



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 respect de la dignité du patient intubé et non sédaté  
en réanimation au travers de la communication infirmière.**

Formateur référent mémoire : Erwan Masson

RAME-Léa  
Formation infirmière  
Promotion 2018-2021  
06 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 Infirmier

### Travaux de fin d'études :

***Le respect de la dignité du patient intubé et non sédaté en réanimation  
au travers de la communication infirmière.***

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

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée  
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat 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 06 mai 2021***

***Identité et signature de l'étudiant : Rame Léa***

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

## Remerciements

*A mon père et ma grand-mère*

A ma mère pour son soutien indéfectible

A mes sœurs pour leur grande aide pour la finalisation de ce dossier

A mes chers camarades de promotion, dans l'espoir de pouvoir tous nous réunir un jour !

A mon formateur référent pour son accompagnement

Aux professionnels qui m'ont guidés et inspirés tout au long de cette formation

Du fond du cœur, merci.

## Table des matières

Introduction.....	1
1. Situations d'appel.....	1
1.1. Première situation.....	1
1.2. Deuxième situation .....	3
2. Question de départ .....	4
3. Cadre théorique.....	5
3.1. La réanimation.....	5
3.1.1. Le service de réanimation .....	5
3.1.2. L'intubation oro-trachéale.....	6
3.2. La dignité .....	6
3.2.1. Définition.....	7
3.2.2. Législation.....	8
3.2.3. En application .....	8
3.3. Prendre soin .....	9
3.3.1. Le principe du prendre soin.....	9
3.3.2. Le principe d'humanité .....	10
3.3.3. Le principe de « patient-focused care » .....	10
3.3.4. La théorie des besoins.....	11
3.4. La communication .....	11
3.4.1. Théorie de la communication.....	11
3.4.2. La communication avec les patients intubés .....	12
3.4.3. Communication infirmière en soins intensifs.....	13
4. Méthodologie des entretiens.....	14
5. Résultats.....	15
5.1. La communication .....	16
5.2. Prendre soin .....	17
5.3. Dignité .....	18
5.3.1. Respect .....	18
5.3.2. Irrespect.....	19
5.3.3. Explications.....	19
6. Discussion.....	20
Conclusion .....	25
Bibliographie.....	26
Annexe I : Grille d'entretien .....	
Annexe II : Entretien IDE 1.....	
Annexe III : Entretien IDE 2.....	
Annexe IV : Tableau d'analyse.....	

## Introduction

Dans le cadre de ma troisième année d'étude de formation en soins infirmiers, j'ai été amenée à réaliser un stage en service de réanimation. J'ai pu y appréhender une partie de la complexité du milieu des soins intensifs, vivre des situations émotionnellement marquantes et comprendre à quel point l'investissement du soignant est nécessaire au bon fonctionnement du service. Cette expérience m'a permis de découvrir l'accompagnement de patients intubés ou trachéomisés et de me développer sur le plan professionnel comme personnel. Œuvrer auprès de ces patients m'a amené à réfléchir sur ma manière d'interagir avec eux, de les prendre en soin et à me remettre en question de nombreuses fois.

Les soins relationnels m'ont toujours tenu à cœur et ont guidé mon parcours étudiant. La relation avec le patient est pour moi indissociable de la communication qui est présente à chaque étape de l'accompagnement d'un individu, de sa famille et dans le travail en équipe. La communication est omniprésente dans la pratique infirmière. Elle est d'une complexité et d'une richesse remarquable en raison de sa diversité et de sa portée. Si cet aspect du soin m'a toujours semblé évident et naturel à mettre en place, j'ai été confrontée à des difficultés de communication à mon arrivée en réanimation. Ce que je prenais pour acquis était entièrement à repenser avec, toujours en ligne de mire, la volonté de prendre soin du patient dans le respect de sa dignité.

C'est donc naturellement que j'ai voulu travailler sur les thèmes de la communication et de la dignité pour la réalisation de mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI).

Dans un premier temps, je présenterai donc le cheminement de ma réflexion à partir de deux situations d'appel ainsi que les questionnements qu'elles ont soulevés et qui ont amené à ma question de départ. Dans un second temps, j'exposerai le cadre conceptuel sur lequel je me suis appuyée pour ce travail et je présenterai ensuite le vécu des professionnels de terrain à travers deux entretiens réalisés auprès d'infirmières de réanimation. En dernier lieu j'analyserai ces entretiens en les mettant en lien avec les éléments théoriques et y intégrerai mon positionnement.

## **1. Situations d'appel**

### **1.1. Première situation**

Monsieur C, 43ans, est hospitalisé en service de réanimation chirurgicale pour un choc septique et une détresse respiratoire. Il souffre d'une pleuropneumopathie enkystée du poumon gauche entraînant une insuffisance respiratoire aiguë. Monsieur C a été hospitalisé 1 semaine dans un service

de pneumologie où il a été opéré et 2 drains thoraciques lui ont été posés. Son état s'est dégradé, nécessitant une oxygénothérapie à haute concentration puis une intubation s'accompagnant d'une sédation. Il a été transféré en service de réanimation chirurgicale pour la suite des soins. Le pronostic vital de Monsieur C était engagé avec une défaillance respiratoire, cardiaque et rénale. Le patient a été curarisé, mis en décubitus ventral et 2 autres drains thoraciques ont été posés. Les résultats de l'ensemble de ces soins sont positifs, les examens biologiques montrent des améliorations sur tous les plans.

À ce jour, Monsieur C est à J 15 de l'hospitalisation en réanimation. Il est intubé, ventilé en mode VAC<sup>1</sup> (Ventilation Assistée contrôlée) et n'est plus ni curarisé, ni sédaté. Il a une sonde naso-gastrique et une sonde urinaire, 4 drains à gauche, un cathéter central en sus clavière droite et un cathéter artériel en radial à droite. Monsieur C a les mains contentionnées au lit afin de prévenir une extubation accidentelle ou volontaire.

Il supporte plutôt bien la ventilation invasive, sauf lors de phases d'agitations pendant lesquelles il bouge beaucoup. Durant ces agitations, l'équipe a pu échanger avec lui. Monsieur C semble souffrir d'hallucinations : il voit des personnes dans sa chambre qui lui arrachent sa chemise, des insectes, sa mère dans le couloir...

La sédation a été levée à J 14. Les doses restantes de Midazolam<sup>®</sup> (hypnotique) et Dexdor<sup>®</sup> (psycholeptique) sont là pour limiter les phases d'agitation. Morphine<sup>®</sup> (analgésique) et Nefopam<sup>®</sup> (analgésique) sont aussi utilisés pour la gestion de la douleur. Actuellement le patient a un score RASS<sup>2</sup> entre 0 et 1 et un BPS<sup>3</sup> à 3.

Monsieur C a beaucoup d'œdème, avec une prise de poids de plus de 15 kilos depuis son entrée dans le service. L'œdème est très présent au niveau des membres supérieurs limitant la mobilisation des mains.

Ce jour-là, le patient est bien éveillé et calme, il répond aux ordres simples et semble comprendre ce que nous lui disons. Je m'occupe de lui pour la matinée. Alors que je prépare les thérapeutiques sur le chariot de soin en lui tournant le dos, Monsieur C m'interpelle en toquant sur la barrière du lit. Je m'approche et le vois bouger les lèvres. Je ne comprends pas les mots qu'il articule et lui pose alors des questions fermées afin qu'il puisse me répondre par oui ou non. Monsieur C arrive

---

<sup>1</sup> VAC = Ventilation Assistée Contrôlée. Mode de ventilation durant lequel la machine gère presque entièrement le cycle respiratoire.

<sup>2</sup> RASS = *Richmond Agitation-Sedation Scale*. Echelle évaluant le niveau d'agitation et de vigilance. 0= patient éveillé et calme. 1 = patient ne tenant pas en place

<sup>3</sup> BPS = *Behavioral Pain Scale*. Echelle d'évaluation de la douleur pour patient intubé, basée sur l'observation du patient. 3 = absence de comportement douloureux observable

à légèrement bouger la tête (droite gauche et haut bas) et ferme de manière appuyée les yeux lorsqu'il veut dire oui. Je n'arrive pas à trouver ce qu'il essaye de me dire. Je sens une tension qui s'installe chez lui et ses mouvements deviennent brusques. J'essaie de suivre la direction de son regard et le mouvement de ses mains, fais des propositions et constate que je n'ai pas compris ce qu'il voulait. J'ai le sentiment, ce jour-là, que nous ressentons tous les deux une grande frustration dans le fait de ne pas nous comprendre.

Je lui propose ensuite d'utiliser l'ardoise mais Monsieur C n'a pas la force de tenir le stylo pour écrire. J'écris l'alphabet et lui propose de m'indiquer les lettres pour former le mot. Je détache sa main droite pour lui offrir une plus grande liberté de mouvement mais il conserve des difficultés à pointer précisément les lettres. Je dis à haute voix chaque lettre pointée afin qu'il valide si j'ai vu la bonne. Nous arrivons à communiquer sur quelques points, mais je ne comprends pas tous les mots. Je les écris alors sur l'autre face de l'ardoise en lui demandant confirmation de l'orthographe. Je n'arrive toujours pas à comprendre ce qu'il essaye de me dire, l'un des mots n'ayant aucune signification pour moi. Le patient s'agite. À ce moment-là, une infirmière entre dans la chambre. Je l'interpelle sur le mot qui me questionne, expliquant que le patient essaye de me communiquer quelque chose que je n'arrive pas à comprendre. Je lui demande de voir si elle peut répondre à son besoin. Malheureusement, elle ne comprend pas non plus. Le patient nous fait signe de la main d'arrêter. Je lui demande s'il veut que nous laissions ce sujet de côté pour le moment et il confirme.

Après cette situation, je me suis sentie frustrée. Qu'est-ce que j'aurais pu apporter à ce patient ? Qu'aurais-je pu faire de plus ou différemment ? Quels étaient mes objectifs ? Je voulais que Monsieur C puisse s'exprimer et qu'il ait un espace de parole. Je voulais répondre à ses besoins, mais je ne savais pas lesquels. J'avais pensé aux besoins physiques, mais qu'en était-il des besoins psychiques ? Pourquoi me suis-je sentie si impactée par cette situation où la communication n'a pas abouti (à mon sens) puisque je n'ai pas compris l'objet de l'échange ? Que pouvait ressentir le patient à ce moment-là ? À quoi pensait-il ? Les maigres moyens de communication rendent-ils possible l'exploration de ces sujets ? Comment être soutenant pour l'individu sans connaître son positionnement et ses besoins ? Quel est l'impact des difficultés de communication avec un patient intubé et non sédaté sur la pratique des professionnels ?

## 1.2. Deuxième situation

Monsieur L est hospitalisé en réanimation. Il est intubé et les sédations sont levées. Monsieur souffre d'obésité morbide avec un IMC à 47,3 et n'est pas en capacité à l'heure actuelle de se mobiliser. Il est capable de légèrement hocher la tête, fermer les yeux, serrer faiblement les mains à la demande et lever le pouce droit. Lors du tour de 14h, nous nous apprêtons à positionner le patient en décubitus



latéral selon la prescription. Pour la manœuvre, nous sommes 6 personnes (2 IDE, 1 EIDE, 2 AS et 1 ASH). Les soignants ont été prévenus en amont que le positionnement aurait lieu à 14h. Ils sont regroupés dans le couloir devant la porte ouverte. Ils tiennent des propos sur les douleurs qu'ils ressentent lorsqu'ils mobilisent ce patient, sur la difficulté de la tâche et le fait qu'ils ne veulent pas le faire trop souvent.

Nous nous installons autour du patient, l'infirmière dirige la manœuvre et indique la conduite à tenir : tourner légèrement le patient pour positionner le drap de glisse, tirer et pousser pour le translater sur le côté du lit, le tourner et l'installer de manière adéquate avec le matériel à disposition.

Au cours du soin, des commentaires sur le physique et le poids du patient sont prononcés à haute voix. Nous finissons l'installation et les personnes venues aider repartent.

Une IDE me dit par la suite avoir vu une larme couler le long de la joue du patient au moment où les personnes commentaient son physique. Elle est allée s'excuser auprès de lui pour les propos tenus par l'équipe.

Quels étaient les objectifs des soignants au cours du soin ? Quels principes ont guidé leurs actions ? Les soignants étaient-ils préoccupés par le confort du patient ? La dignité du patient a-t-elle été prise en compte par les soignants ? Quelles sont les possibilités de communication au cours du soin avec un patient intubé et ne pouvant que légèrement bouger ?

La communication des soignants dans cette situation est-elle respectueuse du patient ? Qu'est-ce qui a amené les soignants à faire ces commentaires, et ce en présence du patient ? Qu'est-ce que cette communication reflète de l'image et de la considération du patient dans l'esprit de l'équipe ?

