bénéficiant d'une sédation, subit au cours de son hospitalisation des épisodes amnésiques, comme l'explique l'anesthésiste réanimateur Michèle GROSCLAUDE: « *L'amnésie, absence de mémoire, s'impose comme un trait objectif marquant de la clinique de la réanimation et du coma* ». Coma qu'elle qualifie « *d'un état physiologique élémentaire de « sommeil* »

¹³ cf annexe N°IV.

¹⁴ Kazek, A.(2015). La transparence et l'espace temps en réanimation. L'information psychiatrique. Volume 91. N°10. p. 809- 817

apparent mais impossible à interrompre volontairement par le « dormeur », ni par un tiers ou par une stimulation: le coma n'est pas le sommeil ». Ce trouble mnésique est un facteur de cette désorganisation temporelle.

De plus, comme le souligne Armand KAZEK dans son travail, *« les soins douloureux et intrusifs amènent le patient à une appréciation d'un temps figé, difficilement partageable, provoquant un sentiment d'isolement et de solitude »*. Cette temporalité perturbée est majorée par l'atmosphère de la réanimation.

Ce dernier évoque également les impacts qu'ont les facteurs environnementaux sur l'organisation de la journée du patient, faisant écho à ce qu'il appelle une *« journée rituelle »*. Selon lui, la journée rituelle peut aider le patient à se repérer dans le temps *« puisqu'il serait dans la capacité de prévoir l'instant suivant et même la journée suivante »*. Cependant, cette fonction *« cadran »* que peut-être la journée rituelle a des limites, et peut être amenée à *« perdre le sujet dans une temporalité sans fin »*. C'est-à-dire, comme l'explique monsieur KAZEK, cette *« projection possible dans un futur identique au temps présent, sidère le sujet dans maintenant et le prive de tout espoir d'améliorations, puisqu'aujourd'hui est identique à hier »*. En outre, monsieur LABRO appuie les propos de ce psychologue, et va dans son témoignage évoquer *« un bouleversement constant du temps et de la durée »* qui lui a été perturbateur dans ses journées et ses nuits lui enlevant tout repère temporel.

3.2.4 Les émotions en réanimation

Enfin, j'aimerais aborder les émotions au sein du service de réanimation, en lien avec la sédation. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la réanimation est un environnement dit agressif entraînant de nombreuses émotions pour le patient mais également pour les soignants.

L'ouvrage de Khadija CHAHRAOUI, *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*, de 2015, montre que ces services aux pourcentages élevés de décès et de pathologies graves *« posent de nombreux dilemmes et questions éthiques, s'accompagnant d'une forte charge émotionnelle pour les soignants »*.

Le fait que la réanimation soit un service émotionnellement important, est dû à *« l'urgence et la proximité de la mort à très court terme »* comme l'énonce Éric KILEDJIAN dans la revue *Jusqu'à la mort accompagner la vie, Du travail en lien avec la réanimation*, de 2019¹⁵.

Pour ce médecin, le patient *« privé de toute forme d'expression, se trouve dans l'incapacité d'échanger avec son environnement »* pouvant *« submerger la personne dans des états de confusion et des troubles de la perception sensorielle qui perturbent fortement le cours de sa pensée et alimentent des éprouvées angoissantes et des idées de persécutions »*. Michèle GROSCLAUDE partage cette pensée en prouvant que les patients, au fil de leur séjour en réanimation, sont tous témoins

¹⁵ Kiledjian, E, (2019) Du travail de lien en réanimation. *Jusqu'à la mort accompagner la vie. Volume 136. N°1. p. 5-7*

« d'une expérience fondamentale d'isolement et de détresse associée à un sentiment d'absence d'aide d'un humain secourable » c'est-à-dire, « quelqu'un garantissant l'existence contre l'anéantissement ». De plus, toujours dans la revue *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, Éric KILEDJIAN raconte que les personnes ayant vécu un séjour en réanimation, qu'il soit de courte durée ou pas, et ayant bénéficié d'une sédation-analgésie, témoignent de « cette expérience de solitude radicale qui a pu laisser durablement des traces en elles ». C'est-à-dire que les émotions sont présentes au moment de l'hospitalisation mais également après. Et Michèle GROSCLAUDE se questionne en abordant le « trou-réa : traumatisme d'un trou identitaire, interruption d'existence, perte de quelque chose de soi mais non reconnaissable, vide interne » majorant le risque de vulnérabilité du patient sédaté en réanimation pouvant entraîner une perturbation émotionnelle pour ce dernier. Ainsi, l'article *Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte*, de Jean-Michel BOLES et David JOUSSET, évoque cette « vulnérabilité psychologique », qui s'exprime de différentes manières comme « l'anxiété et l'angoisse liées à la détresse vitale et la peur de mourir », « l'appréhension d'un monde inconnu, agressif, bruyant et constamment éclairé », « la solitude ressentie du fait de la difficulté de communiquer » et « les troubles confusionnels » tous liés à la sédation et l'état de coma.

3.3 « La communication consiste à comprendre celui qui écoute »¹⁶

3.3.1 Sa définition

Selon CNTRL, communiquer signifie « faire part de, donner connaissance de quelque chose à quelqu'un par relation plus ou moins directe avec le destinataire ». La communication est un processus complexe caractérisé par différentes conditions de fonctionnement. En effet, comme l'explique Bruno JOLY dans son ouvrage *La communication*¹⁷, celle-ci s'établit entre deux acteurs schématisés d'un « émetteur » voulant transmettre un message à un « récepteur ». Cependant, comme le souligne le psychologue Albert MEHRABIAN, que cite Cécile DELAMARRE¹⁸ dans son ouvrage, l'importance de la communication non verbale est majoritaire car « 7% de la communication est verbale, 38% de la communication est vocale et 55% de la communication est visuelle ». De surcroît, Michel BERTRAND, dans son livre *La communication, une histoire sans parole*, de 2013, parle de différents « outils » de communication. Car selon lui, « il est possible de communiquer de différentes manières: le langage oral, l'écriture, l'image, le geste, le regard, la musique, le silence... ». Enfin, j'aimerais ajouter que ce concept est pour moi un point essentiel dans mon travail car comme le

¹⁶ Jean ABRAHAM Écrivain [1936- 2003]

¹⁷ Joly, B. Présentation de la communication, chapitre 1. (2009). p. 7-10. *Le point sur... Marketing*. p. 7- 10

¹⁸ Delamarre, C. (2014). Communication verbale et non verbale, chapitre 2. *Santé Social*. p. 29- 38

rappelle monsieur BERTRAND, l'acte de communiquer est une science renvoyant au « *fondement de toute l'expérience humaine* ». En d'autres termes, « *la communication est avant tout la promesse d'une relation à l'autre* ».

3.3.2 Existe-t-elle dans un service de réanimation?

La communication en réanimation semble souvent inexistante pour beaucoup. Elle existe malgré tout mais sous une forme qui nous est moins familière. Il est vrai que différents acteurs peuvent altérer la communication des patients en réanimation, notamment au niveau de leur conscience souvent ambivalente. Comme l'explique l'article *La communication en réanimation* du magazine *L'aide soignant* de novembre 2018, la communication doit s'adapter à cette variabilité, en effet, « *la communication entre le corps soignant et le patient est essentielle et cela quel que soit le niveau de conscience du patient* » et que « *tout manquement à cette règle, notamment des soins douloureux, peut mettre en danger le pacte qui existe entre soignant et patient* ». De plus, Nicole CHATAGNER, dans son témoignage, *La voix dans tous ses états ou prendre soin par la voix bien avant la parole*, de 2013, nous fait part de son expérience lorsque cette dernière a découvert « *la puissance rassérénante de la voix* » auprès de patient de réanimation. Comme elle l'explique, « *le ton, le débit, l'utilisation d'une voix délicate et calme créaient un climat de soin propice au soutien du patient dans ces instants d'inconnu, vecteurs d'angoisse* ».

En somme, la communication soignante est primordiale car le patient en face de nous « *est fréquemment privé de toute forme d'expression* ».

3.4 La relation soignant-soigné

3.4.1 Qu'est-ce qu'une relation?

Tout d'abord, le terme relation vient du latin « *relatio* » signifiant « *rapport* » expliquant que la relation est un lien mettant en rapport une personne à une autre. Selon M. FORMARIER, enseignante à l'institut international supérieur de Lyon ¹⁹, « *les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects, et des représentations spécifiques [...] chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures* ». Cela signifie qu'une relation n'est pas fixe et que celle-ci varie selon différents facteurs et la personnalité des individus.

¹⁹ Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*. Volume 89. N°2. p.33- 42

3.4.2 La relation dans un contexte de soin

Avant d'aborder et d'expliquer la relation soignant-soigné, il me semble intéressant d'énoncer succinctement ses différents types de relations. Effectivement, selon Louis MALABEUF²⁰, psychologue humaniste, il existe différents types de relation soignant-soigné, s'établissant par ordre croissant :

- Tout d'abord, la « *relation de civilité* », intervenant en périphérie des soins se caractérisant par les règles de civilité et les codes sociaux-culturels.
- Puis la « *relation fonctionnelle* », où l'investigation prime et se fait par le biais de recueil de données afin d'adapter et d'orienter la prise en soin.
- En découle la « *relation de compréhension* », ayant un but empathique afin de faire preuve de soutien.
- Enfin, la « *relation d'aide thérapeutique* » aboutit à l'instauration d'un climat de confiance.

Dans *Trouver la bonne distance avec l'autre*, l'auteur Catherine DESHAYS²¹ souligne que « *la relation est au carrefour de toute action dans le milieu professionnel* ». En effet, chaque moment passé auprès de patients mène les soignants à établir une relation. Ce cadre relationnel est donc imposé indirectement dans la pratique soignante, et la communication qui s'établit devient déterminante dans la relation qui se crée autour du soin. Notamment, comme l'explique madame DESHAYS, « *Les équipes soignantes, par leurs fonctions dans les services hospitaliers, entrent en relation avec les malades de façon intime et souvent prolongée* ». Par conséquent, soigner devient compliqué sans interaction avec autrui, car c'est la relation de soin qui lie les patients aux soignants.

Cependant, la relation soignant-soigné est souvent comparée à une relation dite « *d'aide* ». Effectivement, le soignant est présent afin d'accompagner une personne vers un état de mieux être. De surcroît, la relation d'aide est la capacité qu'a l'équipe soignante à mener les patients vers cet état, en mobilisant leurs connaissances. Comme l'indique Margot PHANEUF²² en citant le philosophe Edgar MORIN, la relation d'aide est la pratique « *d'une science sans conscience* », c'est-à-dire, comme l'explique cette dernière, le soignant « *assume sa présence auprès de la personne soignée en appliquant ses connaissances à des phénomènes physiques, psychologiques et pathologiques. Mais il prend en même temps conscience que ce malade est un être humain* ». Cette professeure universitaire en sciences infirmières, montre que la relation d'aide est « *pour l'infirmier ou l'infirmière un outil de travail puissant qui devrait lui servir au quotidien, dans les situations particulières de douleur, d'angoisse, de désespoir, ou de solitude* » que rencontrent les patients en réanimation.

²⁰ Khammar L., Hadjadj E.P. (2018/ 2019) - Cours 3. Relation soignant/ soigné. 1ère Année de Médecin, Faculté de médecine de Constantine 3.

²¹ Deshays, C. (2018). *Trouver la bonne distance avec l'autre..* Collection Soins et Psy, InterEditions

²² Phaneuf, M. (2011). Relation d'aide et utilisation thérapeutique de soi, des outils pour les soins infirmiers. *Infressources*. p. 12

Quant au travail du docteur DESHAYS, « *le contexte relationnel est celui d'une relation asymétrique* », c'est-à-dire que le soignant n'a pas le même statut que le soigné, et vient en aide au patient grâce à ses connaissances et ressources. L'adaptation devient alors le mot clé de la prise en charge soignante. Justement, la notion de « *savoir être en relation* » découle de cette adaptation où des ajustements de posture ou d'attitude sont nécessaires pour le soignant. Ainsi, établir une relation se base sur la confiance et l'entraide. Il me semble intéressant d'évoquer l'importance de cette relation dans un contexte de soin notamment dans le service de réanimation. Car la qualité de la prise en soin influe sur la qualité de l'accompagnement du patient. Ceci expliquant que la recherche de la relation dans le soin renvoie à une humanisation des pratiques soignantes et que d'après Margot Phaneuf, la relation d'aide devient un soin à part entière.

4 Le dispositif méthodologique

4.1 Les objectifs du guide d'entretien

Plusieurs méthodes d'investigations existent comme les questionnaires, les entretiens ou encore les observations. À la demande de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, il nous est conseillé de mener une ou deux investigations auprès d'infirmiers. Pour ma part, j'ai effectué deux entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers afin d'éclairer ma question de départ.

Pour se faire, j'ai alors réalisé un guide d'entretien avec plusieurs questions, me permettant d'avancer dans mes recherches. Afin de faciliter mon organisation dans le déroulé de ces derniers, j'ai fait le choix de regrouper mes questions en fonction de mon cadre conceptuel. Je me suis également laissée une partie sur l'exploration des expériences professionnelles des deux infirmiers interrogés.

Enfin, j'ai séparé mes questions en trois grandes parties, où chacune d'entre elles dispose d'un objectif que j'ai préalablement défini, lors de la conception de mes entretiens.

Le premier objectif était de connaître ***les représentations et les impacts de la sédation sur une personne en réanimation.***

Le second consistait à ***identifier et connaître l'importance de la communication dans une relation soignant-soigné avec un patient sédaté en réanimation.***

Enfin, le dernier objectif permettait de distinguer les ***impacts des pratiques soignantes sur la relation soignant-soigné*** dans ce service.

4.2 La population ciblée

Pour ces deux entretiens, j'ai trouvé judicieux d'interroger un infirmier et une infirmière avec des spécificités différentes, qui sont la réanimation chirurgicale et la réanimation médicale où chacun d'entre eux avait une durée d'exercice différente dans le milieu de la réanimation. En effet, l'un avait plus de 18 années d'expériences quant à l'autre, il exerçait depuis 7 ans dans ce milieu.