En tant que soignante, j'ai ressenti un mal-être dans cette situation que je considérais comme irrespectueuse. J'avais honte des propos tenus et n'ai pas osé intervenir. Je me demande quel a pu être l'impact de cette situation sur le patient.

## **2. Question de départ**

Ces situations m'ont questionnée sur l'importance de la communication avec le patient intubé en réanimation et la considération du patient comme objet ou sujet de soin. Dans cet environnement où le soin du corps est primordial, l'individu semble parfois passer au second plan. Cela m'interpelle sur la question du respect de la dignité du patient. Comment ramener l'individu au cœur du soin dans un service de soins critiques. Qu'est-ce qui se joue dans la relation entre l'infirmière et le patient dans leurs échanges ?

Lorsque la phase critique est passée et que le patient n'est plus sédaté, nous redécouvrons la personne et pouvons échanger avec elle. Seulement, la communication est complexe car soumises les limitations physiques du patient. Le soignant a donc un rôle important d'adaptation pour soutenir le patient et lui rendre son autonomie. Comment accompagner un patient qui souhaite communiquer mais qui n'est pas en mesure de le faire par ses moyens habituels (paroles, écriture...) ?

La question de la communication est vaste en réanimation. C'est pourquoi nous limiterons le sujet en nous intéressant aux patients éveillés (c'est-à-dire capables de répondre aux ordres simples) et qui seront privés de vocalisation par l'intubation. Nous n'aborderons pas la communication en situation d'urgence ou de soins critiques, car je pense qu'elles mériteraient un travail à part entière.

Nous pouvons nous demander : **en réanimation, en quoi la communication infirmière participe-t-elle au respect de la dignité du patient intubé et non sédaté.**

### **3. Cadre théorique**

Nous allons tout d'abord poser le contexte dans lequel va se situer ce mémoire en définissant le domaine de la réanimation et les spécificités de la prise en charge qui y sont liées. Ensuite, nous explorerons le principe de dignité, du prendre soin et pour finir le concept de communication.

#### **3.1. La réanimation**

##### **3.1.1. Le service de réanimation**

La réanimation est définie selon le Code de la santé publique, article R6123-33, comme « les soins destinés à des patients qui présentent, ou sont susceptibles de présenter, plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. » C'est un secteur très légiféré pour assurer la qualité des soins. De fait, le nombre de patients est de cinq maximum pour deux infirmiers selon l'article D712-109 du Code de la santé publique.

Les patients admis en réanimation sont d'une grande vulnérabilité physique et émotionnelle, liée à leur état de santé et leur dépendance pour tous les gestes de la vie quotidienne. La réanimation est un environnement qui peut donc être anxiogène pour le patient. Il est en effet soumis à de nombreuses stimulations sensorielles inconfortables, de par la présence des machines et des alarmes (Kefalotse, 2016). Les soins y sont souvent invasifs avec différents dispositifs tels que l'intubation, les cathétérismes ou les sondages. Le rythme de repos du patient est par ailleurs souvent coupé par les

soignants, qui sont amenés à effectuer des surveillances et à entrer régulièrement dans la chambre de ce dernier.

Des auteurs recensent que les patients dans ce type de service sont amenés à vivre des expériences d'inconfort, de douleur et de panique (Bergbom-Engberg & Haljamäe, 1989 ; Foster, 2010 ; Rotondi et al., 2002 ; Wang et al., 2008, cité dans Karlsson et al. 2011). Almerud et al. (2007) (cité dans Karlsson et al. 2011) mettent en avant un stress physique et mental chez le patient en état critique, qui se surajoute aux difficultés déjà présentes.

### 3.1.2. L'intubation oro-trachéale

L'intubation oro-trachéale consiste à placer une sonde dans la trachée afin de permettre la ventilation mécanique. L'extrémité supérieure ressort par la bouche et la partie inférieure se positionne sous les cordes vocales. Un ballonnet à l'extrémité inférieure permet d'assurer l'étanchéité des voies aériennes et d'éviter le passage de liquides vers les poumons. L'ensemble est ensuite relié au respirateur par des tuyaux et est attaché sur le patient autour de la tête à l'aide d'un lacet ou d'une mousse.

La sonde d'intubation obstrue la trachée et bloque le passage de l'air par les cordes vocales, ce qui rend impossible la phonation. Ses possibilités de communication sont alors limitées aux mouvements qu'il sera en mesure d'effectuer (mouvement des lèvres, des mains, de la tête...), aux outils mis à disposition par le soignant et à l'interprétation de ce dernier.

Ces différents éléments entraînent des difficultés à accéder à la perspective du patient et ses besoins (Happ et al., cité dans Kefalotse et al. 2016) et donc peut impacter la prise en soin.

Il arrive par ailleurs que le patient soit contentonné par les mains au lit pour limiter les risques d'extubation ; notamment lors des diminutions ou l'arrêt des sédations, ou lorsqu'il présente une agitation pouvant lui porter préjudice. Si cette notion de restriction des libertés ne sera pas étudiée dans ce MIRSI, elle renvoie à des réflexions d'éthique dans le soin et invite à se pencher sur la question du respect du patient.

Pour explorer la notion de respect, nous pouvons nous tourner vers la notion de dignité qui sera abordée dans la partie ci-après.

## 3.2. La dignité

*« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité »*

Article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948.

### 3.2.1. Définition

La dignité est un concept universel qui semble être reconnu par tous comme un élément intrinsèque à l'être humain. Ce principe guide les interactions humaines et est mû par la considération de l'autre comme semblable.

Cité dans de nombreux textes législatifs et philosophiques, le respect de la dignité est dit inaliénable. Cependant, bien que son respect soit légiféré, il n'y a pas de définition légale de la dignité, ni de consensus sur sa signification.

Le Conseil constitutionnel dans la décision n° 4-343/344 DC du 27 juillet 1994 précise cependant qu'il existe :

Un ensemble de principes au nombre desquels figurent la primauté de la personne humaine, le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie, l'inviolabilité, l'intégrité et l'absence de caractère patrimonial du corps humain ainsi que l'intégrité de l'espèce humaine ; que ces principes ainsi affirmés tendent à assurer le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine. (s.d)

La dignité semble indissociable de la notion d'humanité et de son respect. Elle concerne l'individu dans sa globalité, tant dans les aspects physiques qu'intellectuels.

Pour développer davantage ce principe, nous pouvons partir de la définition du dictionnaire Le Robert, selon laquelle la dignité est « le respect que mérite quelqu'un » et le « principe selon lequel la personne doit être traitée comme une fin en soi. ».

Selon l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (2015), « Par dignité, on entend la valeur et l'estime de chaque individu et elle est fortement liée au respect, à la reconnaissance, l'estime de soi et la possibilité de faire des choix. »

La dignité, pour Éric Fiat (2012), est ce qui définit l'individu en tant qu'être humain, qui a de la valeur et mérite un respect sans condition. Dans sa conception moderne, la dignité de l'homme serait relative à son degré d'autonomie, de maîtrise et d'indépendance.

Pour être plus précis dans les éléments qui caractérisent la dignité, Llorca (2005) indique qu'elle « doit être définie par la personne vulnérable elle-même ». C'est la personne qui, selon sa propre définition, va désigner les éléments représentatifs de sa dignité. Le soignant, en s'informant de ce qui est significatif pour le patient, va donc humaniser sa prise en soin et s'adapter à son patient pour le respecter

### 3.2.2. Législation

Le respect de la dignité est légiféré dans l'article 16 du Code civil : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. » (Loi n°94-653 du 29 juillet 1994)

Ce concept est inscrit dans le code de la santé publique régissant le métier d'infirmier, notamment dans l'article R.4312-3 du code de déontologie des infirmiers. Il y est indiqué que « l'infirmier exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches ». La sauvegarde de la dignité et l'apport de soins appropriés sont également relatés dans l'article R.4312-21 dans le cadre de la fin de vie.

Si le respect de la dignité est un devoir pour le soignant, c'est également un droit pour le patient, comme le précise le code de la santé publique dans l'article L1110-2 : « la personne malade a droit au respect de sa dignité ». La charte de la personne hospitalisée énonce parmi ses principes généraux que les établissements doivent mettre « tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne » et que le médecin doit sauvegarder la dignité du patient. Il est précisé qu'à cet égard « la prise en compte de [la] volonté [du patient] est essentielle ».

### 3.2.3. En application

Le patient hospitalisé est vulnérable et il n'est pas toujours maître de la situation et des soins qu'il reçoit. Selon Binet (2002) il s'agit de reconnaître la volonté humaine pour respecter la dignité. Par conséquent, il faut que l'individu soit mis en mesure d'exprimer sa volonté.

Lorsqu'il s'agit de prendre soin d'un patient, nous pouvons citer Duguet (2010), pour qui le respect de la dignité réside dans la « bonne volonté des soignants qui vont faire à la place du sujet les gestes de la vie courante et de l'intimité dans le respect des souhaits du malade ». Il faut donc lui permettre d'exprimer sa volonté pour le traiter selon ses convictions.

L'outil « ABCDE de la dignité », rédigé par Hoerni (2008), pose cinq points qui résument les essentiels au respect de la dignité d'autrui : l'attitude, la bienveillance, le comportement, le dialogue et l'empathie. L'attitude est définie par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs [SFAP] (2007) comme « une manière de tenir son corps, une conduite que l'on adopte en certaines circonstances déterminées ». Elle s'exprime à travers les discours énoncés, le ton de la voix, les gestes, postures, mimiques...

Pour les auteurs, la dignité est donc un concept qui régit le respect de l'individu et guide nos relations à l'autre. Elle ne s'acquiert pas, mais fait partie de ce qui fait de l'Homme un être humain.

Respecter une personne reviendrait à respecter sa dignité et son existence en soit, sur tous les aspects tant corporels que psychologiques et culturels. La dignité pourrait être mise en synonyme d'humanité, et son respect prend des formes variées.

### 3.3. Prendre soin

La définition du métier d'infirmier sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé<sup>4</sup> indique que l'infirmier est professionnel qui « réalise des soins destinés à maintenir ou restaurer l'état de santé de la personne malade ». Le soin peut quant à lui être défini comme « l'ensemble des actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou soigner autrui » (*Le dictionnaire des soins infirmiers* cité dans Debout, 2012). L'infirmier va donc être amené à aider la personne à prendre soin d'elle-même, lui apporter un service pour qu'elle se rétablisse ou atteigne ses objectifs. Divers courants donnent des lignes directrices pour bien s'occuper du patient. Nous retrouvons des principes tels que le « prendre soin », « le caring » ou « l'humanité » que nous allons expliciter et mettre en lien dans cette partie.

#### 3.3.1. Le principe du prendre soin

Le concept du prendre soin est au cœur de la pratique infirmière. Le soin, dans le langage médical, renvoie à « *to cure* », terme anglais qui signifie l'action de soigner ou faire guérir. Il est compris dans un sens curatif, en tant qu'acte réalisé sur le corps afin de réparer une déficience.

Mais le terme « prendre soin » renvoie également au « *caring* ». Selon Vigil Ripoché (cité dans Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011), « *caring* » signifie avoir une action dirigée vers quelqu'un, dans une attitude de sollicitude et d'attention. Prenant racine dans une philosophie humaniste et le système de valeurs associé, le « *caring* » regroupe ainsi l'acte de soin et la façon de se comporter envers l'autre, en ayant le souci de l'individu qui nous fait face. Pour cela, Vigil-Ripoché (2012) explique que le soignant doit associer à son action de soin une attitude intentionnelle d'écoute active, engageant une responsabilité sociale et morale.

L'attention qui est portée à autrui est dépendante du fait d'avoir soin de l'autre de se préoccuper de lui. Bernard Honoré dans son ouvrage *Prendre soin de la personne* (2020), exprime que prendre soin, c'est avoir une attention soucieuse portée à la personne soignée, qui est manifeste dans l'attitude et le comportement du soignant. Cette vision du soin est partagée par Roulin et Vignaux (2010), pour qui prendre soin revient à se centrer sur l'autre, s'en soucier et lui porter de la sollicitude.

---

<sup>4</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier>

W. Hasbeen (cité dans Vigil-Ripoche, 2012) parle également du prendre soin comme d'une attention portée à l'autre, mais précise qu'elle lui est spécifique puisque le soignant reconnaît la particularité de l'individu et de sa situation.

Soignant et soigné ne sont pas vus comme des acteurs donnant ou subissant, mais comme des êtres dont la dignité est en attente d'être reconnue et respectée. Prendre soin de l'autre revient donc à s'adapter à lui en prenant en compte les différentes dimensions qui le constituent. C'est avoir une vision holistique<sup>5</sup> de la personne. Le soignant reconnaît la personne comme semblable et singulière à la fois et est ainsi amené à personnaliser le soin. En faisant cela, le soignant montre qu'il a le souci de l'existence d'autrui au-delà de l'acte nécessaire pour pallier à ses difficultés.