Cependant, le domaine des soins palliatifs ainsi que de la réanimation pédiatrique ou néonatalogique n'ont pas été abordés par choix. Ces domaines sont pour moi inconnus et ne correspondent pas à la future voie professionnelle que je souhaite entreprendre. J'ai donc décidé de consacrer mon enquête sur le type de service que j'ai pu rencontrer en stage, et ayant un lien avec mon projet professionnel qui est la réanimation adulte, afin que ce travail de fin d'études puisse me servir et enrichir ma future pratique soignante.

4.3 L'organisation des entretiens

En ce qui concerne la planification des entretiens j'ai, de façon autonome, pris contact par mail avec chacun des professionnels de santé. J'ai sollicité mes ressources et je me suis permis de prendre contact avec un infirmier rencontré lors d'un travail du semestre 5 en lien avec l'unité d'enseignements 3.3-S5, « Rôles infirmiers organisation du travail et interprofessionnalité ». Puis j'ai également pris contact avec un infirmier travaillant sur le lieu du stage que j'ai effectué durant le semestre 5 où ce dernier m'a mise en relation avec une de ses collègues. Mon souhait a été d'interroger une infirmière avec qui je n'avais pas travaillé durant cette période de stage et par conséquent ne connaissait pas mon sujet de mémoire.

Au vu du contexte sanitaire, ces entretiens se sont déroulés à distance via une plateforme d'appel vidéo, sur le temps personnel de l'infirmier et l'infirmière rencontrés. Ces échanges ont été enregistrés et anonymés. Pour se faire, j'ai utilisé des prénoms factuels pour faciliter la retranscription et conserver cet anonymat. La durée de ces entretiens a été variable, l'un a duré une quinzaine de minutes quant à l'autre environ vingt-cinq minutes.

Pour ce qui est de la retranscription, les entretiens ont été numérotés par lignes. De plus, pour que l'analyse soit plus synthétique, cette dernière a été réalisée sous forme de tableau où chaque objectif prédéfini correspond à un tableau regroupant les données recueillies lors de ces entretiens.

4.4 Bilan du dispositif de recherche

Tout d'abord, ces entretiens ont été pour moi une découverte. En effet, le fait que ces rencontres se soient effectuées seul et non en groupe m'a quelque peu déstabilisé et où la crainte d'oublier un élément crucial me faisait appréhender ces entretiens. De plus, ces rencontres à distance n'étaient pas propices à des échanges interactifs et spontanés.

Cependant, ils m'ont beaucoup apporté et m'ont permis dans un premier temps de trouver des éléments de réponses, avec des mots justes aux questionnements que j'avais. De plus, ils m'ont également aidé à élargir mon champ de réflexion.

Dans un deuxième temps, cet exercice peu commun pour ma part, m'a permis de m'organiser et de m'exercer en amont sur la méthode de conduite d'un entretien où j'ai dû faire preuve d'écoute active. Enfin, j'ai trouvé que l'échange de mon sujet de mémoire avec des professionnels concernés a été quelque chose de valorisant et motivant dans la poursuite de ce travail de recherche. Je rajouterai que l'expérience et les avis de ces soignants, m'ont aidé à explorer et comprendre la prise en soin d'un patient en réanimation qui est, à mon sens, très spécifique et peu étudié dans notre formation théorique.

Durant ces entretiens, j'ai rencontré quelques difficultés, notamment sur certaines questions, où les soignants ne comprenaient pas certaines d'entre elles. J'ai donc dû les reformuler en essayant de

répéter ou d'imager mes propos en donnant quelques exemples.

De plus, je pense que certaines questions me semblaient trop larges et pas assez ciblées pour les soignants et que le concept de la relation soignant-soigné n'a pas été assez abordé à mon sens. En effet, une fois la retranscription de ces échanges établie, je me suis rendu compte que mon guide d'entretien ne comprenait pas assez de questions sur ce concept, ou alors ce dernier était étroitement lié au concept de communication. Ceci n'a donc pas permis aux infirmiers de différencier ces deux concepts.

En somme, je ne généraliserai pas les données recueillies de ces entretiens au vu du faible échantillonnage de la population interrogée.

5 L'analyse descriptive des entretiens

Une fois avoir recueilli les données essentielles, je vais continuer mon travail en analysant ces données afin d'en extraire des éléments de réponse concernant ma question de départ.

De plus, les informations obtenues lors de ces entretiens seront abordées de façon organisée, c'est-à-dire par objectif puis par catégorie, permettant de les traiter en fonction des réponses obtenues. Ainsi, j'ai pu regrouper les dires des infirmiers par thème illustrant leurs propos, intitulé item.

Pour ce faire je vais procéder à une analyse, appelée descriptive, afin de résumer et d'organiser les éléments abordés et essentiels dans la poursuite de mon ouvrage.

Les représentations de la sédation en réanimation.

Dès le début des entretiens, les infirmiers interviewés ont défini leur **vision de la réanimation** où deux éléments se sont démarqués. Il s'agit de l'**aspect technique** de ce service, ainsi que l'**environnement** de la réanimation.

Concernant les représentations de la sédation, **2 composantes médicamenteuses** sont ressorties plusieurs fois et ont été décrites en citant **leurs intérêts**. Ces deux composantes étant les **hypnotiques** et les **antalgiques**, ont été expliquées par l'infirmier Jean où pour lui, cette sédation est nécessaire dans la qualité de prise en soin du patient qui est souvent « *invasive et risque d'être douloureuse* » lignes 59 à 61. Il continue en argumentant que ces deux piliers de la sédation répondent aux besoins des **pathologies complexes** que l'on rencontre en réanimation. Cependant, d'après l'infirmière Anne, cette sédation dispose d'**effets indésirables** qu'elle qualifie « *d'effets délétères* » pouvant entraîner des « *traumatismes psychologiques* » émergeant d'une « *phase où ils sont privés de leur vie* » lignes 50 à 53.

Les **spécificités de la réanimation médicamenteuse** sont souvent représentées par des **traumatismes** que l'infirmière Anne évoque en faisant référence à certaines études aux lignes 53 à 55. De surcroît, les infirmiers évoquent une autre spécificité de la réanimation médicamenteuse qu'est **la narcose**, qui pour l'infirmier Jean « *fait partie intégrante de la réanimation puisque c'est une des spécificités de la réa c'est d'endormir le malade et de le mettre sur assistance* », lignes 64 à 66.

Quels impacts sur le patient sédaté?

Pour les deux infirmiers, la prise en soin d'un **patient sédaté** doit être humanisante et nécessite de prendre en compte « *qu'il y a un malade dans le lit et qu'il n'y a pas que des machines dans la chambre* »; Jean lignes 36 à 37. L'**humanisation du patient** revient très souvent durant les

entretiens et fait écho au **prendre soin en réanimation** où d'après l'infirmier, la communication donne « *un sens à ce que l'on fait* », Jean lignes 82 à 83. De plus, il ajoute aux lignes 71 à 72, que les « *croyances de chacun* » influencent ce prendre soin.

De surcroît, l'infirmière Anne évoque l'**entourage du patient**, qui est la famille, et l'inclut dans la prise en soin du patient sédaté.

Enfin, la **vulnérabilité** a été, durant ces deux entretiens, longuement expliquée et discutée. En effet, selon les deux infirmiers interrogés, la vulnérabilité est omniprésente chez un patient sédaté. Déjà, de part « *sa pathologie qui l'amène en réa* » et d'autre part « *la sédation le rend vulnérable* », Jean lignes 89 à 90. Et tous deux vont imaginer cette vulnérabilité où Anne dira lignes 45 à 46, « *le patient est dans tes mains donc... tu peux faire ce que tu veux* ». Quant à l'infirmier Jean, ce dernier dira lignes 91 à 92, « *il est, entre guillemets, obligé d'accepter ce qu'on lui fait. Il n'a pas le choix. Il nous donne les clés de la voiture quoi* ». Selon l'infirmière Anne, de cette absence de choix en découle cette vulnérabilité pouvant parfois amener les soignants à oublier qu'ils s'occupent d'un être humain. En outre, les infirmiers comparent cette vulnérabilité à une privation de vie.

Quelle place a la communication dans une relation de soin en réanimation?

Durant ces deux entretiens, les infirmiers ont rapidement déduit que la **communication était importante avec autrui**. C'est-à-dire, que selon l'infirmier Jean, la communication est « *la base de la relation humaine* » lignes 113 à 114. Quant à l'infirmière Anne, celle-ci complète les dires de l'infirmier en citant les fondements de la communication qui sont pour elle, verbales et / ou gestuels. De plus, ils définissent la communication comme un **échange** avec une autre personne avec ou sans **feedback** comme le développe l'infirmier. Enfin, ce dernier explique que **la communication dans la relation humaine** fait « *qu'on est humain quoi* ». Selon lui, l'interaction avec autrui donne du sens à la vie, lignes 116 à 117.

Ce qui lui permet de rebondir sur le fait que **la communication va donner du sens à nos actes**, qu'ils soient de la vie quotidienne comme professionnelle, majorée selon lui **dans un contexte de soin** en réanimation. Pour l'infirmier, à la ligne 122, la communication va donner « *du sens aux soins qu'on donne, même si effectivement, si on jette un coup d'œil très rapidement, on fait des soins techniques à un corps qui ne réagit pas à ce qu'on lui fait* ». Il argumente également que la communication en réanimation se fait de façon qu'il qualifie « *d'égoïste* », c'est-à-dire que d'après lui, cette dernière est présente en premier lieu pour donner du sens aux gestes que le soignant prodigue, les rendant de qualité grâce à cette communication, même si le patient ne réceptionne pas l'information consciemment, lignes 106 à 107.

La relation de confiance en réanimation.

Enfin, l'infirmière Anne évoque que la communication est l'outil de base de la relation soignant-soigné et permet d'instaurer une **relation de confiance** qui, pour elle, « *permet de mieux soigner* » lignes 62 à 63. De plus, elle partage son savoir-faire de soignante où pour elle, **prévenir** les gestes destinés au patient en les communiquant à ce dernier est primordial. Elle rebondit également sur **l'importance du choix des mots** des soignants lors des soins, car selon elle, lignes 71 à 72, le patient malgré la sédation peut « *avoir des moments de conscience* ». Elle accentue également le fait que ces mots typiques du monde médical sont souvent dits de façon habituelle, lignes 68 à 69: « *il faut faire attention aux mots que l'on dit parce que... on ne fait pas forcément attention* » et qu'ils peuvent avoir un impact traumatisant sur les patients.

De plus, elle va appuyer ses dires en abordant la communication **non-verbale**, qu'elle retrouve dans son travail et qui pour elle, est nécessaire de prendre en compte « *l'aspect audio, visuel [...] je leur fais écouter de la musique* », lignes 75 à 76. Quant à l'infirmier Jean, le non-verbal peut, selon lui, servir à **entrer en communication avec un patient sédaté**. Or, il insiste qu'il n'y a pas de « *règles prédéfinies* » pour entrer en communication avec ces patients et que selon lui, « *il y a des gens avec qui on va entrer en communication avec la parole, d'autres ça va être le toucher, d'autres ça va être juste la présence* », lignes 145 à 148.

Pour ces deux infirmiers, **le ressenti du patient** est défini différemment. En effet, dans la pratique de Jean, les paramètres vitaux le renseignent sur ce ressenti qu'a le patient et pour lui, « *c'est une forme de communication* », ligne 257. Quant à l'infirmière Anne, elle se fit plus au « *faciès* » ainsi qu'aux « *échelles qui nous permettent d'évaluer s'ils sont confortables ou pas* », lignes 84 à 85.

Enfin, tous deux argumentent les **ressources** utilisables dans cette relation en évoquant l'importance de la présence de la famille. Et Anne explique qu'elle « *sonde beaucoup les familles* » pour connaître les habitudes et les goûts du patient, ce qui lui permettra « *d'entrer en communication même s'il n'y a pas forcément de retour* » avec le patient, lignes 77 à 80.

Pour **instaurer une relation avec un patient sédaté**, l'infirmier Jean argumente en expliquant que les **convictions de chacun** influencent cette création de relation. De plus, il rétorque en disant que même si certains soignants « *pensent que les gens ne les entendent pas, vont qu'en même communiquer* » inconsciemment, ligne 173 à 175.

Cependant, les **assistances médicales** sont pour l'infirmier Jean un frein et que d'après lui « *quand on s'intéresse qu'aux machines, on ne communique pas* », ligne 140, et qu'une fois que le soignant a franchi ces freins « *les choses reviennent un peu au même* » que dans les **différents services**.

Selon l'infirmière, l'instauration de la relation avec un patient sédaté se joue sur **l'authenticité du patient**, c'est-à-dire que pour elle, « *il n'y a pas forcément les mêmes attentes pour un patient* » lignes 94 à 95, et que tout « *dépend vraiment de la situation dans laquelle est le patient. Chaque patient est à traiter individuellement et selon leur problème actuel.* », lignes 98 à 100.

Cependant, tous deux expliquent que l'instauration de la relation a des **freins** notamment en début

de carrière ou de prise de poste en réanimation. L'infirmière Anne ajoute également l'aspect du « *long terme* » de la prise en soin qui peut freiner cette relation.

Enfin, la **famille est une ressource** pour Anne, et lui facilite certaines situations.

Quel est le rôle de la pratique soignante dans la relation avec le patient de réanimation?

Dans la troisième partie de ces entretiens, répondant à l'objectif « *L'impact des pratiques soignantes sur la relation soignant-soigné en réanimation* », s'est démarqué le **savoir-être du soignant** dans sa pratique, que l'infirmier Jean évoque aux lignes 136 à 137.

De plus, il parle des **émotions** que les soignants peuvent ressentir en réanimation en argumentant que la sédation peut parfois permettre aux soignants de « *prendre du recul* » et de moins s'investir émotionnellement par rapport à l'histoire du patient, en fonction de l'âge, ou encore du contexte.