### 3.3.2. Le principe d'humanité

Kant (cité dans SFAP<sup>6</sup>, 2007) préconise « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne d'autrui, toujours en même temps comme une fin et jamais seulement comme un moyen ». Cette vision se retrouve dans la philosophie de l'humanité. Son principe fondateur est le souci de l'humain pour l'humanité. Gineste (cité dans Luquel, 2008) définit le concept d'Humanité comme « l'ensemble des éléments qui font qu'on se sent appartenir à l'espèce humaine et qui font qu'on reconnaît un autre humain comme appartenant à la même espèce que nous ». Selon les auteurs, Gineste et Marescotti (2008) il s'agit donc à travers le prendre soin, de reconnaître l'humanité qui caractérise l'être humain. La communication est le pilier de la méthode d'humanité dans les soins et est décrite autour de trois canaux sensoriels que sont : le regard, la parole et le toucher (Luquel, 2008).

Appliquer le principe d'humanité reviendrait à accompagner le patient dans le respect de sa dignité puisqu'il invite à considérer l'individu en tant qu'humain, comme une fin en soi et non un objet des soins.

### 3.3.3. Le principe de « patient-focused care »

Le principe de « patient-focused care » pouvant être traduit par « soin centré sur le patient », est un concept cité par Irwin et Richardson (2006). Il regroupe quatre domaines à explorer afin d'apporter des soins adaptés à chacun. Ces domaines sont la communication avec le patient, le partenariat avec ce dernier, la promotion de la santé et les soins physiques. Le « patient-focused care » incite le soignant à envisager l'individu dans sa globalité, dans la continuité temporelle et non seulement en se basant sur les symptômes et la maladie. Cette prise en soin globale, dans tous les

---

<sup>5</sup> Holistique = qui s'intéresse à son objet dans sa globalité

<sup>6</sup> SFAP = Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

aspects de la vie, peut être rapprochée de la théorie des besoins de Virginia Henderson<sup>7</sup> en cela qu'elle amène à prendre soin de l'individu à plusieurs niveaux.

### 3.3.4. La théorie des besoins

Dans cette théorie, le rôle du soignant est de permettre au patient de retrouver « la santé » ; dans le sens d'être capable de combler ses besoins. Pour cela, l'infirmier peut être amené à suppléer ses fonctions et à agir de manières variées pour qu'il soit dans un état de complétude.

Parmi les 14 besoins fondamentaux décrits par Virginia Henderson, nous retrouvons le besoin de communiquer avec ses semblables. La communication a un double intérêt ; c'est à la fois un besoin fondamental et un moyen d'expression des autres besoins (par exemple pour exprimer la douleur ou l'inconfort).

## 3.4. La communication

La communication ressort dans le concept de prendre soin, comme un élément qui participe à l'humanisation du soin et au respect de la dignité du patient. Nous allons à présent explorer ce concept sur le plan théorique puis dans l'application avec les patients intubés et éveillés en réanimation.

### 3.4.1. Théorie de la communication

Selon Shannon et Weaver, la communication est le transfert d'un message d'une source émettrice à un destinataire récepteur. Le message va être codé pour passer à travers un canal (auditif, visuel...) puis être décodé. Il peut être perturbé par des « bruits » ou interférences. Une boucle de feedback va être émise de la part du récepteur vers l'émetteur afin de permettre l'ajustement de la communication.

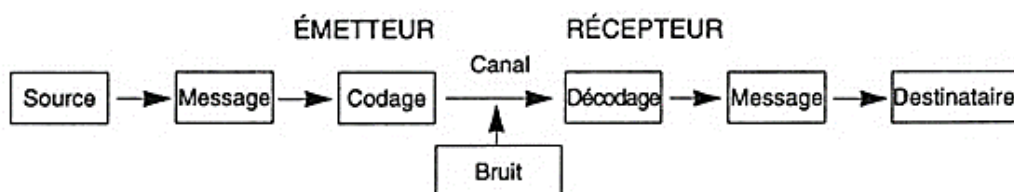


Figure 1: Modèle de Shannon et Weaver.

Tiré de : *De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles.* Picard D., 1992. p.70

La perspective psychosociologique de la communication précise que le message verbal n'est qu'une partie des messages transmis dans la communication. Un grand nombre d'informations passent par des voies non verbales comme les gestes, les postures et mimiques, c'est ce que Picard (1992) appelle la multicanalité dans la communication.

<sup>7</sup> <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsij/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>



Dans les échanges, le codage et décodage du message vont être dépendants de chaque individu. Roulin et Vignaux (2010), dans leur définition du prendre soin, expliquent que pour reconnaître la subjectivité de chacun il faut « rechercher ce qui fait du sens pour l'autre ». Cette quête de sens est au centre de la communication. En reconnaissant que le patient a une vision du monde particulière, il devient possible d'essayer de comprendre ce qu'il exprime, en cherchant le sens des signes et mots isolés qu'il arrive à produire.

De la part du soignant qui sera tour à tour émetteur et récepteur dans l'échange, l'écoute va au-delà de la seule perception auditive. C'est un processus actif dans lequel il portera son attention à l'autre (Karlsson et al., 2011). Bien que le patient ne puisse pas s'exprimer oralement, le soignant sera en posture d'écoute et il observera les mouvements et expressions faciales du patient.

En soins infirmiers, Fredriksson (cité dans Karlsson et al., 2012) explore le concept de « *Caring conversation* ». Cette communication demande deux prérequis : être présent et être avec. « Être présent » dans le sens d'être physiquement aux côtés du patient, être dans la compréhension et la communication avec lui. Cela demande d'être attentif et sensible au langage corporel du patient et à ses besoins. Dans la notion d'« être avec », les auteurs spécifient que l'infirmière doit être disponible et à disposition du patient. Cela implique une rencontre intersubjective entre les deux individus et nécessite la volonté de s'investir et d'échanger leurs expériences.

### 3.4.2. La communication avec les patients intubés

La communication joue un rôle important dans la considération d'un individu. La SFAP<sup>8</sup> dans *Relation d'aide en soins infirmiers (2007)*, définit d'un point de vue philosophique la personne comme un être raisonnable, dans le sens où il est libre et parlant. L'être humain étant fondamentalement un être social, le priver de sa capacité à communiquer par la parole, conduit à une *déshumanisation* selon Gineste et Marescotti (2008). Cette notion peut être rapprochée des témoignages des patients de l'étude de Carroll (cité dans Karlsson et al. 2011). Ils racontaient que l'expérience d'être sans voix revenait à une perte de liberté et de personnalité.

La spécificité dans la communication avec un patient intubé est que le canal du langage verbal oral est inutilisable par le patient. Lorsqu'il est en position d'émetteur, si oraliser est son moyen d'expression habituel alors la transmission de son message se retrouve perturbée. Le feedback qu'il peut renvoyer en tant que récepteur est également amenuisé par la diminution de ses possibilités physiques.

---

<sup>8</sup> SFAP= Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

L'article de Kefalotse (2016), concernant la communication avec les patients ventilés, fait ressortir que ceux-ci trouvaient la communication difficile. Ces difficultés entraînaient de la peur et de la colère pour les patients, ainsi que du stress et de la frustration pour les soignants (Alasad & Ahmad 2005, cité dans Kefalotse, 2016). Les patients exprimaient après leur période d'intubation, des sentiments négatifs et de frustration. Khalaila et al. (2011) (cité dans Kefalotse, 2016) ont trouvé que l'incapacité à parler était le plus haut prédicteur d'une détresse psycho-émotionnelle chez ces patients.

### 3.4.3. Communication infirmière en soins intensifs

Le contexte de la réanimation peut être un obstacle dans la communication selon Kefalotse (2016). Pour elle, le milieu des soins intensifs rend complexe l'adaptation au patient de par la cadence de soins rapide et le fait que ce soit un environnement dans lequel les minutes peuvent être comptées.

Happ et al. (2001) ont étudié les situations de communication avec les patients intubés et non sédaté et ont trouvés que celles-ci étaient brèves et centrées sur les besoins et l'évaluation par l'infirmière. L'aspect court a été démontré par Nilsen et al. (2013) (cité dans Kefalotse, 2016) lorsqu'ils ont chronométré la durée des discussions entre les patients intubés et les infirmières. Il en ressort que la majorité des échanges duraient entre 0 et 123 secondes.

La communication avec les patients intubés est rapportée par les infirmières de l'étude de Laekner et al. (2015) comme à la fois exigeante et valorisante. Exigeante par le besoin constant d'attention au patient en même temps qu'il faut gérer les soins physiques. Et valorisante par la satisfaction de pouvoir interagir et adapter les soins au bénéfice du patient. Karlsson et al. (2012) rapporte qu'à cause des difficultés de communication, certains infirmiers sont amenés à garder leur distance vis-à-vis du patient et s'occuper uniquement des tâches nécessaires sans se préoccuper du bien-être du patient.

Selon les études, les infirmières ayant des lacunes en capacités communicationnelles sont moins capables de comprendre ce qu'exprime leur patient et sont plus à même de faire échouer la communication ou de prendre de mauvaises décisions (Carroll, 2007 et Laakso et al., 2009 ; Magnus et Turkington, 2006 ; Happ, 2001, cité dans Kefalotse, 2016). Ce manque d'habileté communicationnelle était caractérisé par des infirmières qui répétaient ou renvoyaient rarement les essais de communication du patient ; qui assistaient le patient physiquement pour chaque réponse ou qui faisait délibérément échouer la communication (Happ et al., 2011, Karlsson et al., 2012).

La raréfaction des échanges est aussi rapportée par les patients comme pouvant relever de leur propre volonté. Ils expliquaient qu'ils abandonnaient et esquivait fréquemment la communication

afin d'éviter la frustration de l'échec de compréhension et limiter l'effort inutile (Magnus et Turkington, 2006 cité dans Kefalotse, 2016).

Cette frustration a été mise en exergue par Meriläine et al. (2013) (cité dans Kefalotse, 2016). Ils ont trouvé qu'une communication inadaptée ou centrée sur la tâche, n'incluant pas de communication verbale, frustrait le patient ventilé et avait des conséquences négatives pour le patient et le soignant. Parmi les conséquences, Karlsson et al. (2012) ont relevé chez les patients de l'anxiété, de l'inquiétude, de la peur et un sentiment de menace pour sa vie lorsque l'infirmière était absente ou inattentive dans la communication.

À l'inverse, une communication adaptée permet des réponses émotionnelles positives de la part des deux protagonistes selon Magnus et Turkington (2006) (cité dans Kefalotse, 2016). Pour Khalaila et al. (2011) (cité dans Kefalotse 2016) une communication adaptée dépend de l'association de différents moyens de communication, à la fois physiques (serrer la main, secouer la tête, lecture labiale, expression faciale) et verbaux. Cet ensemble permet à la communication d'avoir un effet positif sur les patients en réduisant leur niveau d'angoisse.

Pour conclure, nous avons pu voir dans cette partie que la communication est un acte qui crée du lien entre le soignant et le patient. La communication peut être à la fois source de bien-être comme d'émotions négatives et elle tient une place importante dans la relation de soin.

#### **4. Méthodologie des entretiens**

Le cadre conceptuel ayant été posé, nous allons pouvoir nous intéresser à l'exploration empirique. Afin de poursuivre mon travail de recherche, j'ai été à la rencontre de professionnels de terrain par la réalisation d'entretiens, afin d'amener des éléments concrets à mon exploration théorique.

Les deux entretiens, réalisés par visioconférence, ont chacun duré une vingtaine de minutes. J'ai choisi de les mener de manière semi-directive en posant des questions ouvertes (cf. guide d'entretien en annexe I) afin de permettre des échanges plus libres avec les professionnels et approfondir certains points lorsque nous en ressentions le besoin. Au début de chaque entretien, l'anonymat et la confidentialité ont été garantis auprès des infirmières. Le tutoiement avait été suggéré d'emblée par les professionnelles et a permis d'instaurer rapidement un climat de confiance et une certaine proximité dans le sens où nous étions sur un échange entre soignant plutôt qu'entre étudiant et professionnel.

Dans un souci de confidentialité, nous nommerons dans l'analyse les infirmières : IDE 1 et IDE 2. L'IDE 1 exerce dans un service de réanimation chirurgicale depuis 10 ans et est diplômée depuis 2008. L'IDE 2 travaille en réanimation polyvalente depuis 9 ans et est diplômée depuis 2011. Vous pourrez retrouver dans l'analyse les propos de l'IDE 1 en *italique*, et ceux de l'IDE 2 en **gras**.

Pour la structure de l'entretien, j'ai tout d'abord souhaité aborder la question de la réanimation pour repérer l'influence du contexte. Puis nous avons échangé autour du prendre soin et les spécificités liées au patient intubé et éveillé. Ensuite, je leur ai demandé des exemples de situation de communication respectueuse et irrespectueuse afin d'avoir leurs représentations. Enfin, j'ai fait le choix de poser ma question de départ en fin d'entretien pour que les infirmières puissent exprimer leur avis et aborder le sujet de la dignité.