Lorsque ce dernier aborde **l'équipe soignante**, il fait référence à **l'esprit d'équipe** qui selon lui, « *est très important en réa* », lignes 40 à 41. De plus, il l'explique, aux lignes 44 à 46 que **la proximité** « *entre chaque corps de métier* » est intéressante car l'apprentissage y est constant.

Enfin, il complète ses dires en parlant des **responsabilités soignantes** en réanimation, qui sont pour lui importantes, car d'après lui, le patient « *laisse entièrement sa vie* » aux soignants.

Les infirmiers vont rapidement passer de l'équipe soignante au **binôme soignant** de réanimation, en exposant premièrement **ses bienfaits**. Pour eux, le binôme est l'illustration même de l'équipe en réanimation et que ce travail d'équipe rend la prise en soin « *complémentaire* », ligne 138. L'infirmier Jean qualifie ce binôme comme « *une aide, une ressource* », lignes 229 à 230, et explique que le travail à deux peut parfois permettre de « *décoincer une situation où tout seul on serait embêté* », lignes 211 à 212. Selon lui, le binôme est facilitateur et permet quel que soit le métier du soignant d'agrandir le « *point d'observation* » dans le soin. Enfin, l'infirmière Anne conclut en expliquant l'importance « *de faire les choses bien et à deux que seul et mal fait* », lignes 127 à 128.

En outre des bienfaits, l'infirmière Anne expose les **limites** de ce binôme qui selon elle dépend du collègue par rapport à son aisance face à un patient sédaté. De plus, elle explique que « *souvent il y a plus facilement des discussions sur un autre sujet* », lignes 125 à 127, et donc le patient n'est plus vraiment au centre du soin. Contrairement à l'infirmier Jean, qui ne va pas trouver de contraintes à ce binôme soignant, va l'assimiler très rapidement au binôme infirmier et **aide-soignant/ soignante**, qui pour lui est une « *richesse* » car il explique que les soins prodigués par les aides-soignants prennent plus de temps et assurent le confort en s'inscrivant dans le bien-être du patient. Enfin, l'infirmier termine en expliquant que « *l'expertise d'observation* » de ces collègues que sont les aides-soignants, aide l'infirmier à prendre en soin le patient dans sa globalité.

6 La discussion

Je vais continuer mon travail en assimilant mes recherches théoriques développées dans mon cadre conceptuel avec les commentaires d'analyses résumant les entretiens réalisés auprès des deux infirmiers.

Je m'appuierai également sur mon expérience professionnelle qui m'aidera à imaginer et élargir mon positionnement de future soignante.

Nous verrons donc, par le biais de ces données, en quoi l'absence de communication verbale avec un patient intubé, ventilé, sédaté impacte la relation soignant-soigné?

Les deux entretiens menés m'ont permis d'apporter des éléments de réponse à cette question et m'ont aidé à amplifier mes questionnements sur la communication avec un patient en réanimation.

Durant ces entretiens, le patient de réanimation est présenté comme une personne sédaté et donc vulnérable aux agressions physiques et psychiques que provoquent ce service.

Nous verrons donc dans un premier temps, l'impact de la sédation sur le patient en réanimation, démunie de communication dans la relation soignant-soigné.

Puis nous aborderons les émotions des soignants, qui furent succinctement abordées par l'infirmier Jean et qui me semblent importantes d'évoquer, car nous verrons que celles-ci influencent cette communication et cette relation que le soignant mène avec le patient sédaté.

6.1 Sédation et communication, un dilemme?

Tout d'abord, la sédation-analgésie, de par son nom, est une thérapeutique répondant à deux objectifs complémentaires. Le premier, permet de soulager la douleur issue de la prise en soin trop invasive du patient : c'est l'analgésie. Quant au second objectif, la sédation permet d'endormir le patient afin de mettre au repos l'organisme de ce dernier pour le soigner. En d'autres termes, cette sédation-analgésie garantie « *le confort et la sécurité de la prise en soin du patient* » par le biais de l'endormissement, appelée narcose en anesthésie-réanimation. Pour moi, la narcose est l'élément déclencheur de la vulnérabilité que le patient subit au cours de son hospitalisation. En effet, celle-ci instaure une phase de sommeil qui par conséquent prive le patient de toute communication verbale avec son environnement.

Cependant, il me semble important de redéfinir la communication qui n'est pas seulement un processus se résumant à un message transmis et réceptionné par un tiers. Elle est d'abord un échange permettant l'instauration d'une relation et est, selon Michel BERTRAND, « *avant tout la promesse d'une relation à l'autre* ».

Cet échange peut-être à sens unique, avec ou sans paroles, ou encore instinctif. Notamment en réanimation où cette communication est altérée et n'est pas similaire à celle que nous établissons quotidiennement avec notre entourage, se faisant majoritairement par le langage et la gestuelle.

De surcroît, d'après l'infirmier Jean, ligne 82, la communication donne du « *sens à ce que l'on fait* ». Notamment dans un contexte de soin où la communication permet d'humaniser le soin. C'est-à-dire que la communication est la base de la prise en compte de l'autre, et de façon imagée en réanimation, « *quand on ne s'intéresse qu'aux machines, on ne communique pas* », Jean ligne 140. Je pense que cette communication soignante, qu'elle soit verbale ou non, permet au soignant de garder à l'esprit que lorsqu'il rentre dans une chambre, il y a avant tout un patient malgré l'omniprésence des assistances, attirant l'attention des soignants.

De plus, le point de vue exposé par l'infirmier aux lignes 106 à 107 me semble intéressant à aborder. Selon lui, le sens que la communication promet au soin de réanimation, est en première intention, instauré de façon indirecte pour le soignant et non le soigné. Ce n'est sans connotation péjorative qu'inconsciemment le soignant va communiquer pour lui, afin de lui permettre de donner du sens au soin qu'il prodigue, sans certitude que le patient capte le message transmis. Cependant, cette approche peut être perçue différemment par d'autres soignants, car comme le souligne l'infirmier « *les croyances de chacun* » influencent cette instauration de communication. Par conséquent, chaque soignant entre en relation de manière différente avec un patient sédaté, de par leurs personnalités, leurs valeurs et l'authenticité du patient, comme le souligne l'infirmière Anne aux lignes 114 à 115, « *c'est vrai que ça peut être différent selon chaque patient* ». Enfin, selon l'infirmière, la famille devient une ressource dans la prise en soin du patient sédaté. Notamment lorsque la relation soignant-soigné est en jeu. C'est-à-dire que la famille guide l'équipe soignante sur la personnalité du patient afin de prendre en compte dans le soin, la personne qu'est le patient dans le lit. Ceci permettant d'instaurer une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

Mais qu'en est-il de la communication du patient sédaté? Selon divers ouvrages et les dires des infirmiers, la communication verbale du patient sédaté est dans la majorité des cas absente. Quant à la communication non verbale, celle-ci peut parfois exister mais n'est pas tout le temps perçue par les soignants. Car en effet, cette communication peu commune est souvent propre à chaque patient, comme l'évoque l'infirmière Anne, et n'est pas souvent interprétée de la même façon selon chaque soignant. Je pense que ce travail d'analyse et de perception se joue sur les expériences du soignant, ainsi que sur la relation qu'il a instauré avec le patient en amont. Pour ma part, lorsque j'étais en première année d'études infirmières, j'ai pris en soin une patiente atteinte d'un locked-in syndrome²³ et où le matin de sa prise en soin, je l'ai trouvé inconfortable dans son lit. Cependant, ma collègue

²³ Définition du dictionnaire Larousse de 2020: « *Affection neurologique rare, généralement consécutive à un AVC, dans laquelle le patient reste conscient, avec l'ouïe et la vue intactes, mais est totalement paralysé et incapable de parler; syndrome d'enfermement* »

n'avait pas la même perception que moi, car cette dernière connaissait la patiente depuis longtemps et avait une relation plus établie avec elle.

Voilà pourquoi il existe différentes échelles utilisées en réanimation, afin d'essayer de contrer ces écarts d'interprétations soignantes. Celles-ci, permettent d'interpréter le confort du patient, notamment avec le score RASS qui permet de coter la conscience et l'agitation du patient, synonymes d'inconforts. De plus, le score de Ramsay permet de savoir si la sédation est adaptée au patient. Enfin l'échelle BPS, quant à elle, permet d'évaluer la douleur du patient sédaté et ventilé.

Je pense qu'il est important d'assimiler la douleur en réanimation comme une forme de communication non verbale, se manifestant souvent par une clinique perturbée, où lors de ma situation d'appel, j'ai pu le constater. En effet, dans cette situation, durant les mobilisations, monsieur D. présentait des paramètres vitaux anarchiques, qui, selon mon observation soignante, relevaient de la douleur. Et l'infirmier Jean parle de ces paramètres vitaux à la ligne 249, qui sont pour lui une forme de communication et l'aident à comprendre le patient. Cette communication non verbale est, je pense, inconsciente. Selon moi, cette communication s'établirait de façon instinctive, répondant aux agressions que le patient subirait. En somme, cette communication serait de l'ordre du réflexe, créant alors au patient une armure contre les agressions qu'il subit. C'est-à-dire que cette armure permet au patient d'alerter les soignants sur son état de façon instinctive.

Cependant, ces pratiques destinées à la relation soignant-soigné ont des limites. En effet, celles-ci ne devraient pas empêcher l'absence du consentement au soin du patient en réanimation. Et de par la sédation que bénéficie le patient, celui-ci n'est plus acteur de sa prise en soin. Néanmoins, la charte du patient du 2 mars 2006 stipule que « *Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient [...] Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées* ». C'est-à-dire que cette charte respecte les choix du patient dans sa maladie ce qui est difficilement applicable en réanimation où l'urgence vitale rend la prise en soin imminente et donc souvent les directives anticipées du patient manquent. Même si les proches ainsi que la personne de confiance peuvent se permettre de faire des choix en collaboration avec l'équipe médicale, le patient reste vulnérable face à la sédation qu'il subit à cause de ses pathologies complexes. Ce qui de par ces éléments, majorent les responsabilités soignantes et viennent me questionner quant à l'éthique soignante.

De surcroît, en réanimation, la vulnérabilité que le patient encourt est permanente, ainsi que l'évoque le professeur PERRIGAULT et les deux infirmiers. Je pense que cette vulnérabilité est en premier lieu due à la narcose que provoque la sédation. De plus, le manque de communication verbale majore cette vulnérabilité et désarme le patient, qui est seul face aux agressions physiques des soins de réanimation ainsi que des agressions psychologiques relevant des traumatismes liés à au service de réanimation. Comme l'évoque madame GROSCLAUDE, ces traumatismes qu'elle qualifie de

« *trou-réa* », se définissent par une phase que le patient subit lors de son hospitalisation perturbant son identité que cette période de privation de vie provoque.

Enfin, je rejoins le professeur PERRIGAULT, lorsque ce dernier parle de la sédation quotidienne en réanimation, où il est dit : « *il faut garder à l'esprit qu'en face de nous, nous avons des patients. Parce que le risque avec les patients qui sont pour la plupart sédatisés, c'est d'imagier que l'on ne soigne plus des humains mais des corps* ». En d'autres termes, le risque que la sédation peut engendrer, est de rendre le patient objet de soin.

6.2 La maîtrise des émotions dans la communication

Les émotions des soignants sont un facteur à prendre en compte dans la communication, notamment avec un patient sédaté. En effet, celles-ci sont omniprésentes en réanimation, puisque les soignants sont quotidiennement confrontés à des patients présentant des pathologies graves aux thérapeutiques lourdes, ainsi qu'aux diagnostics souvent complexes. Ces éléments rendent ce service exigeant sur le plan humain où la coordination et la rigueur doivent être optimales. Permettant de prendre en compte les souffrances des patients, associées à la détresse des familles où parfois les décisions du devenir ou de fin de vie favorisent l'intensité de la charge émotionnelle des soignants.

De plus, la vulnérabilité du patient en réanimation relève des responsabilités soignantes. Comme l'explique l'infirmière Anne, « *le patient est dans tes mains donc... tu peux faire ce que tu veux* ». En somme, la responsabilité soignante ajoute un élément important dans les émotions du professionnel. Ceci engendrant de l'empathie, que je qualifie d'une capacité qu'a le soignant à ressentir les émotions du patient, tout en préservant ses frontières personnelles. Cependant, le risque émotionnel serait que le soignant éprouve de la sympathie au cours de sa prise en charge, donnant alors au soin un autre sens. Car la sympathie, étymologiquement signifie « *participation à la souffrance d'autrui* », c'est-à-dire que le soignant va prendre part aux émotions du patient au lieu de les comprendre.

Je pense que ce phénomène peut être dû à un mécanisme de défense appelé transfert. Je définis le transfert comme un processus où les sentiments d'un sujet vont inconsciemment se projeter sur un objet voire une personne, remémorant un passif émotionnellement important. Selon moi, dans un contexte de soin, ce mécanisme de défense peut s'avérer périlleux dans la relation soignant-soigné. En effet, durant mon stage de semestre 5, qui s'est déroulé en réanimation. Je me souviens avoir pris en soin un patient qui me faisait penser à mon père. Inconsciemment je me rappelle avoir été plus investie dans la prise en soin de ce patient. Le transfert que j'ai établi avec ce patient, a engendré dans ma pratique une volonté de vouloir tout faire pour bien faire. Dans cette situation, ce mécanisme de défense s'est certes avéré positif, car il a été bénéfique pour le patient. Néanmoins, je pense que professionnellement j'ai été vulnérable et qu'indirectement mon savoir-être personnel a

impacté mon savoir-être professionnel. Je m'explique : après m'être penchée sur le sujet, je pense que le transfert, notamment en réanimation, peut devenir dangereux pour le soignant et le patient, si ce dernier n'est pas bien maîtrisé. Car je pense qu'un sur-investissement émotionnel dans la prise en soin, peut devenir une difficulté pour le soignant où la barrière soignant-soigné est franchie et met donc le soignant au même niveau émotionnel qu'un proche. De plus, je pense qu'une fois cette barrière franchie, le relais entre collègues devient compliqué pour le soignant sur-investi. Selon moi, ce sur-investissement émotionnel, faisant référence à de la sympathie, rompt le pacte de la relation d'aide entre le soignant et le soigné. Enfin, le professeur DESHAYS insiste sur la relation asymétrique, faisant référence à l'adaptation du soignant quant à sa posture et son attitude. De ce fait, ces éléments deviennent des éléments clefs dans la relation soignant-soigné, permettant le contrôle de ce mécanisme de défense, qu'est le transfert.