L'objectif de cette analyse va être d'identifier, dans les discours, les éléments respectueux et irrespectueux de la dignité du patient dans la pratique infirmière, comprendre l'importance de la communication infirmière et la spécificité dans la prise en soin d'un patient intubé et non sédaté.

## 5. Résultats

En premier lieu, les infirmières ont défini la réanimation comme étant un service lourd et très technique. L'IDE 2 ajoute qu'il y existe un équilibre avec le relationnel dans la « **prise en charge globale** » allant jusqu'à l'entourage. L'IDE 1, quant à elle, évoque plusieurs fois la difficulté psychologique et physique de l'exercice dans ce domaine, car « *la médecine a des limites* » et qu'il n'est pas possible de sauver tous les patients.

Pour expliquer la particularité des patients pris en soin en réanimation, L'IDE 2 cite la définition légale de la réanimation, parlant des défaillances d'organes mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une suppléance des organes. L'IDE 1 parle de patients « *très fatigués* », qui arrivent « *souvent en bout de course* » et sont « *en souffrance* ». Les patients peuvent rester plus ou moins longtemps selon leur état, de « *24-48h* » à « *un an* ». Ils sont techniqués avec des cathéters et voies veineuses. Ils sont monitorés et peuvent être intubés. Elle précise que l'intubation peut amener des complications telles que des infections pulmonaires, c'est pourquoi ils essayent d'extuber les patients le plus tôt possible.

Sur un aspect plus pratique, l'IDE 1 indique qu'elle est amenée à avoir entre 2 et 4 patients en soin et qu'il y a une présence médicale à toute heure du jour et de la nuit. Son service dure 12h. Elle précise les indications de la réanimation spécifiques à son établissement, c'est à dire essentiellement

des interventions chirurgicales cardiaques et pulmonaires et des poses de circulations extracorporelles.

Les deux infirmières évoquent leur attachement fort au service, ajoutant qu'il faut de la passion pour y exercer.

### 5.1. La communication

La spécificité dans la communication avec le patient intubé et non sédaté est d'après les deux infirmières qu'il ne peut pas parler. La communication est définie par l'IDE 2 comme le moyen de « **créer la relation** » avec le patient. Elle évoque l'importance de la communication non verbale, passant par la posture et le regard. Sans la nommer, l'IDE 1 parle de cette communication non verbale lorsqu'elle rapporte les modalités qu'elle utilise au quotidien pour converser avec les patients. Les deux professionnelles disent que les échanges passent essentiellement à travers des questions fermées comme « **est-ce que vous avez mal ?** », des mouvements de la tête pour indiquer « *le oui, le non* » et par des lettres pointées sur un tableau afin de reconstituer des mots.

L'IDE 2 explique que l'infirmière va être majoritairement à l'origine de l'échange puisque le patient a des capacités limitées pour attirer l'attention. Elle précise que c'est en regardant le patient qu'il est possible de communiquer. Car selon elle, si l'infirmière ne regarde pas le patient « **il ne peut pas te parler** », « **tu ne l'entendras pas** » et « **tu ne comprendras pas** ».

Les conséquences des spécificités de communication avec le patient intubé sont multiples. En premier lieu, les infirmières rapportent la difficulté de communiquer avec ce patient non oralisant. L'IDE 1 dit que « *ça va être plus difficile* » tandis que l'IDE 2 explique que « **c'est moins évident** », « **différent** » et « **moins fluide** ». L'IDE 2 rapporte à plusieurs reprises que cela requiert de la patience et qu'établir un système de communication efficace par la relation demande plus de temps qu'avec un patient lambda.

Les deux infirmières expliquent que malgré les difficultés de communication, il est possible de comprendre le patient. Pour l'IDE 2, une fois que la relation est mise en place, « **ça marche vachement bien** ». L'IDE 1 explique qu'elle a la sensation d'avoir bien travaillé quand elle « *réussit à comprendre* » le patient. Cependant, les échanges sont amoindris, « **les choses ne sont pas dites** » notamment, car le patient n'arrive pas toujours à se faire comprendre. Cette difficulté à communiquer pour le patient amène selon les deux infirmières des non-dits par abandon du patient qui « *en à ras le bol* » ou « **qui n'auront pas envie** ».

L'IDE 1 évoque l'importance du travail en équipe dans les situations d'incompréhension, car cela permet de passer le relais et une autre personne arrivera peut-être à comprendre le patient.

L'IDE 2 met en garde sur le fait qu'il est rapide d'oublier de communiquer avec les patients intubés et qu'il faut y être attentif. Elle insiste sur la réflexion du soignant et son implication dans la communication. Elle explique de plus que ce type de communication n'est pas instinctif, que cela se « **travaille avec le temps** » et qu'il faut « **l'entretenir** ».

## 5.2. Prendre soin

Pour l'IDE 2, le prendre soin englobe à la fois les aspects physiques et psychiques du patient. L'IDE 1 raconte que pour prendre soin de ses patients, elle essaye de s'imaginer à leur place ou projette l'image d'un proche en se demandant « *comment j'aimerais qu'il soit traité* ».

Pour les deux infirmières, la prise en soin passe par des soins physiques, essentiellement autour du confort du patient. Elles rapportent des soins d'hygiène et de prévention dans lesquels elles portent plus d'attention ; par exemple en réalisant un « *petit massage* » au décours d'une prévention d'escarre ou en réalisant un soin de bouche ou un rafraichissement supplémentaire.

La communication revient à plusieurs reprises dans le discours des infirmières autour du prendre soin. Que cela soit pour s'assurer du confort du patient et de l'absence de douleurs afin d'ajuster les soins physiques ; ou pour améliorer le moral du patient par l'humour. L'IDE 1 insiste sur le rôle de la réassurance du patient, par la parole et par les gestes, par exemple en « *lui prenant la main quand il est inquiet* ». En effet, cela renvoie à l'importance du prendre soin psychique du patient intubé que les deux infirmières rapportent comme élément indispensable à l'amélioration de son état de santé. Pour elles, un des objectifs des soins en réanimation est que le patient puisse respirer par lui-même et être extubé afin d'avancer vers le rétablissement. Cependant, un « **patient qui n'est pas bien psychologiquement, ça ne marchera pas physiquement** », car il ne sera pas en de bonnes dispositions pour faire l'effort respiratoire ou risquera d'avoir un comportement préjudiciable pour lui-même.

L'IDE 2 évoque la personnalisation des soins en prenant en compte les préférences des patients et en cherchant des activités à leurs goûts. Elle dit par exemple qu'elle essaye de trouver quelque chose « **qu'il aime bien à la télé** » ou de faire des blagues lorsque le patient est réceptif.

Elles abordent ensuite la solitude des patients en réanimation en expliquant qu'il « **n'est pas évident d'être seul(e) dans sa chambre** » et qu'elles sont « *un petit peu leur lien* » en ces temps de crise sanitaire avec la restriction des visites.

Concernant l'intubation, les deux infirmières tiennent le même discours : il n'est pas confortable et aisé de supporter le dispositif en étant éveillé. En cas d'agitation les soignants peuvent être amenés à « **contentionner les mains** » ou « *sédater* » le patient pour limiter la mise en danger. L'état clinique du patient peut également entraîner des limitations de mouvements avec la « *neuropathie de*

*réanimation* » et nécessiter un positionnement spécifique comme la position demi-assise. Les infirmières insistent sur l'inconfort de ces situations et l'importance d'accompagner le patient.

Enfin, les infirmières considèrent que prendre soin d'un patient intubé et éveillé est « *particulier* » et « **plus difficile** ». L'IDE 2 précise qu'il faut leur porter plus d'attention que pour un patient lambda afin de les prendre en soin.

### 5.3. Dignité

L'IDE 2 explique que la dignité consiste à reconnaître que « **le patient est un être humain** » et le « **considérer en tant que personne** », en le regardant et en prenant le temps de communiquer avec lui.

Concernant les réponses sur les situations de communication respectueuses et non respectueuses du patient, il s'avère que les propos reprennent les thèmes abordés ci-avant et sont intriqués.

#### 5.3.1. Respect

Pour les infirmières, le respect dans la communication avec le patient débute dans l'intention d'échange du soignant, par l'écoute qu'il va apporter. L'IDE 1 explique que même si elle ne comprend pas ce que rapporte le patient, elle lui dit « *on va essayer* ». L'IDE 2 met un point d'honneur à s'adresser directement au patient, « **c'est ton patient, dis-lui bonjour, dis-lui que tu t'occupes de lui** » et à lui parler. Elle exprime l'importance du regard posé sur le patient, qu'il lui soit dédié en priorité, avant l'aspect technique des surveillances et soins. Elle indique que le respect de l'individu est indissociable de la protection de son intimité et la considération de sa volonté. Par exemple, elle cite plusieurs fois en parlant des soins qu'il faut « **demander si tu as le droit de le faire** » afin de lui rendre « **sa propriété de corps** ».

Prendre le temps avec le patient ressort comme un élément essentiel dans la prise en soin respectueuse, que ce soit lors des soins physiques pour aller au rythme du patient, que lors des soins relationnels afin qu'il puisse s'exprimer.

Plusieurs situations de réassurances sont relatées par les deux infirmières lorsqu'elles évoquent une communication respectueuse. Différentes modalités sont énumérées. La réassurance peut passer par la parole et l'attitude, « *en essayant de leur parler calmement* », par les gestes, par la présence au lit du patient « *si on est auprès d'eux, ça les rassure* »...

L'IDE 1 rappelle qu'il faut accepter ses limites pour « *passer la main* » et assurer un soin de qualité au patient. En effet, si un professionnel ne comprend pas le patient, un autre peut

potentiellement réussir et permettre une action adaptée. Elle formule également sa ligne directrice pour être respectueuse ; c'est en se demandant de quelle manière elle souhaiterait qu'un de ses proches soit traité, qu'elle définit le comportement à adopter avec ses patients.

La manière de s'adresser au patient est évoquée aussi bien dans les situations respectueuses qu'irrespectueuses. Elle est respectueuse si l'infirmier s'adresse à la personne en employant son nom et irrespectueuse s'il est nommé par une caractéristique. Lors de la communication entre professionnels, il peut être considéré comme acceptable de parler d'un patient en l'intitulant par sa pathologie ou le numéro de chambre, mais il est inacceptable de parler de manière péjorative d'un élément distinctif comme « l'autre poivrot là ».

### 5.3.2. Irrespect

En lien avec la manière de s'adresser au patient, le contenu et la forme du discours impactent le respect du patient. Selon l'IDE 1, si le ton est agressif ou les propos inadaptés dans le sens qu'ils n'apportent pas de soutien ou de solution au patient, alors c'est irrespectueux. Par exemple, elle cite à plusieurs reprises « *dire qu'on a autre chose à faire* » ou « *vous me fatiguez* ». Elle explique que les propos évoqués précédemment sont souvent accompagnés d'une absence de recherche de compréhension de la part de l'infirmière, qu'elle ne va « *pas essayer de comprendre* » ou ne « *pas être à l'écoute* ».

Pour l'IDE 2, l'irrespect passe majoritairement par l'absence de communication avec le patient, ne pas s'enquérir de ses besoins, ne pas l'informer des soins qui vont être faits ni s'assurer de son consentement. Par exemple, elle relate que si « **tu lui demandes pas, c'est pas respectueux** ».

Les deux professionnelles rapportent que ne pas prendre le temps avec le patient et ne pas le regarder sont des faits irrespectueux.

### 5.3.3. Explications

Les causes principalement abordées en lien avec un manque de respect vis-à-vis des patients sont du ressort de la spécificité du service de réanimation. En effet, les infirmières rappellent que les conditions sont difficiles et les soins pointus, ce qui requiert une attention particulière. L'IDE 1 évoque le manque de matériel et de personnel, tandis que l'IDE 2 insiste plutôt sur les sollicitations des machines avec la profusion d'informations. Elle mentionne qu'il y a « **tellement de technique, que ça peut vite prendre le pas sur l'humain derrière** ».

Vient ensuite le manque de temps des soignants, que les deux infirmières rapportent comme régulier en réanimation. Elles évoquent « *être plus débordée* » ou être « **dans le jus** » et que cela



impacte le respect du patient. L'IDE 1 mentionne des situations où l'un de ses patients se dégrade, nécessitant la présence en continu de l'infirmière, au dépit du temps passé auprès des autres.

L'IDE 2 explique que le respect dépendant du soignant, dans le sens où celui-ci évalue les situations à travers son « **prisme de valeur** » et que tout le monde ne fixe pas la frontière au même endroit. Lorsqu'elle aborde la manière de parler d'un patient entre professionnels, elle indique que si elle ne trouve pas irrespectueux le fait de l'évoquer par le numéro de chambre c'est, car elle « **considère physiquement impossible de se rappeler tout le temps des noms de tout le monde** ». L'IDE 1 évoque également la limite humaine comme raison à l'irrespect. Selon elle, esquiver la communication ou l'observation du patient « *va être la solution de facilité* » lorsque le soignant n'a pas la motivation de faire plus.