Ces émotions influencent donc la prise en soin, parfois compliquée selon un contexte ou une histoire relative au patient, complexe ou difficile de s'approprier en tant que soignant et non que personne. C'est-à-dire que les soignants, de par les relations qu'ils établissent avec les patients, sont en première ligne de la projection des émotions de ces derniers, pouvant être de l'anxiété, de la détresse, de la tristesse ou encore de la colère. Ces émotions fortes peuvent alors se transférer sur les soignants mettant leur charge émotionnelle à l'épreuve. C'est pourquoi, un travail sur les émotions devient nécessaire dans la prise en soin d'un patient, et l'article du site Syndicat National des Professionnels Infirmiers du 29 août 2016, parle de l'intelligence émotionnelle et cite MAYER et SALOVEY pour expliquer cette notion qu'ils définissent comme « *l'habileté à percevoir et exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres* ». C'est-à-dire que les émotions doivent être constamment travaillées chez les soignants afin qu'ils se protègent ainsi que les patients, en les aidant à comprendre et à exprimer leurs émotions.

Cette intelligence émotionnelle me semble indispensable et bénéfique dans la relation soignant-soigné en réanimation. Car si les émotions sont maîtrisées et utilisées à bon escient, le soin technique et relationnel qui en ressort devient de qualité. Et selon le SNPI, « *l'intelligence émotionnelle est primordiale pour la relation soignante car elle humanise les soins* ». En somme, les émotions complètent la communication. Et selon moi, les émotions font partie du processus de la communication permettant aux soignants de ne pas oublier que le soin prodigué est destiné à une personne à part entière qu'elle soit sédatisée ou non.

Ce qui m'amène à exposer ma question de recherche suivante:

Compte-tenu de la crise sanitaire actuelle, quels risques peuvent provoquer les émotions soignantes, dans la relation soignant-soigné en réanimation?

7 Conclusion

Ce mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers m'a été d'un grand intérêt. Il est pour moi le reflet de mes trois années d'études au sein de cette formation. De plus, j'ai éprouvé un réel plaisir concernant l'exploitation de mes diverses recherches. Celles-ci m'ont permis de comprendre l'importance qu'a la communication dans la relation soignant-soigné en réanimation.

A l'issue d'une situation rencontrée, j'ai pu partager dans ce travail mon questionnement. Les lectures ainsi que les rencontres que j'ai établies, m'ont permis d'exploiter et d'agrandir ce questionnement.

Ce travail m'a permis de prendre conscience que la communication est l'essence même de l'instauration d'une relation dans un contexte de soin. D'autant plus en réanimation où les émotions prennent une place considérable dans la relation soignant-soigné. Ainsi la prise en soin dans ce service nécessite aux soignants de trouver le juste équilibre entre la communication et les émotions, étroitement liées, afin d'assurer une relation saine favorisant la prise en soin avec le patient, vulnérable des agressions physiques et psychiques qu'engendre ce service. Enfin, je pense que la communication entre le soignant et le soigné existe en réanimation, qu'elle soit verbale ou non verbale. Car cette dernière, pilier de la relation humaine, permet aux soignants de conserver l'image humaine du patient sédaté.

De plus, ce qui ressort de mon travail me servira dans ma pratique soignante, notamment sur l'approche réflexive qui me semble nécessaire de conserver tout au long de ma carrière, que ce soit dans un service de réanimation ou non. Ce travail, encre en moi, me permettra dans mes futures pratiques soignantes ainsi que dans mes futures expériences professionnelles de toujours prendre en compte la communication au sein d'une relation entre le soignant et le patient.

Enfin, j'aimerais ajouter que cette expérience fut pour moi une aventure éprouvante de laquelle je me sors grandie professionnellement mais également personnellement. Cet exercice, inconnu, m'a littéralement mis à nu. Car la volonté d'exposer un sujet qui me tenait à coeur, a bouleversé mes émotions, semant des doutes sur les capacités que j'ai eues dans la rédaction et l'organisation de ce travail. Il est pour moi une richesse mais également une fierté, car je pense que le sentiment que je ressens aujourd'hui est comparable à celui d'un marathonien ayant atteint la ligne d'arrivée.

8 Bibliographie

1. Ouvrages

Grosclaude, M. (2009). *Réanimation et coma- Soins et vécu psychique du patient*. Masson

Labro, P. (1996). *La traversée*. Gallimard

Chauffour-Ader, C. DAYDÉ, M.C. (2016). *Comprendre et soulager la douleur (3e édition)*. Édition Lamarre

Chahraoui, K. (2015). *Quelle pour les émotions chez le soignant? Chapitre 20*. Dunod

Repéré à : <https://www.cairn.info/vulnerabilite-psychique-et-clinique-de-l-extreme--9782100721405-page-165.htm>

Deshays, C. (2018). *Trouver la bonne distance avec l'autre*. Collection Soins et Psy, InterEditions

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

2. Articles

Vachon, F. (2010). Histoire de la réanimation médicale française: 1954- 1975, *Revue Réanimation Volume 20*. p 72- 78

Repéré à : <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13546-010-0141-y>

Martin, C. (2010) Mieux vivre la réanimation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Volume 29*

Repéré à : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S075076581000105X>

Dumas, M. Douguet, F. Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins: ce qui fait équipe?. *Revue Interdisciplinaire Management, N°20, Volume 5*. p. 45- 67

Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45.htm>

Smida, O. Merino, E. Lefrant, N. Ruimi, L. Chaize, M. Kentish-Barnes, N. Azoulay, E. (2012). Parler aux familles des patients de réanimation: ce que les infirmiers ont à dire. *Le congrès. Infirmiers. Infirmier(e) de réanimation*. p. 13

Repéré à : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/parler_aux_familles_des_patients_de_reanimation_ce_que_les_infirmiers_ont_a_dire.pdf

Mélot, C. (2003). Sédation et analgésie du patient ventilé Sedation and analgesia of the ventilated patient. *Réanimation, Volume 12. N°1*, p. 53- 61

Repéré à : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1624069302000099>

Stephens, J.R. Dettmer, R.M. Roberts, W.B. Ablordeppey, Fowler, E. A.S. Kollef, H.M. Fuller, M.B. (2018). Praxice Patterns and Outcomes Associated With Early Sedation Depth in Mechanically Ventilated Patients: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medecine. Volume 46. N°3* . p. 471- 479

Srinivasa, R.N. Carr, B.D. Cohen, M. Finnerup, B.N. Flor, Gibson, H. S. Keefe, J.F. Mogli, S.J. Ringkamp, M. Sluka, A.K. Song, X.J. Stevens, B. Sullivan, D.M. Tutelman, R.P. Ushida, Vader. T. K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain. Volume 161. N°9*. p. 1976- 1982.

Repéré à : <https://journals.lww.com/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Lattre, S. Jong, A. Gniadek, C. Carr, J. Tondut, G. Conseil, M. Cissé, M. Jaber, S. Chanques, G. (2015). Douleur en réanimation: problématiques soignantes. *Réanimation. Volume 24. N°6*. p. 760- 766

Repéré à : <https://rea.revuesonline.com/articles/lvrea/abs/2015/08/lvrea246p760/lvrea246p760.html>

Kazek, A. (2015). La transparence et l'espace temps en réanimation. *L'information psychiatrique. Volume 91. N°10*. p. 809- 817

Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-10-page-809.htm>

Kiledjian. E, (2019) Du travail de lien en réanimation. *Jusqu'à la mort accompagner la vie. Volume 136. N°1*. p. 5-7

Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2019-1-page-5.htm>

Boles, J.M. Jousset, D. (2011). Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte. *Laennec. Tome 59. N°2*. p. 42- 54

Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2011-2-page-42.htm>

Joly, B. Présentation de la communication, chapitre 1. (2009). p. 7-10. *Le point sur... Marketing*. p. 7-10

Repéré à: <https://www.cairn.info/la-communication--9782804159740-page-7.htm>

Delamarre, C. (2014). Communication verbale et non verbale, chapitre 2. *Santé Social*. p. 29- 38

Repéré à: <https://www.cairn.info/alzheimer-et-communication-non-verbale--9782100554362-page-29.htm>

Bertrand, M. (2013). La communication, une histoire sans parole?. *Études théologiques et religieuses*. Tome 88. N°1. p. 1-14

Repéré à: <https://www.cairn.info/revue-etudes-theologiques-et-religieuses-2013-1-page-1.htm>

Elsevier Masson SAS. (2019). Dossier La communication en réanimation. *L'aide-soignante, le mensuel de l'exercice aide-soignant au quotidien*. N°205. p. 12- 18

Chatagner, N. (2013). La voix dans tous ses états ou prendre soin par la voix, bien avant la parole. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. N°113. p. 21- 24

Repéré à: <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2013-2-page-21.htm>

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*. Volume 89. N°2. p.33- 42

Repéré à: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

Phaneuf, M. (2011). Relation d'aide et utilisation thérapeutique de soi, des outils pour les soins infirmiers. *Infiresources*. p. 12

Repéré à: http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/01/Relation_daide.pdf

3. Conférences

CHU Montpellier, (30 novembre 2018). *Conférence 1 Qu'est ce que la sédation?. 16ème journée*. OK

Repéré à: <https://www.youtube.com/watch?v=3WhF9HABerY>

4. Textes Législatifs

Décret n°2006- 72 du 24 janvier 2006. Relatif à la réanimation dans les établissements de santé modifiant le code de la santé publique

Repéré à: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000813915/> OK

Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002. Relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique

Repéré à: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001231685 OK

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

Repéré à: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578>

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Repéré à: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

Code de la Santé publique (2007- 2021), Article R4311-1.

Repéré à: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889/

La charte de la personne hospitalisée. Ministère des solidarités de la santé. (1995)

Repéré à: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee>

5. Image

Brégardis, T. (10/ 04/ 2020) *La salle de réveil a été transformée en unité de sept lits*. Ouest-France

Repéré à: <https://www.ouest-france.fr/bretagne/rennes-35000/video-le-sacre-defi-de-creeer-des-lits-de-reanimation-supplementaires-au-chu-de-rennes-6805007>

6. Cours

Organisation Mondiale de la Santé, Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients. *L'erreur est humaine. Module Être un membre efficace en équipe*. (2012)

Repéré à: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_4.pdf

Khammar L., Hadjadj E.P. (2018/ 2019) - *Cours 3. Relation soignant/ soigné*. 1ère Année de Médecin, Faculté de médecine de Constantine 3.

Repéré à: http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf

7. Pages Web

Fourrier, F.(2015, 10). Mieux vivre la réanimation- La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Repéré à: <https://sfar.org/mieux-vivre-la-reanimation/>

Le Robert, (2020). Le Robert Dico en ligne

Repéré à: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, (2012)

Repéré à: <https://www.cnrtl.fr>

SFETD. (2019). Échelles douleur- *Site web de la Société Française d'Étude et tu Traitement de la Douleur*

Repéré à: <https://www.sfetd-douleur.org/echelles-douleur/>

SNPI. (2016). Relation soignant/ soigné: l'intelligence émotionnelle pour humaniser les soins. *Syndicat National des Professionnels Infirmiers*.

Repéré à: <http://www.syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soigne-l.html>

Citations. (2012-2020). Citation: Jean Abraham. *Citation-inspiration.com*.

Repéré à: <https://citation-inspiration.com/citation/10424>

Sommaire des annexes

ANNEXE N°I: Le guide d'entretien

ANNEXE N°II: Les entretiens

ANNEXE N°III: Les tableaux d'analyse

ANNEXE N°IV: Les échelles d'évaluation

ANNEXE N°I: Le guide d'entretien

Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Emma, j'ai 22 ans et je suis étudiante de troisième année en soins infirmiers au CHU de Rennes. Je me suis permise de vous contacter pour pouvoir échanger avec vous concernant le sujet de recherche de mon mémoire de fin d'études.

Le thème de mon travail porte sur la communication auprès d'un patient sédaté en réanimation.

Cet entretien a pour objectifs d'échanger sur vos modes d'exercices ainsi que vos expériences professionnelles afin d'apporter d'éventuelles réponses à ma question de départ.

L'échange que nous aurons sera, selon votre accord, enregistré et restera confidentiel.

<i>Présentations des infirmiers</i>	<ul style="list-style-type: none">- Depuis quand êtes-vous diplômé(e)s?- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? Entre 20-30ans, 30-40 ans, 40-50 ans, ou 50 ans et plus?- Quel est votre parcours professionnel?- Quelles ont été vos motivations pour travailler dans un service de réanimation? Sont-elles toujours les mêmes?
<i><u>Objectif N°1:</u> Les représentations et les conséquences de la sédation sur une personne en réanimation.</i>	<ul style="list-style-type: none">- Pourriez- vous me donner votre propre définition de la sédation?- Comment vous représentez-vous le patient sédaté?- Selon vous, la sédation rend-t-elle plus facilement le patient vulnérable?
<i><u>Objectif N°2:</u> L'identification et l'importance de la communication dans une relation soignant-soigné avec un patient sédaté en réanimation?</i>	<ul style="list-style-type: none">- Qu'est-ce-que la communication, selon vous?- Comment établissez-vous une communication avec un patient sédaté, intubé, ventilé?- Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti des patients?- Pour vous, la relation soignant-soigné est-elle différente entre un patient sédaté et un patient non sédaté?- Rencontrez-vous des facilités et/ ou des difficultés à instaurer une relation soignant-soigné?
<i><u>Objectif N°3:</u> L'impact des pratiques soignants sur la relation soignant-soigné en réanimation</i>	<ul style="list-style-type: none">- Que pensez-vous du travail en binôme en réanimation?- Peut-il être un frein à cette communication? Si, non pourquoi?- Pour vous, quels seraient les axes primordiaux à améliorer dans la communication avec ces patients?
	<ul style="list-style-type: none">- Avez-vous quelque chose à rajouter?