De plus la fatigue est relatée par les professionnelles comme à l'origine de situation irrespectueuse, car elles auront « *moins de patience* » en étant « **épuisée** ».

Ensuite, l'IDE 2 évoque la « **routine de boulot** » comme les habitudes qui rendent les gestes plus anodins. Elle raconte pour exemple une situation où elle devait « **juste poser** » un traitement par intraveineuse au patient. Elle est alors rentrée dans la chambre, a effectué sa tâche et est ressortie ; sans avoir parlé au patient et indiqué la raison de la venue. Pour elle, le quotidien fait que la communication « **peut très vite être oubliée** ».

Pour finir, la vulnérabilité du patient intubé est soutenue par l'IDE 2 comme quelque chose qui fragilise sa dignité. Son incapacité à oraliser et s'exprimer librement sans l'attention particulière du soignant, fait qu'il ne peut « **pas dire** » et qu'il « **ne pourra [pas] faire respecter [sa dignité] lui-même** ».

Pour conclure cette partie d'analyse descriptive des entretiens, nous pouvons relever que les infirmières ont des avis similaires sur la spécificité de la communication avec le patient intubé et sur l'importance du prendre soin physique et psychique. Leurs visions de ce qui relève du respect et sur les raisons qui amène au manque de respect du patient se recoupent également. Nous allons à présent interpréter les résultats à la lumière des recherches théoriques.

## **6. Discussion**

Dans cette partie, nous mettrons en lien ce qui ressort des recherches théoriques et empiriques, ainsi que mon positionnement professionnel. Nous essayerons de répondre à la question : en réanimation, en quoi la communication infirmière participe-t-elle au respect de la dignité du patient intubé et non sédaté ?

Il ressort en premier que les notions de communication, prise en soin et dignité sont liées les unes aux autres. Le respect de la dignité passe par la communication et la manière de prendre en soin du patient. La bonne prise en soin est indissociable des échanges verbaux avec l'individu, puisque pour adapter les actions, il faut s'enquérir de l'avis et des besoins de la personne soignée. Dans la continuité, la communication est essentielle à la prise en soin psychique du patient, dont la nécessité en réanimation est soulignée par les infirmières au même titre que les soins physiques.

Pour re-contextualiser ce travail, la réanimation apparaît comme un lieu d'exercice riche et complexe. Elle requiert de la part des soignants un investissement physique et psychique. En effet, les soignants sont confrontés à des situations difficiles émotionnellement et techniquement, avec une pression temporelle et intellectuelle forte pour maintenir un niveau de soin adapté aux patients en phase aiguë. Je pense que cela en fait est un environnement particulier qui amène à repenser la manière de respecter la dignité de l'individu.

Si nous reprenons la conception moderne de la dignité de Fiat (2012), un patient en réanimation, qui n'a pas de maîtrise sur les éléments et dont l'autonomie est extrêmement limitée de par son état de santé ; aurait perdu, si la dignité était quantifiable, une grande partie de celle-ci. En effet, le patient intubé a des capacités d'expression limitées qui le mettent en difficulté pour faire connaître ses besoins et volontés. Par conséquent si nous reprenons la définition de Duguet (2010), il est difficile pour le patient de se faire respecter selon sa propre définition de ce qui le rend digne. Cet aspect d'incapacité à faire respecter sa dignité par soi-même est évoqué par l'IDE 2. Elle exprime qu'il est du rôle de l'infirmier de reconnaître la volonté du patient en lui demandant l'autorisation pour les soins et ses préférences. Cela va dans le sens du respect de la dignité du patient selon la définition de Binet (2002).

Dans son entretien, l'IDE 2 a défini la dignité comme le fait de considérer le patient en tant que personne et être humain. Cette vision correspond à la définition de la dignité comme élément distinctif de l'humanité que nous avons pu voir précédemment et à laquelle je me rattache.

Je définirai la dignité comme un élément inaliénable constitutif de l'humanité. Son respect signifie qu'il faut considérer l'autre comme son égal et reconnaître sa spécificité en tant qu'individu, libre de ses choix. Le soignant est ici le regard extérieur sur un patient qui peut être en difficulté pour percevoir sa propre dignité dans le contexte de soins aigus. Par son étayage psychique et physique, il va œuvrer auprès du patient en situation de dépendance afin de l'amener vers l'autonomie. Bien au-delà de la communication, je pense que le respect de la dignité du patient doit se retrouver dans la volonté du soignant et s'inscrire dans ses actions. Ainsi, un patient en réanimation est tout aussi digne qu'une autre personne. Le patient respecté n'est pas considéré comme un objet de soin, mais comme une fin en soi, qui mérite estime et attention dans chaque acte, dont la communication.

Le concept de dignité guide les actions des soignants envers les patients. Je pense que l'IDE 1 évoque son système de valeurs lorsqu'elle pense à la manière dont elle souhaiterait que ses proches soient soignés. Elle est empathique envers le patient en essayant de lui apporter les soins qu'elle pense être le mieux pour eux. Chacun a sa propre représentation de ce qui est respectueux ou irrespectueux, digne ou indigne. C'est à travers notre prisme de valeur que nous voyons et interprétons le monde, et donc agissons. Je pense que ce prisme de valeur se développe dès la prime enfance et est amené à se développer à mesure des expériences. En sensibilisant les soignants à la question de la dignité dans les soins et la communication, notamment à travers les études donnant la parole aux patients sur leurs ressentis, il serait donc possible d'améliorer le respect des patients.

Lorsque l'IDE 2 insiste sur l'importance du regard destiné au patient, cela m'évoque la vision de la dignité selon Hegel. Il exprime que sa « dignité se trouve dans le regard qu'autrui porte sur moi » (Hegel cité dans Gruat, 2012). Le regard permet, avec la communication verbale, d'établir une relation avec le patient. Les études montrent que les yeux sont l'une des premières choses que l'humain observe chez un semblable (Farroni et al., 2002). Les émotions peuvent s'exprimer à travers eux et les mouvements du visage, en faisant un outil indispensable en communication. En ces temps de crise sanitaire où le port du masque est constant, le regard est d'autant plus important dans les échanges. Pouvant être bienveillant ou porteur de jugement, le regard du soignant influence la manière de prendre en soin le patient et de le respecter.

Dans le cadre de la communication avec le patient intubé, le regard prend une valeur supplémentaire puisqu'il n'est pas possible de comprendre le patient si nous ne le regardons pas. Ce type de communication requiert l'entière disponibilité de l'infirmière pour avoir un regard focalisé sur l'individu. Cette attention accrue du soignant lui permettra de repérer les tentatives de communication et d'y répondre. Les échanges sont considérés par les infirmières comme plus complexes qu'avec un patient oralisant, car ils demandent d'établir un système de communication plus long à se mettre en place. Les infirmières interviewées rapportent que les patients et les soignants peuvent abandonner la communication face aux difficultés de compréhension. J'ai également expérimenté ce genre de situation et cela ressort dans les études de Magnus et Turkington (2006) (cité dans Kefalotse, 2016). Je me sentais impuissante et n'ayant pas les outils nécessaires pour faire face aux situations d'incompréhension. Dans mes échanges avec les patients, ce que j'ai ressenti de plus frustrant était la limitation des sujets abordés. En effet je ne pouvais pas avoir accès en détail à ce qu'il souhaitait dire puisqu'il lui était difficile d'explicitier. Les discussions n'étaient donc pas très développées et j'avais la sensation de ne pas accompagner de manière efficiente le patient sur le plan psychologique.

Au cours de mes études, j'ai appris l'importance du silence dans la communication. Le positionnement soignant peut amener à se taire afin de laisser la place au patient de s'exprimer à son rythme. Mais ici, le silence du patient se faisait parfois pesant. Cela a fortement été remis en question lors des échanges avec les patients intubés puisque si je ne mettais pas en mots ce que j'interprétais des signes, je ne pouvais pas être sûre de comprendre. Le fait de poser de nombreuses questions fermées pour essayer de préciser les attentes du patient ne m'était pas naturel. J'avais la sensation de ne pas savoir quelles questions poser, quels pouvaient être les besoins. Au fur et à mesure des échanges, tant avec les patients que les familles et les soignants, la communication est devenue plus aisée. Les conseils généraux permettaient d'ébaucher le sujet ; les informations données par les proches ou les collègues aidaient à le préciser. Mais c'est essentiellement un travail commun d'adaptation, de la part du patient et du soignant, qui permettait d'arriver à une compréhension. En statuant sur la signification des signes, nous réalisons notre propre système de communication. Et cela demande du temps et une continuité dans les soins qui ne sont pas toujours aisés à avoir.

Ce sujet de la temporalité est relaté à de nombreuses reprises par les infirmières comme une difficulté. En réanimation, le temps peut rapidement manquer avec l'urgence et les soins chronophages. Cela impacte la proportion temporelle dédiée uniquement à la communication et donc potentiellement le respect du patient. Ce temps d'échange court entre les infirmiers et les patients intubés en réanimation a été démontré dans les études citées dans le cadre conceptuel (Happ et al., 2001 ; Nilsen et al., 2013).

Les infirmières expliquent que bien prendre en soin et respecter la dignité passe par le fait de prendre le temps aux côtés du patient. En prenant le temps, elles peuvent se focaliser sur lui, le rassurer, lui apporter des soins de confort supplémentaires, échanger plus longuement. À l'inverse, elles expriment que ne pas prendre le temps et dire au patient qu'elles ont autre chose à faire est irrespectueux envers ce dernier. Je pense que l'irrespect va dépendre de l'intention derrière les propos exprimés plutôt que dans le manque de temps. Si le soignant manque réellement de temps, alors une communication adaptée pourrait permettre de respecter le patient malgré le fait que le soignant ne puisse pas s'attarder à ses côtés. Par exemple, si le patient a une demande que le soignant ne comprend pas ou que ce dernier n'est pas dans les dispositions nécessaires y répondre dans l'immédiat, alors je ne pense pas irrespectueux d'exprimer cette réalité. L'important va être d'employer une attitude adéquate et de mettre en place des actions pour permettre la continuité des soins ; par exemple en passant le relais à des collègues ou en revenant plus tard.

Respecter la dignité du patient dans le prendre soin et la communication demande à ce que le soignant soit en disposition de le faire et ai les clefs pour établir une bonne relation. La fatigue, la

charge mentale et la pression temporelle sont autant de difficultés pour le soignant pour avoir une attitude adaptée envers le patient. Les individus vont naturellement mettre en place des mécanismes de défense pour se préserver, comme l'évitement qui est évoqué par l'IDE 1. Cependant, cela peut altérer le respect de la dignité du patient. C'est pourquoi il est important d'être formé et accompagné. Il faut que l'équipe puisse dialoguer afin d'identifier, prendre conscience de ces mécanismes et réagir pour le bien-être du patient. En reconnaissant ses limites, comme l'explique l'IDE 1, il est possible d'assurer de meilleurs soins, notamment en demandant de l'aide et en bénéficiant de la force du travail d'équipe. Je pense que réfléchir à sa pratique professionnelle et à ses réactions avec le patient est indispensable pour pouvoir travailler sereinement et faire face aux situations complexes que le métier d'infirmier amène à rencontrer.

Je retire de cette analyse que la communication infirmière permet d'être respectueux de la dignité du patient. Elle passe par une attitude adaptée qui regroupe tant la manière de s'adresser au patient dans l'intonation et le choix des mots que le positionnement à ses côtés et la manière d'entrer en contact avec lui. Le soignant doit être attentif au patient, être à l'écoute et disponible. Il lui laisse le temps de trouver les mots et de les exprimer ; il le rassure et l'encourage. L'intention du soignant de respecter le patient est indispensable à une bonne communication et inversement, une communication adaptée permettra le respect de sa dignité. Il ressort cependant des études que la seule volonté d'être respectueux, bien qu'elle soit la base, n'est pas suffisante pour apporter concrètement des soins respectueux du patient. C'est pourquoi, si je devais poursuivre ce mémoire, j'explorerais davantage l'impact des compétences relationnelles des soignants dans leur aptitude à être respectueux de la dignité du patient. Ma question de recherche sera alors :

**En quoi les compétences relationnelles des soignants peuvent-elles être développées afin de favoriser le respect de la dignité du patient ?**

Ce travail présente plusieurs limites. Premièrement, les infirmières interrogées avaient toutes les deux une expérience d'une dizaine d'années. Il aurait été intéressant d'interroger un jeune diplômé pour qui les notions ont été étudiées récemment et potentiellement une personne avec davantage d'expérience pour comparer. Il s'avère que l'IDE 2 avait un intérêt particulier pour le sujet puisqu'elle avait réalisé son mémoire de fin d'étude sur une thématique similaire. Ses réponses allaient davantage dans le sens des recherches théoriques et montraient une sensibilisation à ces questions d'éthique professionnelle. Lors de la conduite des entretiens, il aurait été pertinent de demander clairement à la première IDE quelle était sa définition de la dignité et si elle avait un intérêt pour le sujet afin d'avoir plus d'éléments comparatifs.