ANNEXE N°II: Les entretiens

Entretien N°1:

→ 25 minutes

1. **Emma ESI:** Parfait. Donc, du coup, l'objectif de cet entretien, ce serait bien
2. d'approfondir mes connaissances sur l'aspect pratique et moins théorique de la
3. réanimation, en fait, avec les patients dans ce service. Tout d'abord, si ça ne
4. dérange pas, j'aimerais bien qu'on parle de ton expérience professionnelle avec ta
5. date du diplôme.?
6. **Jean IDE:** D'accord.
7. **Emma ESI:** Tout d'abord, si ça ne dérange pas, j'aimerais bien qu'on me parle de
8. ton expérience professionnelle avec ta date du diplôme, dans quelle tranche
9. d'âge tu te situes, ton parcours professionnel et tes motivations que tu as eu pour
10. travailler en réanimation, et si ce sont toujours les mêmes motivations.
11. **Jean IDE:** D'accord. Alors moi, je suis diplômé de 2002, de mai 2002... J'ai 41 ans
12. et mon parcours professionnel est assez simple puisqu'en fait, j'ai été diplômé en
13. mai 2002. J'ai commencé à travailler en réanimation chirurgicale et j'ai fait mai,
14. juin, juillet, août, septembre en réa chir. J'ai travaillé dans le pool et un peu en en
15. néphrologie en octobre, novembre, décembre 2002 et à partir du 3 janvier 2003
16. exactement, je suis en réanimation médicale. Donc, si on calcule, ça fait un petit
17. peu plus de 18 ans que je fais de la réanimation médicale.
18. **Emma ESI:** D'accord. Et du coup. Quelles ont été tes motivations pour travailler en
19. réa, et si ce sont toujours ces mêmes motivations qui te font rester dans ce
20. service?
21. **Jean IDE:** Alors... il y a plusieurs choses qui venaient, dans ma motivation. Tout
22. d'abord, avec la jeunesse que j'avais,... dans le métier, j'entends. J'imaginai la
23. réanimation comme un service de, comment dire, de pointe... C'était un challenge
24. en fait, un challenge professionnel d'aller travailler en réa. Il y avait le côté..., donc
25. encore avec la jeunesse dans le métier. Il y avait la technicité du service qui
26. m'intéressait beaucoup, la complexité des pathologies. Il y avait pas mal de
27. choses, mais vraiment, il y avait un petit... comment dire? C'est très pompeux de
28. dire ça, mais je prenais vraiment ça comme un service un peu d'élite pour les
29. infirmiers et donc j'avais envie de me prouver quelque chose à... moi-même en
30. allant travailler là-bas. Ça, je dis ça... j'avais, j'avais à peu près ton âge. J'avais 22
31. ans quoi. Mes motivations ont quelque peu changé avec l'âge. Alors il y a toujours
32. le côté technique des choses qui est intéressant. La technicité, ce qui est bien avec
33. la technicité, c'est que ça évolue toujours, on apprend toujours des choses
34. nouvelles. Du coup, on... on ne s'ennuie pas. Les choses qui ont évolué aussi,
35. c'est qu'avec le temps, on apprend entre guillemets à se rendre compte qu'il y a un

36. malade dans le lit et qu'il n'y a pas que des machines dans la chambre et c'est ça
37. qui est intéressant. C'est qu'en fait, il y a la... technicité et le relationnel avec le
38. malade. Alors, même si le malade est sédaté ..., le relationnel est toujours là
39. puisqu'il y a la famille qui est là et qui est très présente... Il y a ça... Il y a l'esprit
40. d'équipe qui est qui est très important en réa. Pour le coup, je n'ai pas beaucoup
41. d'expérience des autres services. J'ai mes études, j'ai fait un petit peu de pool et
42. on retrouve un peu cette ambiance-là dans certains services, c'est un peu
43. particulier comme les urgences, des choses comme ça, mais c'est vrai qu'il y a une
44. proximité avec ... entre chaque corps de métier qui est vraiment, vraiment hyper
45. intéressante, c'est-à-dire que... alors, en plus du binôme infirmier/ aide-soignant qui
46. est important. Mais on côtoie des kinés, on côtoie des médecins, bien sûr, on est
47. très... très proche d'eux, on apprend beaucoup à leur contact. Parce qu'en fait, on
48. travaille toujours avec eux. Il y a les psychologues... enfin bref, il y a tout un tas de
49. métiers qu'on côtoie de manière très, très proche. Et donc ça, c'est... on se nourrit
50. un peu les uns des autres, des connaissances des uns des autres. Et ça c'est
51. vraiment... c'est ça que je trouve très intéressant, finalement en réa. Et que je
52. trouve toujours intéressant.

53. **Emma ESI:** Bien, merci. Le deuxième point, c'est de parler du patient en
54. réanimation. Donc pourrais tu me donner ta propre définition de la sédation?

55. **Jean IDE:** La sédation... elle est médicamenteuse, déjà dans un premier temps.
56. Souvent elle se fait de... Il y a deux composantes dans la sédation. Il y a les
57. antalgiques et il y a les hypnotiques... et donc elle peut avoir plusieurs, plusieurs
58. intérêts. C'est complexe comme question. Soit elle est là, à visée antalgique parce
59. que, parce que la prise en charge du malade va être invasive, risque d'être
60. douloureuse et donc dans ces cas-là, il est endormi. Mais ça peut être, par
61. exemple en ce moment, on a pas mal de détresse respiratoire, donc ça fait partie
62. également du traitement, de mettre au repos les poumons et d'endormir le malade.
63. Donc ce n'est pas évident de définir la sédation au final. Ça fait partie intégrante de
64. la réanimation puisque c'est une des spécificités de la réa, c'est d'endormir les
65. malades et de les mettre sur assistance respiratoire c'est sûr.

66. **Emma ESI:** Et du coup, comment tu te représentes le patient sédaté? Pour toi, un
67. patient sédaté c'est quoi?

68. **Jean IDE:** Alors, c'est pareil, c'est compliqué à répondre simplement parce qu'en
69. fait, derrière ta question, j'imagine qu'il se rend compte des choses. Ou est-ce qu'il
70. faut communiquer avec lui?... Il y a les croyances de chacun qui viennent, qui
71. viennent,... enfin qui entrent en jeu dans cette réponse. Moi, j'ai tendance... Enfin,
72. j'ai envie de dire que même si on n'a pas le fameux feedback qu'on n'a pas dans la
73. communication puisqu'en fait, il nous répond pas s'il est sédaté, par définition. Moi,

74. je vais quand même le considérer comme une personne présente dans la
75. chambre, même s' il n'y a pas assez de communication. Tout simplement, à mon
76. sens, ça donne un... ça donne un sens à ce qu'on fait. Ça donne un sens aux soins
77. qu'on donne, même si effectivement, si on jette un coup d'œil très rapidement, on
78. fait des soins techniques à un corps qui ne réagit pas à ce qu'on lui fait ou pas
79. beaucoup. Mais si on..., si on part du principe que l'on va... pas personnifier mais...

80. **Emma ESI:** Humaniser?

81. **Jean IDE:** Oui humaniser... rendre le soin..., faire en sorte qu'on fasse un soin à
82. une personne et pas juste à un corps, ça donne un sens à ce qu'on fait. Sinon ça a
83. peu de sens, enfin pour moi. C'est-à-dire que oui, on va faire une prise de sang, on
84. va faire un truc, mais finalement, on serait juste des techniciens, quoi. Ce que
85. l'on n'est pas. Enfin je ne pense pas... pas que.

86. **Emma ESI:** Non c'est sûr, et du coup, en lien avec ce que tu viens de dire, c'est
87. que pour toi, est-ce que la sédation va rendre le patient plus facilement vulnérable?

88. **Jean IDE:** Il est inévitablement... Enfin déjà, il est vulnérable par la pathologie qui
89. l'amène en réa et ça c'est une chose certaine. Et oui, la sédation le rend vulnérable
90. puisqu'en fait, il est, entre guillemets, obligé d'accepter ce qu'on lui fait. Il n'a pas le
91. choix. Il nous donne les clés de la voiture quoi. Clairement...donc on a une
92. responsabilité qui est énorme, alors l'équipe soignante j'entends là, pas que
93. nous... Face à un patient qui est sédaté, parce qu'en fait il nous laisse entièrement
94. sa vie quoi, quelque part? Voilà, je ne sais pas si je réponds bien à la question?

95. **Emma ESI:** Si si, et du coup, le dernier point est le plus gros point pour moi et
96. prend une énorme partie dans mon mémoire.. ça va toujours être une question un
97. peu vague, si je puis dire, qu'est-ce-que la communication, pour toi?

98. **Jean IDE:** Spécialement en réa?

99. **Emma ESI:** Oui... ou comment... en fait tu perçois la communication? Tu vois
100.ça comment?

101.**Jean IDE:** Elle est de plusieurs sortes... déjà... ça va être d'échanger avec
102.quelqu'un, c'est un échange en fait. Alors après le feedback il est plus ou moins
103.important, il est plus ou moins présent. Mais c'est... j'en reviens à ce que je
104.disais un peu avant, c'est que ça donne du sens à ce que l'on fait. Dans le
105.boulot... enfin dans le travail pardon, ça donne du sens à nos soins et dans la
106.vie, ça donne du sens à ce que l'on fait. C'est-à-dire que si l'on communique
107.avec personne... la vie n'a peu de sens en fait. On s'en aperçoit avec le
108.confinement enfin... en fait on s'aperçoit que, ce que l'on nous demande c'est
109.d'avoir des rapports sociaux limités, donc de communiquer et ... alors même
110.s'il y a les moyens ... comment dire?... de pouvoir le faire à distance,
111.néanmoins c'est pas la même chose et donc du coup ça donne moins de sens

112.à notre quotidien, ça... enfin je pense. Donc la communication en fait c'est la
113.base de la relation humaine au final, on touche un peu à la philosophie, je ne
114.suis pas très à l'aise sur ce terrain-là... mais c'est ça en fait c'est la base des...
115.c'est ce qui fait qu'on est des humains quoi... c'est que l'on interagit les uns
116.avec les autres et sinon... oui sinon la vie n'a pas de sens clairement. Et
117.donc... si on recentre un petit peu sur le travail et sur la réa, si on... Souvent
118.les étudiants ils ont ça comme sujet de mémoire, c'est la communication du
119.patient sédaté, est-ce qu'elle existe et est-ce qu'elle n'existe pas? Et je crois en
120.fait qu'on s'en fout... enfin... on s'en fiche un peu, si le patient reçoit... Enfin,
121.de manière très égoïste, je pense en fait qu'il faut communiquer parce que c'est
122.ce qu'il donne du sens à ce que l'on fait. Alors si en plus le patient... est
123.réceptif c'est le... top... En fait c'est finalement assez égoïste d'essayer de
124.chercher de la communication avec un patient sédaté en réa. Je crois. Alors
125.égoïste, jusqu'à certaines limites. Parce qu'en fait après ça fait que... on
126.Travaille... on donne des soins de qualité et au final c'est pour... enfin le patient
127.en est l'entier bénéficiaire. Donc c'est celui qui bénéficie du soin de qualité
128.quoi.

129.**Emma ESI:** D'accord, et du coup cette communication en réanimation... ça va
130.un peu répéter ce que tu viens de dire... mais comment tu l'établis toi, est-ce
131.que tu as des petits outils ...?

132.**Jean IDE:** Ça, déjà moi je le vois déjà avec le recul, ... de mes années de réa.
133.En fait, au final, alors c'est vrai qu'on a plusieurs... petits moyens pour
134communiquer, alors avec le patient même sédaté, avec une sédation légère du
135.coup la communication va être plus facile. En fait, je crois qu'il faut être soi-
136.même... le plus naturel possible et ça, ça vient un petit peu avec l'expérience,
137.comme je te disais tout au début de ton entretien tu sais, moi ce qui
138.m'intéressait au début c'était les machines, entre guillemets, enfin je résume un
139.peu. Et quand on s'intéresse qu'aux machines, on ne communique pas. Et
140.donc au bout d'un moment on se dit, "non enfin, ça va pas ce que je fais, je
141.règle des machines, je tourne des boutons mais je... non ça va pas" et donc
142.c'est à partir de ce moment-là qu'on s'ouvre à la communication avec le patient.
143.Et donc en fait ça devient naturel, c'est-à-dire... lui parler le toucher, toutes ces
144.choses-là en fait, moi je... oui, sûrement. en fait je ne sais pas trop ... il y a des
145.gens avec qui on va rentrer en communication avec la parole, d'autres ça va
146.être le toucher, d'autres ça va être juste la présence. Il n'y a pas de règles
147.prédéfinies ... il n'y a pas de recette miracle non plus, je pense qu'à partir du
148.moment où on est le plus naturel possible et qu'on essaie de montrer, enfin... à
149.partir du moment où on a dompté les machines... en fait ça vient vite...

150.Emma ESI: Très bien.

151.Jean IDE: On se retrouve finalement... une fois que l'on a dompté les

152.machines en réa, on se retrouve finalement comme dans un service normal,

153.c'est-à-dire que, quand on est étudiant de première année en service de je sais

154.pas moi, de médecine et que l'on a notre tout premier pousse seringue, on est

155.un petit peu focalisé sur le pousse seringue et le malade on lui parle pas trop.

156.En réa, il y a 10 pousses seringues, donc on met un peu plus de temps à

157.s'habituer, finalement c'est pareil.

158.Emma ESI: D'accord, mais du coup mon autre question c'était, pour toi,

159.est-ce-que la relation soignant-soigné est-elle différente d'un patient sédaté et

160.un patient non sédaté? Mais de ce que tu viens de dire en gros...

161.Jean IDE: Un petit peu quand même, parce que , pour le coup... le jeu de ping-pong

162. qu'on peut avoir dans une communication, on va dire standard...