## Conclusion

De la question de départ à la question de recherche, j'ai toujours eu un intérêt fort pour ce sujet d'étude. Les lectures passionnantes et les rencontres m'ont permis de cheminer autour du sujet du respect de la dignité du patient et de l'importance de la communication dans la pratique infirmière.

Il est pour moi du rôle infirmier que de veiller au respect la dignité du patient, au même titre que de compenser ses fonctions vitales. La communication est un élément essentiel et qui intervient à plusieurs niveaux dans le métier d'infirmier. Elle est indispensable à la prise en soin holistique et se doit d'être adaptée pour être respectueuse. En cela, j'entends que l'infirmier doit s'intéresser au patient et le considérer comme son égal pour s'accorder dans la relation. L'attitude d'écoute active et bienveillante, la prise du temps nécessaire et l'intention de comprendre sont les éléments principaux qui font que nous respectons le patient par la communication. C'est en donnant de la valeur à son discours que nous mettons en application la reconnaissance de sa dignité.

L'aboutissement de ce travail m'encourage à m'investir encore davantage auprès des patients et à sensibiliser au mieux les équipes au respect de la dignité des patients. Je pense que ce ne sera pas évident en tant que jeune professionnelle en quête d'intégration. Mais en mettant en application mes valeurs soignantes et en échangeant sur les pratiques et leurs raisons, il pourrait être possible d'amener mes collègues à en repenser certaines. Par l'accompagnement d'étudiants sur le terrain, je pourrai pareillement attirer leur attention sur la considération de la dignité du patient dans leur pratique.

Cela me pousse à vouloir me former aux techniques de communication pour être plus efficiente. Je pense notamment à la communication bienveillante et au « focused-care communication ». Ce travail est aux prémices de ma carrière et j'espère être capable de m'appliquer au quotidien pour prendre en soin mes patients en étant respectueuse de leur dignité à chaque instant.

## Bibliographie

- Article R.6123-33 du Code de la santé publique. (2006). JORF, 26 janvier. Repéré à [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190810/#LEGISCTA000006190810](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190810/#LEGISCTA000006190810)
- Article L1110-2 du Code de la santé publique. (2002). JORF, 5 mars. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006685743/2016-02-04/>
- Article R4312-21 du Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. (2016). JORF n°0276, 27 novembre. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo/texte>
- Binet, J. (2002). Chapitre 3. Le fondement du droit positif. Dans : J.Binet, *Droit et progrès scientifique : Science du droit, valeurs et biomédecine* (pp. 197-219). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/droit-et-progres-scientifique--9782130532040-p-197.htm?contenu=resume>
- Centre hospitalier de Toulouse (s.d) *Echelle BPS (Behavioral Pain Scale)*. Repéré à <https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/bps.pdf>
- Debout, C. (2012). Nursing (soins infirmiers). Dans M. Formarier (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*. (2è éd., pp.222-226). Toulouse, France ; Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0222>
- Dignité. (s.d). Dans *Dictionnaire Le Robert en ligne*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/dignite>
- Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M., et Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit : A Structured Review: Communication Between Nurses and Mechanically Ventilated ICU Patients. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197-206. <https://doi.org/10.1111/wvn.12146>
- Duguet, A.-M. (2010). Chapitre 7. Le respect de la dignité à l'hôpital. *Journal International de Bioéthique*, 21(4), 93-101. <https://doi.org/10.3917/jib.214.0093>
- Farroni, T., Csibra, G., Simion, F., et Johnson, M. H. (2002). Eye contact detection in humans from birth. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(14), 9602-9605. <https://doi.org/10.1073/pnas.152159999>
- Favetta, V., et Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 107(4), 60-75. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0060>
- Fiat, E. (2012). De la dignité du fou. *Soins psychiatrie*, 33(279), 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2012.01.008>
- Gineste, Y., Marescotti, R., et Pellissier, J. (2008). L'humanité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 94(3), 42-55. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0042>

- Gruat, F. (2012). Dignité. Dans M. Formarier (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*. (2<sup>e</sup> éd., pp.156-158). Toulouse, France ; Association de Recherche en Soins Infirmiers.  
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0156>
- Hesbeen, W. (2017). La dimension éthique de la qualité. Dans *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité*. (3<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson
- Hoerni, B. (2008). Dignité des patients et respect des soignants. *Revue Médicale Suisse*, 4(160), 1472.  
Repéré à : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-161/dignite-des-patients-et-respect-des-soignants>
- Honoré, B. (2020). *Prendre soin de la personne : Pour une éthique de la personnalisation dans les pratiques soignantes*. Seli Arslan
- Irwin, R. S., et Richardson, N. D. (2006). Patient-focused care : using the right tools. *Chest*, 130(1), 73-82.  
[https://doi.org/10.1378/chest.130.1\\_suppl.73S](https://doi.org/10.1378/chest.130.1_suppl.73S)
- Karlsson, V., Forsberg, A., et Bergbom, I. (2012). Communication when patients are conscious during respirator treatment - A hermeneutic observation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(4), 197-207. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.12.007>
- Laerkner, E., Egerod, I., et Hansen, H. P. (2015). Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit : A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 196-204. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.005>
- Larrivé, G. et Le Fur, M. (2019). Proposition de loi constitutionnelle énonçant les principes de respect de la dignité de la personne humaine et du caractère non patrimonial du corps humain, n°2197. Repéré à [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2197\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2197_proposition-loi)
- Llorca, G. (2005). L'éthique à l'hôpital. *La revue de médecine interne*. 26(12), 921-923.  
<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2005.09.003>
- Luquel, L. (2008). La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude » expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer. *Gérontologie et société*, 126(3), 165-177.  
<https://doi.org/10.3917/gs.126.0165>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2006). *La charte de la personne hospitalisée*. <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>
- Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 77.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Journée mondiale de la santé mentale 2015 : dignité et santé mentale*. Santé mentale- Journée mondiale de la santé mentale 2015 : <https://www.who.int/fr>



- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L., et Berg, J. (2004). Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart et Lung*, 33(5), 308-320. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.02.002>
- Picard, D. (1992). De la communication à l'interaction : L'évolution des modèles. *Communication et langages*, 93(1), 69-83. <https://doi.org/10.3406/colan.1992.2380>
- Roch, A., et Mercier, E. (2011). Le point sur la ventilation mécanique invasive - Principaux modes ventilatoires en ventilation mécanique invasive chez l'adulte. *Réanimation*, 20(2), 530-534. <https://doi.org/10.1007/s13546-010-0026-4>
- Roulin, M.-J., et Vignaux, L. (2010). Comment prendre soin en réanimation ?. *Réanimation*, 19(3), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.03.003>
- Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. (2007). Les caractéristiques de la relation d'aide en soins infirmiers. Dans *Relation d'aide en soins infirmiers* (p. 59-93). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70083-5.50006-0>
- Société de Réanimation de Langue Française (s.d) *Echelle RASS ou échelle de vigilance-agitation de Richmond*. Repéré à <https://sfar.org/download/echelle-rass/?wpdmdl=27854&refresh=608d98c64f5541619892422>
- Thomassin, J.-M., Radulesco, T., et Courtinat, C. (2014). *Intubation : Techniques, indications, matériel, complications*. Repéré à <https://www.em-consulte.com/article/885914/intubation-techniques-indications-materiel-complic>
- Vigil-Ripoche, M. A. (2012). Prendre soin, care et caring. Dans : M. Formarier (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., pp.244-249). Toulouse, France : Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0244>
- Wojnicki-Johansson, G. (2001). Communication between nurse and patient during ventilator treatment : Patient reports and RN evaluations. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11.

## Annexe I : Grille d'entretien

Bonjour, je suis Léa Rame, étudiante infirmière de troisième année et dans le cadre de mon mémoire, je suis amenée à travailler autour de la communication avec le patient intubé et éveillé. Je vous propose un entretien sur ce sujet, qui durera une trentaine de minutes. Ce qui sera dit ici restera anonyme. Est-ce que vous voulez bien que j'enregistre notre échange ?

Faire connaissance et comprendre le parcours de l'IDE	Pouvez-vous vous présenter ? Depuis quand être vous diplômé ? Quel est votre parcours ?
Repérer l'influence du contexte	<b>Pouvez-vous expliquer ce qu'est pour vous la réanimation ?</b> Travaillez-vous avec des patients intubés ? Comment cela se passe-t-il ?
Prendre soin	<b>Quelle est votre définition du prendre soin ?</b> Vous sentez-vous parfois en difficulté dans la prise en soin d'un patient intubé ? Quels peuvent être les obstacles ?
Situation	<b>Décrivez deux situations de communication avec un patient intubé non sédaté.</b> - <b>Une situation qui était respectueuse du patient</b>  - <b>Une situation que vous considérez comme non respectueuse du patient.</b>
Clôture	<b>En réanimation, en quoi la communication infirmière participe-t-elle au respect de la dignité du patient intubé, non sédaté ?</b>  Souhaitez-vous ajouter quelque chose, une anecdote autour de ce sujet ?

## Annexe II : Entretien IDE 1

ESI : Est-ce que pour commencer tu peux te présenter, depuis quand tu es diplômée quel est un peu ton parcours?

IDE 1 : Donc je t'avais dit un petit peu dans le message, là t'avais...

ESI: oui tout à fait j'avais vu

IDE 1: donc bah je suis diplômé de 2008 j'ai fait deux ans et demi d'urgence à l'hôpital Antoine Beclere. Moi j'ai fait mes études en région parisienne à l'hôpital Antoine Beclere.

ESI: D'accord

IDE 1: Du coup j'ai fait deux ans et demi d'urgence à Beclere donc ça a été assez réformateur parce que ben... les urgences quand tu sors du diplôme, ben tu apprends. Tu apprends un peu que la réactivité

et quoi faire comme bilan quand il y a tels symptômes, comprendre un peu... Et puis bon t'as, ce qui est bien aussi, c'est qu'il ya toujours aussi un médecin sous la main

ESI: c'est pratique

IDE 1: et après j'ai fait un an de réa med toujours à Beclere et, et après je suis parti à l'hôpital marie-lannelongue, qui est un centre chirurgical où l'on fait de la... on est spécialisé en chirurgie thoracique

ESI: D'accord

IDE 1: Donc là si tu regardes maintenant on a fusionné on a été racheté par l'hôpital Saint-Joseph. On fait toujours pour l'instant, on fait toujours la même chose:donc la chirurgie thoracique donc toutes les grosses opérations coeur-poumon...

ESI: d'accord

IDE 1: On fait des pontages on fait des greffes de coeur, des greffes pulmonaires. On fait beaucoup plus de greffes pulmonaires que de greffe coeur

ESI: d'accord

IDE 1: et on a des assistances cardiaques aussi. Donc là ça fait huit ans maintenant que je suis à Marie Lannelongue et depuis bon, pareil en fonction de ce qui sort de, du matériel,des labos... il ya différents types de matériel et d'assistance. C'est des assistances ventriculaires en général.

ESI: D'accord

IDE 1: Après ça il ya eu différents types. Et nous on est spécialisé dans dans, nous on fait des greffes pulmonaires, mais chez les patients qui sont atteints d'hypertension artérielle pulmonaire.

ESI: Ok

IDE 1: donc bon quand moi, moi dans l'hôpital où je travaille on a l'impression que c'est courant, mais l'hypertension artérielle pulmonaire elle touche quand même peu de personnes.

ESI: d'accord

IDE 1: Nous, voilà, chaque hôpital a... Foch je crois que c'est plus tôt la mucoviscidose chacun... chacun a sa spécialité, nous c'est vraiment une hypertension pulmonaire et du coup avant, donc bon, principalement de la greffe pulmonaire parce que justement le traitement normalement de l'HTAP, c'est normalement c'est greffe coeur-poumon.

ESI: les deux à la fois?

IDE 1: normalement c'est ça, parce que souvent ça entraîne aussi quand même des défaillances multiviscérales et le coeur est quand même souvent fatigué.

ESI: Ok

IDE 1: Problème avec le manque d'organes on fait beaucoup plus de greffes, on fait très peu de coeurs-poumons.

ESI: ok d'accord. Du coup ces patients qui ont des greffes pulmonaires, ils ont une assistance ventilatoire au début ou pas? Une sonde d'intubation ou quelque chose du genre...

IDE 1: alors ça dépend alors c'est pas, si ils sont intubés des fois le problème de l'intubation c'est que il ya toutes les complications de l'intubation avec les infections pulmonaires et ça peut retarder ils peuvent être retirés un moment donné de la liste de greffe

ESI: Ok

IDE 1: donc s'ils peuvent ne pas être intubés un maximum de temps après ça dépend comment ils se dégradent. Nous on a quand même des patients qui sont très fatigués qui arrive souvent quand même en bout de course

ESI: ok

IDE 1: ça ça c'est, à voir, parce que nous en notre spécificité aussi, on a une équipe, nous on pose ce qu'on appelle des ECMO, c'est des circulations extracorporelles et mon établissement fait ça

ESI: D'accord:

IDE 1: Et en plus il ya une équipe mobile, donc qui va sur les lieux pour en poser. Par exemple la première vague, l'hôpital on a fait que du COVID. Donc le covid c'est de la médecine. Mais par contre nous, nous nos patients ils avaient beaucoup la, d'ECMO.

ESI: d'accord ok

IDE 1: et la deuxième vague on prenait que les greffés qui avait eu le covid et les gens qui avaient besoin justement d'assistance.

ESI: Oui au niveau circulatoire aussi quoi. Et donc avant les interventions ils sont le moins intubés possible, après les interventions comment ça se passe?

IDE 1: alors nous ils reviennent en systématiques nous c'est de la réanimation donc, ils, ya quand même bon, on fait pas que de la greffe, il ya aussi quand même des pontages

ESI: d'accord

IDE 1: l'établissement est spécialisé aussi, on fait d'EDET donc des endartériectomies donc c'est pour déboucher l'artère pulmonaire

ESI: Ok

IDE: avant des fois la greffe et euh, ça normalement ils sont censés ne pas être, heu, quand ils reviennent chez nous, ils sont intubés, ils ont un cathéter artériel, un cathéter central, ils ont des voies veineuses périphériques, ils sont intubés...

ESI : d'accord donc

IDE 1: Après euh, selon, selon leur pathologie et pourquoi, quel est leur type d'opération, on les sédate ou pas, ou on les réveille rapidement

ESI: donc là c'est vraiment de la réanimation chirurgicale en fait dans lequel tu

IDE 1 : Oui que de la chirurgicale, hormis pendant cette période

ESI: oui covid c'est particulier

IDE 1: On est en train de reprendre de toute façon les covid donc euh...

ESI: Ouais... est-ce que tu peux me dire pour toi, comment tu définirais la réanimation, qu'est ce que c'est pour toi ?

IDE 1: la réanimation quoi, heu un service lourd, difficile après avec des gens qui sont quand même en souffrance, moi je dirai en souffrance, mais la réanimation c'est, bah c'est soit on arrive bon bah comment dire des fois... Quand même on sauve quand même des gens parce que sinon ça serait quand même triste et difficile, mais c'est aussi difficile psychologiquement et physiquement parce que bah des fois malheureusement la médecine elle a des limites, donc on peut pas tout faire pour, pour les sauver

ESI: D'accord. Sur l'aspect technique, qu'est-ce qui change par rapport à un autre service?

IDE 1 : Bon en réanimation c'est, on va dire qu'on est des infirmières, on est beaucoup des techniciennes on fait de la dialyse, on fait, on perfuse après voilà on prépare les médicaments pour les intubations, heu, il faut être réactif, on a quand même régulièrement des réintubations, on a régulièrement des arrêts aussi

ESI: hum hum,

IDE 1: On masse, on choque, on fait heu...

ESI: C'est varié et vous prenez vous avez combien de patients en charge par infirmière?

IDE 1: alors normalement 2, après entre 2 et 4, parce qu'il ya des unités qu'on appelle post réanimation, donc normalement les patients sont censés être plus léger

ESI: d'accord

IDE 1: donc on peut en avoir entre 2 et 4, mais normalement, légalement c'est deux.

ESI: Ok est ce que tu peux

IDE 1: Tu me dis hein si je suis pas, si je suis pas clair ou quoi si tu as besoin tu me dis.

ESI: Non justement c'est clair, mais après je te pose des questions pour réaiguiller s'il ya besoin pour avoir ce qu'il me faut, ne t'inquiète pas. Est ce que tu pourrais me définir ce que ce qu'est le prendre soin pour toi ?

IDE 1: prendre soin

ESI: ouais

IDE 1: bah moi j'essaie quand même toujours de me mettre un petit peu à la place du du patient, de me dire si c'était un proche à moi ma famille comment j'aimerais qu'il soit traité et bon malheureusement même si les conditions c'est difficile et qu'on manque toujours de personnel et de matériel j'essaie quand même de faire au mieux et de prendre le temps, le temps avec mes patients. *Parce que en réanimation, ils ont pas, bon il ya des visites, après il ya eu cette période difficile où il ya eu peu de visites, où on est un petit peu leur lien. Ben parce qu' en fait sans nous bah ça aurait été encore plus compliqué que ce que ça l'a été* et est même, mais, bah, ils se réveillent les premières personnes qui voient, bah c'est nous, on est là pour les rassurer on est là pour pour ouais, pour les rassurer au maximum et qu'ils soient confortables, qu'ils aient pas mal parce que c'est quand même de la chirurgie aussi. Et puis la sonde d'intubation malheureusement c'est pareil une fois que les patients sont réveillés avec la sonde d'intubation, bah c'est pas toujours facile à supporter .

ESI; Oui, est-ce que c'est particulier du coup de prendre en soin un patient qui est intubé par un peu par rapport à un patient qui ne serait pas intubé

IDE 1: Non, oui, oui c'est, oui c'est particulier après on sait qu'un patient qui est intubé et ben on sait que si il se dégrade, bon bah voilà on peut le rendormir. Si il est réveillé on peut le rendormir. Si il s'agite bah on peut effectivement le sédater, le sédater pour pouvoir faire les soins.... C'est ... après nous nos patients des fois quand ils sont extubés, ils sont un petit peu, certains, soit ils sont sur la voie de la sortie, ça va beaucoup mieux, soit un peu précaire donc un petit peu, voilà, on les surveille vraiment...

ESI: de près

IDE 1: Oui

ESI: d'accord et dans la communication tu peux avoir avec ses patients comment ça se passe ?

IDE 1: alors la communication alors si ils ont pas de, alors s'ils n'ont pas de déficit neuropathique dû à la réanimation, parce qu'on a quand même des patients qui reste... Y en a, il y en a qui vont rester, y a des blocs qui vont bien se passer et vont sortir le lendemain en 24 48 heures. Mais y en a qui peuvent rester facilement un an chez nous.

ESI: d'accord

IDE 1: Donc heu il y en a qui reste quand même intubé très longtemps, donc on essaye de les réveiller, s'ils supportent, parce qu'il faut qu'ils puissent être ventilés, heu, il faut qu'ils arrivent à respirer tout seul et qui soient le plus calme. Alors s'ils n'ont pas de neuropathie de réanimation on utilise facilement une ardoise avec avec un feutre après on peut avoir un bon les lettres et qu'ils essayent de montrer.

Après bah avec les signes de la tête, le oui le non, alors quand ils sont intubés c'est pour ça qu'à un moment donné quand on quand ils peuvent être "traché" c'est mieux parce qu'on peut réussir à lire sur leurs lèvres c'est plus facile une fois qu'ils sont trachéotomisés.

ESI: d'accord

IDE 1: Avec l'intubation, souvent on leur dit n'essayez pas de parler vous pouvez par contre ça n'empêche pas que l'on puisse se comprendre, heu, qu'on puisse se comprendre. On leur demande "est-ce que vous avez mal" "est-ce que heu voilà où?" voilà il faut, c'est plus nous en essayant d'orienter nos questions et avec, avec le signe de la tête en leur disant vous pouvez nous dire oui, non, avec la tête.

ESI: D'accord

IDE 1: Avec des lettres ça peut nous arriver de fabriquer voilà des tableaux avec des lettres aussi

ESI: oui et d'une manière générale vous arrivez à avoir les informations que vous recherchez auprès du patient? vous avez la sensation que c'est une communication qui est efficace auprès de lui?

IDE 1: en général oui... après, partir... Si la personne, il faut aussi que le patient soit coopérant parce que des fois on a pas forcément des patients qui sont forcément coopérants. il y en a qui en ont ras le bol donc ça va être plus difficile que si la personne elle est coopérante et calme. On arrive quand même à comprendre ce qui se passe.

ESI: D'accord et à vous faire comprendre également, j'imagine.

IDE 1: Hum

ESI: Là je vais te demander de décrire deux situations où tu communique avec un patient intubé et qui n'est pas sédaté. Une qui serait selon toi respectueuse du patient, et une qui serait selon toi non respectueuse du patient. ...

IDE 1: ...

ESI: Je te laisse le temps d'y penser.

IDE 1: ... Bon bah je vais commencé par la non-respectueuse. Bah une situation ça va être un patient qui s'agite on comprend pas pourquoi et on va pas forcément chercher, heu chercher pourquoi, bah heu soit on ne s'attarde pas heu, on dit qu'on n'a pas le temps, on a autre chose à faire, on va fermer la porte. Donc sachant que nous nos portes restent quasiment, heu nous nos portes sont toujours entrouvertes pour pouvoir entendre les scopes, donc heu

ESI: D'accord

IDE 1: Et bah ne pas prendre le temps et dire ça va passer ça ira mieux dormez. Moi je suis infirmière de nuit donc, voilà dormez ça ira mieux demain, on verra demain, la relève arrive on verra avec eux. Ça peut être ça par exemple.

ESI: D'accord et si tu penses enfin, tu as peut-être une situation un peu plus précise en tête, dans la manière de faire avec le patient, donc tu me dis fermer la porte ou éviter finalement la communication. Est ce que tu pourrais décrire un peu plus comment ça se passe vis-à-vis du patient comment ça se passe un peu dans ces cas là.

IDE 1: ... bah déjà il ya quand même le contact on est auprès du patient donc déjà lui prendre la main lui caresser bras lui dire bon bah je comprends pas ce que vous me dites, mais on va essayer, il faut aussi accepter de passer la main si toi tu comprends pas tu peux demander à ta collègue pourquoi, est-ce que elle, est ce que elle comprend. Ou a tes aides-soignants aussi parce que... Des fois nous on va être un peu plus débordé on va avoir moins de temps ou on va être fatigué on va avoir moins de patience donc c'est bien aussi de de passer la main à quelqu'un d'autre, qui va peut-être être plus disponible à ce moment-là pour prendre le temps

ESI: D'accord

IDE 1: Et si toi tu y arrives pas, l'autre personne va peut-être enfin peut-être elle comprendre et à plusieurs, à plusieurs souvent on arrive quand même à trouver une solution et à comprendre qui se passe

ESI: D'accord, mais du coup ça avoir le contact, demander de l'aide à quelqu'un d'autre c'est non respectueux pour le patient ou respectueux pour le patient

IDE 1: Respectueux

ESI: Ça, c'est l'aspect respectueux

IDE 1: hum hum.

ESI: Qu'est-ce qui ne serait pas respectueux vraiment dans la communication... Tu me dis fermer la porte, est-ce qu'il ya d'autres manières de ne pas être respectueux dans la communication avec un patient?

IDE 1: Bah lui dire, vous me fatiguer, ouais vous me fatiguez

ESI: Exprimer

IDE 1: Ouais s'exprimer verbalement en lui disant: "je comprends pas c'est bon j'ai pas que ça à faire", "j'ai d'autres choses à faire"

ESI: D'accord et du coup est-ce que tu aurais une autre situation respectueuse que tu pourrais partager avec moi une situation ou tu te dis celle-là je pense qu'on a bien travaillé autour du respect du patient.

IDE 1: bah quand heu, c'est difficile à dire, quand... Bah on dit qu'on a bien travaillé quand on a quand effectivement on a réussi à comprendre qu'il a. Alors nous souvent c'est savoir s'il a mal. C'est comme la base parce que souvent il va être des fois être agité ou pas bien ou inconfortable parce que, il a mal. Et heu bah, il faut après avoir compris, il faut aussi traiter le problème, parce que c'est bien d'avoir compris, mais si derrière il n'y a pas d'action, ça sert à rien aussi et puis il faut le rassurer. Moi je dis là ce qui est important en réanimation c'est vraiment de rassurer les les patients, en essayant de leur



parler calmement, je te dis le contact aussi moi, la gestuelle je pense lui caresser bras lui prendre la main quand il est inquiet.

ESI: Est-ce que tu peux expliciter un peu plus dans ce sens-là? Quand tu es au plus près de ton patient qu'est ce que tu fais pour le respecter. Tu me dis le réassurer, lui prendre la main, est-ce qu'il ya d'autres choses qui te viennent en tête.

IDE 1: Pas vraiment après lui faire des soins de confort. Si il a mal, si il a besoin d'être réinstallé, bah le voilà le masser et c'est souvent, quand ils sont intubés bien ils peuvent avoir soif donc lui proposer des soins de bouche parce qu'ils peuvent pas forcément beaucoup, ils peuvent pas boire donc heu, le, lui mettre des compresses humides...