163.d'humain à humain, en dehors d'un contexte de soin, elle existe moins. Après...

164.j'ai plus l'intitulé de ta question exacte?...

165.Emma ESI: En gros, je voulais parler de la relation soignant- soigné si elle était

166.différente avec un patient sédaté et non sédaté?

167.Jean IDE: Oui. Au final, au final, on s'aperçoit que non c'est un peu pareil, c'est

168.un peu la même chose. Il y a les..., comment dire... les croyances de chacun

169. qui rentrent en jeu. C'est-à-dire que, si on approfondit un tout petit peu ce point

170.là, il y a des gens qui vont penser, ou qui vont croire... et ça, ça les regarde, et

171.on n'a pas à juger, enfin voilà... que les gens nous entendent. Bon, et bien

172.allons-y. Et d'autres vont penser qu'ils ne nous entendent pas. Et étonnement,

173.les gens qui pensent que les gens ne les entendent pas, vont quand même

174.communique. Donc là j'en reviens sur le fait que ça donne un sens à ce que

175.l'on fait, puisque... Donc non, en fait ça ne change pas. Ça change un peu

176.entre un patient dans un service de soins standard et la réa, ça change un peu,

177.il y a des petits freins mais au final... les choses reviennent un peu au même

178.quoi.

179.Emma ESI: Et est-ce qu'il t'est déjà arrivé de rencontrer des... Enfin pour toi

180.c'est plutôt une facilité ou une difficulté à... la sédation en fait à instaurer cette

181.relation?

182.Jean IDE: ... c'est compliqué parce que... ça peut faciliter des choses... quand

183.on n'a pas envie de rentrer en relation. Parce que pour ... pour plein de raisons

184.la situation, la situation du patient ... ne nous rend pas à l'aise pour plein de

185.raisons, une personne du même âge que nous... l'histoire nous évoque des

186.choses, bref, et on a envie de prendre du recul ou de pas trop... enfin

187.émotionnellement j'entends, de pas trop s'investir, la sédation va, à la limite

188.nous le permettre. Après, sinon c'est sûr que ça apporte de la difficulté un petit
189.peu à entrer en communication mais ... au final c'est sûr... il y a un petit frein
190.malgré tout, et on ne peut pas le nier. Faut en être conscient... mais... bon...
191.c'est pas une grosse difficulté, on arrive à passer outre... et par moment, ça
192.peut faciliter notre prise en charge. Enfin, non ça ne facilite pas la prise en
193.charge, c'est très... je suis sur une ligne de crête quand je suis en train de
194.parler, ça veut dire que la sédation nous permet de prendre du recul et de
195.déshumaniser ce que l'on est en train de faire alors c'est pas du tout ce que
196.j'essaie de te dire depuis le début, malgré tout ça... des fois le...

197.**Emma ESI:** Ça sert à se défendre en fait?

198.**Jean IDE:** Oui, c'est un peu ça. On prend un petit peu de recul pour pas trop
199.s'investir pour... et la sédation nous permet ça de temps en temps.

200.**Emma ESI:** Très bien. Et je voulais aussi parler du travail en binôme en
201.réanimation et ce que tu penses du travail en binôme et ce que ça peut induire
202.sur la communication avec le patient?

203.**Jean IDE:** ... forcément ça facilite les choses... parce qu' en fait... je crois que
204.la communication elle va se faire, pas en fonction du métier mais de la
205.personnalité que l'on a. Et pour le coup, si on a du mal à rentrer en
206.communication avec un patient, et ça j'ai envie de dire qu'il soit sédaté ou pas,
207.... du coup l'aide-soignant avec qui on travaille ou même le médecin, puisque tu
208. parles de binôme alors c'est sous- entendu infirmier/ aide-soignant, infirmier/
209.médecin, enfin peu importe, mais c'est vrai que le fait d'être en binôme et les
210.aide-soignants ont... ont leur personnalité. Des fois ça permet de décoincer
211.une situation où tout seul on serait embêté quoi. ... Je ne comprends pas ce
212.qu'il veut me dire ou parce qu'on a le problème des patients qui sont intubés,
213. qui ont du mal à communiquer ... je ne comprends pas ce qu'il veut me dire,
214.l'aide-soignant qui est à côté de moi a tout à fait les capacités de comprendre
215.et du coup me... traduit en fait ce que le patient veut et donc ça c'est la
216.richesse du binôme en règle générale et infirmier/ aide-soignant en particulier.
217.D'autant plus que l'aide-soignant passe... je ne sais pas s'il passe plus de
218.temps auprès du malade mais en tout cas les soins qu'il prodigue prennent plus
219.de temps,... une toilette ou des soins de nursing, de bien-être de tout ça... il va
220.être longtemps auprès du patient. Plus longtemps, donc il va avoir un point
221.d'observation qui va être plus important que le nôtre et pour le coup... c'est pas
222.beau de dire ça, mais on va s'en servir un peu quoi. On va se servir de leur
223.expertise d'observation.

224.**Emma ESI:** Donc du coup pour toi ce travail en binôme ce n'est pas un frein à
225.cette communication?

226.**Jean IDE:** Ah non.

227.**Emma ESI:** Au contraire?

228.**Jean IDE:** Au contraire, ça va être... ça peut même être une aide, une
229.ressource, complètement. Complètement. Alors là si... enfin, on extrapole le
230.patient qui n'est pas forcément sédaté hein? c'est sûr que... à la limite, même
231.le patient sédaté. Par exemple, je vais faire un soin qui va être un petit peu
232.invasif, un petit peu douloureux et l'aide-soignant va être dans la chambre il va
233.voir que le pouls, la tension augmentent du malade, et il va pouvoir me le dire ça
234.l'aide-soignant, même si effectivement il a une analyse clinique qui est
235.peut-être un petit peu moins fine que la nôtre. Ce qui est logique... en
236.attendant, il va être capable de me dire, bah là, il a son pouls qui augmente, il a
237.sa tension qui augmente, et moi ça me donne des infos sur le ressenti du
238.malade qui même s'il est sédaté ou pas bah je me dis, là je dois lui faire un peu
239.mal parce que... parce que... enfin c'est un exemple, parce que la tension
240.augmente.

241.**Emma ESI:** Donc du coup, tout ce que tu... enfin, tout ce que tu aperçois du
242.ressenti du patient c'est la clinique en fait? comme le patient est coupé de
243.communication, tu te fies à la clinique?

244.**Jean IDE:** Oui ça peut. C'est un angle de vue que l'on peut prendre oui, pour
245.communiquer avec le patient. Ça fait partie des choses dont on se sert quoi...
246.inévitablement puisque à partir du moment où il est sédaté et par exemple
247.curarisé... là c'est... c'est le... la sédation au plus... comment dire?... la plus
248.profonde qu'on puisse faire en réa. Pour le coup, c'est sûr que les paramètres
249.vitaux vont nous renseigner sur le ressenti du patient. Des trucs tout bêtes, par
250.exemple on peut curariser un malade et qu'il ne soit pas suffisamment
251.endormi sous la curarisation, donc effectivement il ne va pas bouger pour
252.nous dire qu'on lui fait mal, mais en tout cas... il va ressentir les choses, il va
253.être éveillé donc le... on va essayer de... Alors on rentre en communication on ne
254.va pas lui parler forcément mais en tout cas le fait de prendre en compte ses
255.paramètres vitaux et de voir que son pouls augmente alors que théoriquement
256.il ne devrait pas augmenter c'est une forme de communication... d'accord... et
257.donc ça, ça nous permet de voir ensuite avec les médecins de réajuster la
258.sédation.

259.**Emma ESI:** D'accord. Et enfin, la dernière question... pour toi, que seraient les
260.axes primordiaux à améliorer dans la communication avec ces patients
261.sédatisés, coupés de communication verbale?

262.**Jean IDE:** C'est compliqué...

263.**Emma ESI:** Ça peut être utopique.

264.**Jean IDE:** Oui. Mais en fait, moi je... je ne sais pas si la communication qu'on a
265.avec les patients sont adaptées ... On essaie qu'elle le soit. C'est un des trucs
266.qui est dommage en réa, c'est qu'on n'a pas beaucoup de retour de patient de
267.leur expérience. Donc du coup c'est vrai que l'on va essayer de faire de notre
268.mieux, de... on va essayer de faire ce que l'on pense de bien et sans en avoir
269.la certitude. Les axes d'amélioration?... Je sais pas... Là vraiment c'est une
270.colle. Le fait de se poser la question, est-ce que l'on peut s'améliorer? Déjà je
271.trouve ça bien, ça veut dire que l'on n'est pas certain de... que l'on fasse du très
272.bon travail. Et donc d'être toujours critique vis-à-vis de son... je trouve déjà
273.bien, en fait. La critique est toujours... amène toujours du travail de qualité.
274.D'avoir un... la bonne critique j'entends... la critique dévastatrice ça ne sert à
275.rien. Mais la bonne critique de prendre du recul. Ne serait-ce que dire bah
276.tiens... ce que je fais là est-ce que c'est bien? Déjà on améliore les choses
277.donc... de rien... de jamais considérer les choses comme acquises. C'est
278.peut-être ça l'axe d'amélioration.

279.**Emma ESI:** Parfait. Et as-tu des choses à rajouter?

280.**Jean IDE:** Non, non.

Entretien N°2:

→ 15 minutes

1. **Emma ESI:** Moi c'est Emma, j'ai 22 ans, je suis étudiante infirmière en troisième
2. année en soins infirmiers au CHU de Rennes. Du coup, je me suis permise de te
3. contacter pour faire un entretien par rapport à mon sujet de mémoire. Du coup
4. voilà, et mon objectif principal ça va d'être d'approfondir mes connaissances sur
5. l'aspect pratique et moins théorique de la réanimation et des patients en
6. réanimation. Donc, tout d'abord je vais te demander, enfin je vais te poser des
7. questions sur ton expérience. Donc, depuis quand tu es diplômée?
8. **Anne IDE:** Alors moi je suis diplômée depuis 2014. Voilà. Et depuis je travaille...
9. en réa.
10. **Emma ESI:** Ah oui d'accord tu as fait que de la réa?
11. **Anne IDE:** Oui
12. **Emma ESI:** D'accord. Du coup, dans quelle tranche d'âge tu te situes à peu près et
13. quel a été ton parcours professionnel?
14. **Anne IDE:** Alors moi j'ai 27, j'ai travaillé, j'ai fait plusieurs réa. J'ai travaillé d'abord
15. en réa médicale. Donc 3 ans et demi, 4 ans. Après j'ai travaillé un petit peu en réa
16. chir où j'y suis encore... depuis 2 ans et demi, maintenant.
17. **Emma ES:** D'accord. Et quelles ont été tes motivations pour venir travailler dans
18. un service de réa et est-ce que ce sont toujours les mêmes motivations?
19. **Anne IDE:** La motivation principale au tout début. J'avais fait un stage qui m'avait
20. beaucoup plu dans ce milieu-là . Et après c'est tout l'aspect technique et les
21. compétences qu'on nous demandait et ce qui permettait de beaucoup évoluer et
22. d'approfondir le métier... qui est quand même assez superficiel je trouve au niveau
23. de l'école. On voit beaucoup de choses mais pas en approfondit. Et après y a tout
24. l'aspect où il faut s'occuper des personnes très gravement malades et essayer de
25. s'en occuper au mieux pour soit s'en sortir idéalement ou les aider à s'en sortir, ou
26. les accompagner dans leur maladie.
27. **Emma ESI:** D'accord, donc là on va passer sur la partie " patient". Donc pour toi,
28. la sédation c'est quoi? Ta définition de la sédation?
29. **Anne IDE:** La sédation c'est d'endormir quelqu'un, plus ou moins profondément
30. afin de le soigner au mieux, soit pour des problèmes respiratoires soit pour des
31. problèmes neurologiques ou autre et de pouvoir de la lever le plus rapidement
32. possible, parce que c'est quand même assez délétère et traumatisant pour le
33. patient.
34. **Emma ESI:** Et toi ta représentation du patient sédaté c'est quoi?
35. **Anne IDE:** Alors, ..., un patient sédaté c'est un patient qui est endormi mais qui
36. est quand même, qui reste un être humain à part entière, et c'est ça que l'on nous

37. dit souvent. C'est qu'il faut quand même malgré tout, réussir à communiquer avec
38. eux et leur parler, parce qu'ils se souviennent de certaines choses. Et puis un
39. patient sédaté c'est aussi toute sa famille autour qui faut s'occuper et de tous ses
40. problèmes qu'il a et qu'il peut engendrer avec de la réanimation et de la sédation.
41. Je ne sais pas si ça répond à ta question.

42. **Emma ESI:** Si! Et du coup, est-ce que pour toi la sédation rend le patient plus
43. vulnérable ou pas, dans sa prise en soin?

44. **Anne IDE:** Oui! Ça c'est sûr, parce que déjà la sédation c'est pas anodin. Déjà le
45. patient il est dans tes mains donc... tu peux faire ce que tu veux. Mais il y a aussi le
46. fait qu'il faut s'en occuper et de penser que ça le rend vulnérable. Donc oui ça peut
47. le rendre vulnérable parce que souvent on oublie que c'est un être humain en fait.
48. Il y en a beaucoup qui arrêtent de leur parler, de parler de lui, qui s'en occupent
49. sans vraiment s'occuper de la personne qu'il est. Et puis, deuxièmement, il y a
50. beaucoup d'effets délétères de la sédation. Il y a tout ce qui est, les effets
51. secondaires, dont les traumatismes psychologiques, puisqu'il y a tout une phase
52. où ils sont privés de leur vie, clairement. Il y a beaucoup d'études qui ont démontré
53. qu'il y a, que ça peut être très traumatisant donc il y a plein de choses à mettre en
54. place pour ça, mais il y a beaucoup de patients qui reviennent après et qui sont
55. traumatisés rien que de la sédation, pas forcément de la réanimation, même si oui,
56. mais principalement de la sédation et le fait que l'on leur a privé de leur vie.

57. **Emma ESI:** Du coup, maintenant on va parler de la communication et de la relation
58. soignant-soigné, et pour toi, la communication c'est quoi?

59. **Anne IDE:** Bah la communication c'est tout l'aspect verbal et tout ce qui est
60. gestuel. Qui permet d'avoir un échange plus ou moins efficace avec une personne.
61. Bon là, en l'occurrence ça sera les patients. Mais, et qui permet d'avoir une relation
62. de confiance je dirais et ça permet de mieux soigner.

63. **Emma ESI:** Ok, et du coup, toi la communication que tu établis avec, enfin
64. comment tu fais pour établir une relation avec un patient sédaté et intubé?

65. **Anne IDE:** Il y a beaucoup d'aspects. Il y a discuter des gestes qu'on va lui faire,
66. par exemple si on veut le tourner, "Monsieur on va vous tourner", il y a "je vais
67. vous aspirer", enfin "je vais vous aspirer" il faut aussi faire attention aux mots que
68. l'on dit, parce que... on ne fait pas forcément attention... mais même
69. instinctivement, même moi quand je parle... "je vais vous aspirer", et puis des fois
70. les mots sont très importants parce que des patients sédatés peuvent avoir des
71. moments de conscience notamment de ce qu'on leur dit. Et le problème du "je
72. vais vous aspirer" pour eux, on va vraiment les aspirer, et c'est du vécu. Et donc du
73. coup, il faut faire attention, et peser les bons mots que ce soit avec des patients
74. sédatés ou pas. Et puis il y a aussi tout l'aspect de l'audio, du visuel, tout ça. Ce

75. qui est important..., moi je leur fais beaucoup écouter de la musique lorsqu'ils sont
76. endormis, surtout je sonde beaucoup les familles, pour me dire s'ils aiment écouter
77. de la musique, s'ils aiment certaines radios, s'ils aiment écouter la télé ou même s'il
78. y a des choses qu'ils aiment bien et comme ça, ça permet d'entrer en
79. communication avec eux même s'il n'y a pas forcément de retour.

80. **Emma ESI:** Ok et du coup, comment tu arrives à percevoir le ressenti du patient, si
81. tu le sens apaisé ou non?

82. **Anne IDE:** Bah il y a le faciès, qui est important. Après forcément, il y a des choses
83. qu'on ne pourra pas savoir en fait. Parce que ça reste pas mal de mystère, la
84. sédation met le cerveau au repos, comment il réagit de ce qu'il a. Mais il y a beaucoup
85. le faciès, il y a des échelles qui nous permettent d'évaluer s'ils sont confortables
86. ou pas. Mais ça, je trouve que c'est plus du..., fin la communication c'est du bonus,
87. c'est pas forcément les échelles de douleur et d'apaisement et tout ça. C'est pour
88. se sentir bien et rendre la personne humaine et inversement en fait. C'est que le
89. patient sente qu'il y a une présence et voilà, après ça se trouve ça ne sert pas plus
90. que ça au patient, mais moi je trouve que c'est très important de le rendre humain.

91. **Emma ESI:** D'accord. Et pour toi la relation soignant- soigné, est-ce qu'elle est
92. différente entre un patient sédaté et un patient non sédaté?

93. **Anne IDE:** Bah forcément, c'est pas tout à fait les mêmes choses qu'on fait... Et il
94. n'y a pas forcément les mêmes attentes pour un patient. Le patient sédaté il ne va pas
95. être... il va peut être avoir des angoisses qu'il ne peut pas exprimer alors que le
96. patient conscient va pouvoir les exprimer, va pouvoir dire où il a mal, plus
97. facilement et puis... Voilà, on ne va pas forcément utiliser les mots. Ça dépend
98. vraiment de la situation dans laquelle est le patient. Chaque patient est à traiter
99. individuellement et selon leur problème actuel.

100. **Emma ESI:** Très bien, est ce que ça t'est déjà arrivé de rencontrer des
101. difficultés à instaurer une relation soignant- soigné, surtout avec des patients
102. sédatés?

103. **Anne IDE:** Forcément. Après, surtout au début, c'est compliqué de parler à
104. quelqu'un qui ne répond pas... qui n'y ait pas d'interaction. C'est quand même
105. pas facile. Après il y a toujours des moments où on a plus de travail et on a pas
106. forcément, on trouve pas forcément le temps. Faut toujours essayer de
107. communiquer même s'il y a des fois on aimerait communiquer beaucoup plus...
108. ou pas. Après ça dépend aussi, je trouve, il y a la famille autour, il y a pas mal
109. de choses qui font que... il y a des patients où on arrive à beaucoup plus à
110. parler avec eux mêmes sédatés que d'autres. Il y a aussi le fait que c'est sur du
111. long terme ou pas. Peut-être aussi le pronostic qu'on peut avoir... après, je
112. pense que j'essaie de leur parler toujours... et d'avoir une communication

113.toujours avec eux, donc c'est vrai que ça peut être différent selon chaque
114.patient.

115.**Emma ESI:** D'accord. Et est-ce que pour toi, tu penses que le travail en binôme
116.en réanimation, enfin qu'est-ce que tu en penses, surtout par rapport à la
117.communication avec le patient?

118.**Anne IDE:** Le binôme avec les aides-soignants?

119.**Emma ESI:** Oui.

120.**Anne IDE:** Après...alors... attends j'essaye de réfléchir... C'est forcément plus
121.important. Parce que quand on est en binôme avec un ou une aide-soignante,
122.que l'on est dans la même chambre, souvent il y a plus facilement des
123.discussions sur un autre sujet et c'est important de resituer qu'il y a un patient au
124.milieu. Après ça dépend des aide-soignantes. Il y a certaines aide-soignantes
125.qui, comme il y a certains infirmiers qui ont du mal avec la communication et
126.c'est pas encore assez naturel de discuter à sens unique. Après... c'est
127.toujours plus important de faire les choses bien et à deux, que seul et mal fait.
128.Je ne sais pas si c'est une vraie réponse?

129.**Emma ESI:** Si si, mais du coup, c'est parce que la prochaine question c'était,
130.est-ce que ce travail en binôme peut être un frein dans cette communication
131.mais du coup ça dépend avec qui l'on travaille?

132.**Anne IDE:** Oui ça dépend avec qui... Il y en a ça va..., enfin même infirmier en
133.fait, je pense que c'est pareil. Le binôme ça dépend avec qui on est et ça
134.dépend comment il est à l'aise avec un patient intubé. Enfin je pense que de
135.toute façon un binôme est toujours intéressant dans le sens où c'est une
136.équipe en fait. C'est une équipe avec tout l'ensemble de l'équipe soignante et
137.le patient pour essayer de combattre... c'est complémentaire.

138.**Emma ESI:** Et pour toi, est-ce qu'il y aurait des axes à améliorer dans la
139.communication avec ces patients et... quels sont ces axes en fait?

140.**Anne IDE:** Oh, bah il y a plein de choses à améliorer avec ces patients, il y a
141.plein de trucs. Alors l'idéal ce serait de diminuer les sédations plus
142.facilement..., ou en mettre un peu moins, enfin il y a beaucoup de choses qui...
143.et après ça dépend beaucoup des services aussi dans lequel on est. Je sais
144.que selon les réanimations, on ne gère pas pareil les patients et notamment la
145.sédation et la communication qu'il y a autour. ... Qu'est-ce que l'on pourrait
146.améliorer dessus?... Il y a pas mal de choses qu'on fait mais on ne voit pas
147.forcément c'est les journaux de bords, qu'on fait et qu'on essaye de proposer
148.aux familles dans le service où je suis. Dans l'ancien service je sais qu'on le faisait
149.quasiment systématiquement et où le soignant écrivait tous les jours dans le
150.cahier de bord du patient ainsi que la famille et qui permettait d'avoir un... une

151. relation post sédation et qui évitait le traumatisme, enfin qui pouvait diminuer le
152. traumatisme de la période du fait où il était sédaté. Après ce qu'on pourrait faire
153. de mieux, c'est d'essayer de... d'avoir moins de bruits dans les chambres le
154. temps de la sédation, d'avoir des bruits plus sains, plus calmes, ça c'est encore
155. des choses qui sont pas encore tout à fait présentes. Qu'est-ce que je pourrais
156. te dire d'autre là dessus... c'est dur quand même. Ah si, peut-être aussi, former
157. un peu plus les soignants à la communication je pense, parce que je pense que
158. ce n'est pas évident pour tout le monde.

159. **Emma ESI:** Merci. Et as-tu des choses à rajouter ou pas?

160. **Anne IDE:** Je ne sais pas moi... non du tout.

ANNEXE N°III: Les tableaux d'analyse

Objectif N°1: Les représentations et les impacts qu'a la sédation sur une personne en réanimation.

Catégories	Thèmes	Items	Lignes
<i>La vision soignante de la réanimation</i>	<i>L'aspect technique</i>	Jean: " Il y avait la technicité du service qui m'intéressait beaucoup"	<i>L.26 à 27</i>
		Anne: " L'aspect technique et les compétences qu'on nous demandait et qui permettait de beaucoup évoluer et d'approfondir le métier "	<i>L.21 à 23</i>
		Jean: " Ce qui est bien avec la technicité c'est que ça évolue toujours, on apprend toujours des choses nouvelles. Du coup, on... on ne s'ennuie pas"	<i>L.33 à 35</i>
	<i>L'environnement</i>	Anne " Essayer de... d'avoir moins de bruits dans les chambres le temps de la sédation, d'avoir des bruits plus sains, plus calmes"	<i>L. 154 à 155</i>

<i>Les 2 composantes médicamente uses</i>		Jean: “ elle peut avoir plusieurs, plusieurs intérêts.” L.58	L.58 à 59
	<i>Les intérêts</i>	Jean: “ elle est médicamenteuse, déjà dans un premier temps. Souvent elle se fait de... il y a deux composantes dans la sédation. Il y a les antalgiques, et il y a les hypnotiques”	L.56 à 58
	<i>Les antalgiques</i>	Jean : “ Soit elle est à visée antalgique parce que, parce que la prise en charge du malade va être invasive, risque d’être douloureuse”	L.59 à 61
	<i>Les hypnotiques</i>	Jean: “ Par exemple en ce moment, on a pas mal de détresse respiratoire, donc ça fait partie également du traitement”	L.61 à 63
	<i>Les pathologies</i>	Anne: “ Soit pour des problèmes respiratoires, soit pour des problèmes neurologiques ou autre”	L.31 à 32
		Jean: “ la complexité des pathologies”	L.27
	<i>Les effets indésirables</i>	Anne: “ déjà, la sédation c’est pas anodin”	L.45
		Anne: “ c’est quand même assez délétère et traumatisant pour le patient”	L.33 à 34
		Anne: “ Il y a beaucoup d’effets délétères de la sédation. Il y a tout ce qui est, les effets secondaires, dont les traumatismes psychologiques, puisqu’il y a toute une phase où ils sont privés de leur vie, clairement.”	L.50 à 53

<p><i>Les spécificités de la réanimation médicamenteuse</i></p>	<p><i>La narcose</i></p>	<p>Anne: “ c’est d’endormir quelqu’un, plus ou moins profondément afin de le soigner au mieux”</p> <p>Jean: “ Ça fait partie intégrante de la réanimation puisque c’est une des spécificités de la réa, c’est d’endormir le malades et les mettre sur assistance”</p>	<p>L.30 à 31</p> <p>L.64 à 66</p>
	<p><i>Le traumatisme</i></p>	<p>-----</p> <p>Anne: “ Il y a beaucoup d’études qui ont démontré qu’il y a, que ça peut être très traumatisant donc il y a plein de choses à mettre en place pour ça”</p> <p>Anne: “ c’est quand même assez délétère et traumatisant pour le patient”</p>	<p>L.53 à 55</p> <p>L.33 à 34</p>

<i>Le patient sédaté</i>	<i>L'humanisation du patient</i>	Jean: " On apprend entre guillemets à se rendre compte qu'il y a un malade dans le lit et qu'il n'y pas que des machines dans la chambre"	<i>L.36 à 37</i>
		Anne: " Un patient sédaté c'est un patient qui est endormi mais qui est quand même, qui reste un humain à part entière"	<i>L.36 à 37</i>
		Jean: "Moi je vais quand même le considérer comme une personne présente dans la chambre"	<i>L.75 à 76</i>
	<i>Le prendre soin en réanimation</i>	Jean: " Faire en sorte qu'on fasse un soin à une personne et pas juste à un corps, ça donne un sens à ce qu'on fait"	<i>L.82 à 83</i>
		Anne: " réussir à communiquer avec eux"	<i>L.38</i>
		Jean: " il y a les croyances de chacun qui viennent, qui viennent,... enfin qui entrent en jeu"	<i>L.71 à 72</i>
		Anne: " Et puis un patient sédaté c'est aussi toute sa famille autour qui faut s'occuper et de tous ses problèmes"	<i>L.39 à 41</i>
	<i>La Vulnérabilité</i>	Jean: " Il est inévitablement...Enfin déjà, il est vulnérable par la pathologie qui l'amène en réa et ça c'est une chose certaine. Et oui la sédation le rend vulnérable"	<i>L.89 à 90</i>
		Anne: " Déjà le patient est dans tes mains donc... tu peux faire ce que tu veux"	<i>L.45 à 46</i>
		Anne: " Mais il y a aussi le fait qu'il faut s'en occuper et de penser que ça le rend vulnérable"	<i>L.46 à 47</i>
Jean: " Il est, entre guillemets, obligé d'accepter ce qu'on lui fait. Il n'a pas le choix. Il nous donne les clés de la voiture quoi"		<i>L.91 à 92</i>	
Anne: " Oui ça peut le rendre vulnérable parce que souvent on oublie que c'est un être humain en fait"		<i>L.47 à 48</i>	
Anne: " le fait que l'on leur a privé de leur vie"		<i>L.57</i>	

Objectif N°2: L'identification et l'importance de la communication dans une relation soignant-soigné avec un patient sédaté en réanimation.

Catégories	Thèmes	Items	Lignes
<i>L'importance de la communication avec autrui</i>	<i>Relation humaine</i>	Jean: " la communication en fait c'est la base de la relation humaine au final."	<i>L.113 à 114</i>
	<i>Ses fondements</i>	Anne: " La communication c'est tout l'aspect verbal et tout ce qui est gestuel "	<i>L.60 à 61</i>
		Jean: " Elle est de plusieurs sortes... déjà... ça va être d'échanger avec quelqu'un, c'est un échange en fait"	<i>L.102 à 103</i>
	<i>Un échange</i>	Anne: " Permet d'avoir un échange plus ou moins efficace avec une personne"	<i>L.61</i>
		Jean: " un jeu de ping pong qu'on peut avoir dans une communication"	<i>L.162 à 163</i>
	<i>Le feedback</i>	Jean: " Après le feedback il est plus ou moins important, il est plus ou moins présent"	<i>L.103 à 104</i>
		Jean: " même si on n'a pas le fameux feedback qu'on a pas dans la communication puisqu'en fait, il ne nous répond pas s'il est sédaté, par définition."	<i>L.73 à 74</i>
<i>La communication sur la relation humaine</i>	Jean: " c'est ce qui fait qu'on est humain quoi... c'est que l'on interagit les uns avec les autres et sinon... oui sinon la vie n'a pas de sens clairement"	<i>L.116 à 117</i>	

La communication dans un contexte de soin	La communication donne du sens à nos actes	<p>Jean: “ Dans le travail pardon, ça donne du sens à nos soins et dans la vie ça donne du sens à ce que l’on fait. C’est-à-dire que si l’on communique avec personne... la vie n’a peu de sens en fait ”</p> <p>Jean: “ de manière très égoïste, je pense en fait qu’il faut communiquer parce que c’est ce qui donne du sens à ce que l’on fait. Alors en plus si le patient... est réceptif c’est le... top.”</p> <p>Jean: “ ça donne du sens aux soins qu’on donne, même si effectivement, si on jette un coup d’œil très rapidement, on fait des soins techniques à un corps qui ne réagit pas à ce qu’on lui fait ou pas beaucoup”</p>	L.106 à 107
	La relation de confiance	<p>Anne: “ Permet d’avoir une relation de confiance je dirais et ça permet de mieux soigner</p>	L.122 à 124
	Prévenir	<p>Anne: “ discuter des gestes qu’on va lui faire.”</p>	L.122
	L’importance du choix des mots	<p>Anne: “ il faut aussi faire attention aux mots que l’on dit parce que... on ne fait pas forcément attention...”</p> <p>Anne: “ Les mots sont très importants parce que des patients sédatisés peuvent avoir des moments de conscience notamment de ce qu’on leur dit”</p> <p>Anne: “ il faut faire attention, et peser les bons mots que ce soit avec des patients sédatisés ou pas”</p>	L.62 à 63
	Le non verbal	<p>Anne: “ L’aspect audio, du visuel tout ça. Ce qui est important... moi je leur fais écouter de la musique lorsqu’ils sont endormis.”</p>	L.66
	Entrer en communication avec un patient sédaté	<p>Jean: “ il y a des gens avec qui on va entrer en communication avec la parole, d’autres ça va être le toucher, d’autres ça va être juste la présence. Il n’y a pas de règles prédéfinies.”</p>	L.68 à 69
	Le ressenti du patient sédaté	<p>Jean: “ Les paramètres vitaux vont nous renseigner sur le ressenti du patient”</p> <p>Jean: “ C’est une forme de communication”</p> <p>Anne: “ il y a beaucoup le faciès, il y a les échelles qui nous permettent d’évaluer s’ils sont confortables ou pas.”</p>	L.71 à 72
	La famille ressource	<p>Jean: “le relationnel est toujours là puisqu’il y a la famille qui est là et qui est très présente”</p> <p>Anne: “ Je sonde beaucoup les familles, pour me dire s’ils aiment écouter de la musique, s’ils aiment certaines radios, s’ils aiment écouter la télé ou même s’il y a des choses qu’ils aiment bien et comme ça, ça permet d’entrer en communication avec eux même s’il n’y a pas forcément de retour”</p> <p>Anne: “ le soignant écrivait tous les jours dans le cahier de bord du patient ainsi que la famille et qui permettait d’avoir un... une relation post sédation et qui évitait le traumatisme, enfin qui pouvait diminuer le traumatisme de la période du fait où il était sédaté”</p>	L.74 à 75
			L.75 à 76
			L.145 à 148

<i>L'instauration d'une relation avec un patient sédaté</i>	<i>Les convictions de chacun</i>	<p>Jean: “ Les croyances de chacun rentrent en jeu”</p> <p>Jean: “ Étonnement les gens qui pensent que les gens ne les entendent pas, vont quand même communiquer”</p>	<p>L. 169 à 170</p> <p>L.173 à 175</p>
	<i>Les assistances médicales</i>	<p>Jean: “ quand on ne s'intéresse qu'aux machines, on ne communique pas.”</p> <p>Jean: “une fois que l'on a dompté les machines en réa on se retrouve finalement comme dans un service normal”</p>	<p>L.140</p> <p>L. 152 à 153</p>
	<i>Dans différents services</i>	<p>Jean: “ Ça change un peu entre un patient dans un service standard et la réa, ça change un peu, il y a des petits freins mais au final... les choses reviennent un peu au même”</p>	<p>L.176 à 178</p>
	<i>L'authenticité du patient sur la relation</i>	<p>Anne: “ C'est pas tout à fait les mêmes choses qu'on fait... Et il n'y a pas forcément les mêmes attentes pour un patient”</p> <p>Anne: “ Ça dépend vraiment de la situation dans laquelle est le patient. Chaque patient est à traiter individuellement et selon leur problème actuel”</p>	<p>L.94 à 95</p> <p>L.98 à 100</p>
		<p>Anne: “ C'est vrai que ça peut être différent selon chaque patient “</p>	<p>L.114 à 115</p>
		<p>Jean: “ C'est sûr que ça apporte de la difficulté un petit peu à entrer en communication mais... au final c'est sûr... il y a un petit frein malgré tout...”</p>	<p>L.189 à 191</p>
	<i>Les limites</i>	<p>Anne: “ Au début c'est compliqué de parler à quelqu'un qui ne répond pas... qui n'y ait pas d'interaction. C'est quand même pas facile”</p> <p>Anne: “Il y a aussi le fait que c'est sur le long terme ou pas”</p>	<p>L.104 à 106</p> <p>L.111 à 112</p>
	<i>La famille ressource</i>	<p>Anne: “ Après ça dépend aussi, je trouve, il y a la famille autour, il y a pas mal de choses qui font que... il y a des patients où on arrive à beaucoup plus à parler avec eux, mêmes sédatés”</p>	<p>L.109 à 111</p>

Objectif N°3: L'impact des pratiques soignantes sur la relation soignant-soigné en réanimation

Catégories	Thèmes	Items	Lignes
<i>Le soignant</i>	<i>Le savoir être</i>	<p>Jean: "je crois qu'il faut être soi-même... le plus naturel possible"</p> <p>Jean: " On va essayer de faire ce que l'on pense de bien et sans en avoir la certitude"</p>	<p>L.136 à 137</p> <p>L.269 à 270</p>
	<i>Les émotions</i>	<p>Jean: " On a envie de prendre du recul ou de pas trop... enfin émotionnellement j'entends, de pas trop s'investir, la sédation va, à la limite nous le permettre"</p>	<p>L.187 à 189</p>
<i>L'équipe soignante</i>	<i>L'esprit d'équipe</i>	<p>Jean: " l'esprit d'équipe qui est très important en réa."</p>	<p>L.40 à 41</p>
	<i>La proximité</i>	<p>Jean: " proximité avec... entre chaque corps de métier qui est vraiment, vraiment hyper intéressante."</p> <p>Jean: "Il y a tout un tas de métiers qu'on côtoie de manière très, très proche. Et donc ça c'est... on se nourrit un peu les uns des autres"</p>	<p>L. 44 à 46</p> <p>L. 49 à 51</p>
		<i>Les responsabilités</i>	<p>Jean: " Donc on a une responsabilité qui est énorme"</p> <p>Jean: " Il nous laisse entièrement sa vie quoi quelque part?"</p>

<i>Le binôme soignant</i>	<i>Les bienfaits</i>	Anne: " je pense que de toute façon un binôme est toujours intéressant dans le sens où c'est une équipe en fait. C'est une équipe avec tout l'ensemble de l'équipe soignante et le patient pour essayer de combattre... c'est complémentaire"	L.135 à 138
		Jean: " on va se servir de leur expertise d'observation"	L.223 à 224
		Jean: " Il va avoir un point d'observation qui va être plus important que le nôtre"	L.221 à 222
		Anne: " c'est forcément plus important.	L.121
		Jean: " forcément ça facilite les choses"	L.204
		Jean: " je crois que la communication elle va se faire, pas en fonction du métier mais de la personnalité que l'on a."	L.205 à 206
		Jean: " Des fois, ça permet de décoincer une situation où tout seul on serait embêté quoi..."	L. 211 à 212
	<i>Les limites</i>	Jean: " Ça peut même être une aide, une ressource, complètement."	L.229 à 230
		Anne: " c'est toujours plus important de faire les choses bien et à deux, que seul et mal fait"	L.127 à 128
		<hr/>	
		Anne: " Le binôme ça dépend avec qui on est et ça dépend comment il est à l'aise avec un patient intubé"	L.134 à 135
		Anne: "Souvent il y a plus facilement des discussions sur un autre sujet et c'est important de resituer qu'il y a un patient au milieu."	L.123 à 125
		Anne: " Il y a certaines aides-soignantes qui, comme il y a certains infirmiers qui ont du mal avec la communication et c'est pas encore assez naturel de discuter à sens unique."	L. 125 à 127
		<hr/>	
<i>Les aides-soignants/soignantes</i>	Jean: "l'aide-soignant qui est à côté de moi a tout à fait les capacités de comprendre et du coup me traduit en fait ce que le patient veut donc ça c'est la richesse du binôme en règle générale"	L. 215 à 217	
	Jean: " D'autant plus que l'aide-soignant passe... je ne sais pas s'il passe plus de temps auprès du malade mais en tout cas les soins qu'il prodigue prennent plus de temps"	L.218 à 220	

ANNEXE N°IV: Les échelles d'évaluations

- *Score RASS*

+5	agressif	violent, dangereux
+3	très agité	arrache tube et cathéter
+2	agité	nombreux mouvements sans but, lutte contre le respirateur
+1	anxieux	anxieux, craintif sans mouvements brutaux ni agressifs
0	éveillé et calme	
-1	assoupi	pas complètement éveillé mais répond à l'appel et garde yeux ouverts > 10 sec.
-2	sédation légère	bref éveil à l'appel avec ouverture des yeux et contact < 10sec.
-3	sédation moyenne	mouvement ou ouverture des yeux à l'appel (sans contact des yeux)
-4	sédation profonde	pas de réponse à l'appel mais mouvement ou ouverture des yeux à la stimulation physique
-5	inévitable	aucune réponse ni à l'appel, ni a la stimulation physique

- *Échelle BPS*

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

- *Score de Ramsay*

Description	Niveau
Patient anxieux ou agité	1
Patient coopérant, orienté et calme	2
Patient répondant aux ordres	3
Patient endormi mais avec une réponse nette à la stimulation de la glabelle ou à un bruit intense	4
Patient endormi répondant faiblement aux stimulations ci-dessus	5
Pas de réponse	6

- *Score de Glasgow*

Pour adultes et enfants		
Ouverture des yeux (Y)	Réponse verbale (V)	Réponse motrice (M) *
4 = spontanée	5 = orientée	6 = obéit à la demande verbale
3 = à la demande	4 = confuse	5 = orientée à la douleur
2 = à la douleur	3 = inappropriée	4 = évitement non adapté
1 = aucune	2 = incompréhensible	3 = décortication (flexion à la douleur)
	1 = aucune	2 = décérébration (extension à la douleur)
		1 = aucune

NOM : MAZELLA
PRENOM : Emma

TITRE DU MEMOIRE : Le sens donné à la communication dans la relation soignant- soigné en réanimation

When a patient is in intensive care, sedation and medical services complicate verbal exchange. But communication is the very basis for the establishment of a close relationship between the patient and his or her carer. This relationship is vital in order to give meaning to the patient's medical care and thus preserve the human aspect of the whole process which tends to be lost as the technical side of things takes over.

Moreover a patient in intensive care who is sedated is vulnerable both by the very nature of the pathology which caused him to be admitted into intensive care in the first place and by his sedated state caused by the drugs administered. Our aim here is to show that this vulnerability can be overcome by creating a climate of trust where the carer establishes clear lines of communication with the patient.

By means of research and interviews we have carried out we shall demonstrate that sensitive communication between carer and patient and close teamwork amongst the medical staff, usually working in pairs, are complementary and both essential to ensure the patient receives the best possible level of care.

En réanimation, la sédation et les assistances médicales compliquent l'échange verbale avec un patient. Pourtant cette communication est la base pour instaurer une relation soignant-soigné. En effet, cette dernière va donner du sens aux soins prodigués et permet de conserver le côté humain du patient, car il est vrai que ce service technique peut favoriser cette déshumanisation du soin.

De plus, un patient sédaté en réanimation est vulnérable, d'une part ses pathologies qui l'amènent dans ce service et d'autre part dû à la sédation-analgésie. Nous allons donc, à travers ce travail prouver que cette vulnérabilité peut être contrée par l'instauration d'un climat de confiance, issu de la communication que le soignant va aborder avec le patient.

Au moyen des recherches effectuées et des rencontres établies, nous verrons que l'importance de la communication ainsi que de l'équipe soignante en réanimation où le travail en binôme prime, apporte de la complémentarité aux soins, rendant la relation avec le patient de qualité.

KEYWORDS: sedation- analgesia / communication/ intensive care/ caregiver patient relationship/ Vulnerability

MOTS CLES: sédation-analgésie / communication/ réanimation/ relation soignant- patient/ Vulnérabilité

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :
Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2018- 2021