ESI: ... d'accord ok. J'ai une autre question : si je te dis en réanimation en quoi la

communication infirmières participe-t-elle au respect de la dignité du patient intubé et non sédaté ?

IDE 1: Tu peux, tu peux me redire la question?

ESI: Oui. En quoi la communication infirmière participe au respect de la dignité du patient intubé et non sédaté.

IDE 1: en quoi la communication participe au respect...

ESI: de la dignité

IDE 1: bah je pourrais, bah je, parce que je pense que l' écoute c'est vraiment... c'est vraiment important. De, d'être à l'écoute de son patient pour pouvoir au mieux, au mieux au mieux le soigner. Nous notre but c'est pouvoir leur enlever le tube à un moment donné donc plus ils sont rassurés plus être calme, ... et à partir du moment où ils s'agitent ils vont lutter contre le respirateur donc qui vont être moins, ils vont être mal ventilés et on va être obligés de les rendormir, pour leur sécurité. Le fait de les rassurer ça leur permet des fois, de rien qu'un geste, rester des fois auprès d'eux, le temps qu'on essaye de les réveiller. Rien que des fois rester auprès d'eux, la leur prendre la main et être présent, des fois ils vont dès qu'on va sortir la chambre ils vont s'angoisser, ils vont lutter contre le respirateur alors que si on auprès d'eux , bah ça les rassure. Malheureusement on n'a pas toujours le temps non plus de rester.

ESI: Oui... d'accord

IDE 1: C'est pour ça que aussi les portes sont ouvertes. Quand on est dans une autre chambre voilà on peut quand même leur dire on n'est pas loin heu....

ESI: Vous pouvez les réassurer à distance.

IDE 1: hum

ESI: et quand tu me dis être à l'écoute du patient. C'est les patients qui finalement ne parle pas comment tu écoutes ton patient dans ces cas-là? ... Qu'est-ce que tu fais pour écouter ton patient?

IDE 1: Bah c'est savoir pourquoi, bah en lui posant des questions savoir pourquoi, ils pourquoi il est angoissé qu'est-ce qui va pas, est-ce que c'est la douleur, est-ce que c'est un tube qui le gêne, est-ce qu'il a soif... heu.. L'installation parce que souvent bah ils sont aussi mal installé parce que ils glissent et dans les positions demi-assises à un moment et puis de pas bouger de position, bah à un moment donné ils ont, ils ont différents types de douleur aussi.

ESI: Ok... Et à l'inverse du coup est-ce que la communication peut altérer le respect de la dignité du patient? Aller à l'encontre de sa dignité ?

IDE 1: Bah ça dépend comment on lui parle au patient. Ca peut, c'est sûr que si on agressifs si on a des des propos pas adaptés...

ESI: ... Pas adaptés dans quel sens?

IDE 1: pas adapté heu... en lui disant qu'il nous fatigue, souvent voilà ça va être plus parce que vous allez dire qu'il y a en d'autres, on a d'autres choses à faire, ça fait heu, "vous avez heu voilà, vous arrêtez pas de sonner; dès que je sors vous sonnez" et pas être à son écoute ne pas essayer de comprendre, parce que souvent il y en a qui vous appelle, aussi qui sont agités, qui ont des hallucinations tout ça. Mais des fois en fait de comprendre pourquoi ils vont, pourquoi ils sont agités, ça nous permet de pouvoir avancer aussi.

ESI: D'accord donc en fait dans respecter le patient, c'est au moins essayer de comprendre, même si ce n'est pas forcément une réussite?

IDE 1: Ouais et pas hésiter à en parler au médecin parce que, bon voilà en réanimation on a toujours un réanimateur ou un interne sur place, donc bah si nous on n'y arrive pas, bon les médecins vont... certains vont être plus à l'écoute que d'autres, mais vont pas forcément prendre le temps de... Y en a qui sont très humains hein... mais, mais bon ils vont... eux ils passent beaucoup moins de temps dans les chambres que nous, donc ils vont pas forcément prendre le temps, mais des fois ils vont peut-être trouver autre chose ou ils vont palper le patient donc du coup ils vont trouver peut-être que il ya un autre type de douleur ou peut-être peut-être si il a ce comportement la, bah c'est parce qu'il ya autre chose derrière

ESI: D'accord. Là il ya quelque chose qui m'interpelle; tu m'as dit ils sont pas très humain. C'est quoi être humain?

IDE 1: ils sont pas, non ils sont pas, ils sont ce que je dis c'est plus, il y en a qui sont quand même très humain mais y en a qui sont, enfin y en a qui sont beaucoup... nous fait nous on fait quand même, on a des fins de vie, on a des limitations de soins

ESI: Oui

IDE 1 : Et heu, nous on va passer douze heures avec nos patients, eux, bon bah voilà moi je suis de nuit. La journée il ya normalement un médecin pour une unité donc quatre malades. Moi la nuit il ya un médecin pour toute la réa, avec un interne

ESI: d'accord

IDE 1: donc heu, si notre unité est calme et que les patients vont pas trop mal, on va pas les voir beaucoup... et il y en a certains, ils vont prendre le temps de questionner le patient . Il y en a d'autres, mais on va leur dire... ça va être plus à nous de chercher pourquoi ça va pas et eux ne vont pas forcément prendre le temps. Après il y en a qui, par exemple dans l'accompagnement de fin de vie, il y en a qui sont, qui arrivent mieux à le faire et qui comprennent plus facilement aussi les choses.

ESI: D'accord et du coup être humain, j'imagine, on parle pour les médecins tu peux aussi donner ce cet adjectif à une infirmière. Qu'est-ce qui ferait qu'on serait humaine envers notre patient ?

IDE 1: [...] à douter après il ya qui sont plus, il y en a toujours on se demande pourquoi font ce métier après en réanimation, bon c'est quand même je pense qu'il faut quand on fait ce métier sinon on reste pas longtemps réanimations, faut être quand même je pense être passionné parce que c'est quand même dur physiquement et psychologiquement quand même la réanimation.

ESI: ouais

IDE 1: mais oui quand je dis humainement c'est effectivement, être à l'écoute. Moi j'essaie moi j'essaie comme je te dis j'essaie toujours de me dire si c'était un proche à moi, c'est comment j'aimerais qu'il soit traité. Et même si des fois tu as la flemme, des fois t'es plus fatiguée, ben on fait les choses pour leur confort

ESI: Ouais et qu'est-ce que du coup, quels sont les grands principes qui guides ton action, tu le dis si c'était ma famille qu'est ce que je ferai pour eux et du coup; qu'est-ce que tu ferais pour eux... qu'est-ce que tu mets en place en te disant je veux les prendre au mieux en soins et du coup pour toi qu'est ce que c'est que le mieux en soins.

IDE 1: Le mieux en soins c'est essayer de prendre un maximum de temps. Bon après faut en avoir la capacité, on est toujours en réanimation donc quand on a un patient qui va mal, on peut passer la nuit dans la chambre de notre malade et pas en sortir, donc on va pas forcément voir l'autre. Bah par exemple la deuxième nuit je vais essayer de prendre un peu plus de temps ou demander à mes collègues de faire les soins. Après voilà en réanimation, ça passe par les préventions d'escarres et les soins de bouche. Enfin moi j'essaye toujours, on le fait nous c'est, en général on essaye de faire moitié toilettes la nuit moitié et on fait deux toilette la nuit et deux toilettes la journée. Car on est des unités de 4.

ESI: ok

IDE 1: De 4 patients et bah moi le matin je leur propose toujours un petit gant frais. Les femmes et bien surtout quand on a plus des femmes jeunes et bah, elles vont pas forcément demander à réavoir une petite toilette dans la journée, bah leur proposer une petite toilette, qu'il, qu'il se sentent au mieux. Parce qu'il ya des patients qui vont pas forcément demander, être dans un lit il ya des fois des patients si on vérifie pas ben ils vont avoir eu des selles et... une fois j'avais une collègue elle trouvait et qu'il y avait une odeur dans sa chambre, bah elle la patiente dans la nuit elle a demandé "je peux avoir une toilette?" Elle lui a dit: "bah vous aurez votre toilette tout à l'heure pourquoi vous voulez..." et quand elle a soulevé le drap, elle a vu qu'elle était dans les selles et elle lui a dit "mais pourquoi vous m'avez pas dit que vous étiez dans les selles? Bien sûr on vous aurait lavé tout de suite!" il ya des gens qui osent pas. Donc des fois si on soulève pas le drap, on voit pas forcément ce qu'il ya. Après il y en a

certain ça va être la solution de facilité et tu, tu lèves pas le drap, comme ça tu vois pas et tu es, tu veux, tu n'as pas y'a pas de selles parce que t'as pas vu quoi.

ESI: D'accord ok est-ce que.... J'ai posé les questions que j'avais de mon côté est ce que il ya une anecdote que tu voudrais ajouter, quelque chose du coup autour de la communication avec eux le patient intubé, le respect de la dignité ou quelque chose comme ça ?

IDE 1: non je vois pas vraiment ...

ESI: ...c'était s'il y avait quelque chose qui te venait en tête, on aurait pu l'aborder.

Bon bah super alors, merci beaucoup

### Annexe III : Entretien IDE 2

ESI: Pour commencer, est-ce que tu peux te présenter, me dire un peu depuis quand tu es diplômée, quel est ton parcours?

IDE2: Je suis diplômée depuis novembre 2011, donc en pleine réforme, et affectée en réanimation. Donc diplômée le 30 novembre 2011 et affectée le 2 décembre en réanimation. 2011, donc depuis 9ans et quelques en réa polyvalente.

ESI: D'accord c'est polyvalent

IDE2: ouais

ESI: Est-ce que tu peux m'expliquer ce qu'est pour toi la réanimation.

IDE2: d'un point de vue purement technique la définition ou...

ESI: générale, ce que ça représente pour toi. Tu peux faire les deux si tu veux, dire et le technique et le général.

IDE2: alors la réanimation en définition pure et dure, heu, un patient en réanimation c'est un patient qui a une, ou plusieurs défaillances d'organes qui mettent en jeu immédiatement son pronostic vital et qui nécessite une suppléance mécanique des organes. Voilà, heu, moi c'est ma maison! (rire) C'est mon service fétiche depuis que j'y ai fait un stage, et c'était une évidence pour moi de travailler dans ce domaine-là en fait. Ça allie à la fois tout le côté très technique

ESI: Oui

IDE2: et à la fois, beaucoup de relationnel, beaucoup plus que l'on ne pourrait le croire.

ESI: d'accord ...

IDE2: ...

ESI: Donc en fait ton vécu de la réanimation c'est un ensemble entre technique et relationnel, ça mixte les deux.

IDE2: exactement, c'est pour moi le bon équilibre entre le côté technique que je recherchais, le relationnel quand même, parce qu'il est là, et puis heu, une prise en charge... Bah on nous bassine avec des prises en charge globale, mais là oui pour le coup, elle est globale jusqu'à l'entourage, voilà. Pour c'est le, le meilleur des mondes. (rire)

ESI: C'est beau à entendre (rire) Du coup tu travailles avec des patients intubés?

IDE2: Ouais

ESI: comment ça se passe avec eux?

IDE2: et ben faut pas oublier leur parler! Déjà même quand ils sont sédatisés, surtout quand ils sont sédatisés. Et bah ouais alors ça demande beaucoup de patience pour comprendre ce qu'ils ont à nous dire, parce que forcément eux ne peuvent pas parler. Mais avec le temps on s'y fait bien.

ESI: D'accord donc c'est différent d'une prise en soin d'un patient qui serait non intubé

IDE2: C'est complètement différent parce que ton patient ne peut pas te dire les choses avec autant de facilités que d'autres patients, qu'un patient lambda on va dire. Déjà il peut pas te parler si tu le regardes pas parce que forcément que tu ne comprendras pas ce qu'il a à te dire. Donc euh, la, tout ce qui est communication non verbale est hyper important, parce que voilà et puis il faut être patient parce que ben il faut parfois leur demander plusieurs fois de montrer, il faut parfois orienter, enfin non ce n'est pas orienter c'est une idée pour savoir où on va, pouvoir poser des questions fermées : quel est le problème ? Est-ce que vous avez mal ? Oui ou non. Est-ce que vous avez chaud ? Oui ou non. Des fois on est obligé de nous faire les questions et avoir que des réponses en oui ou en non. Parce que quand ils essaient de faire des phrases forcément c'est compliqué avec un tuyau dans le bec, donc voilà. Ça demande une autre mécanique de communication.

ESI: Ok et tu me disais du coup dans le relationnel c'est différent; est-ce que tu peux en dire un peu plus?

IDE2: C'est différent parce que ça demande plus de temps à établir la relation, c'est moins fluide c'est moins évident autant pour le patient, que pour toi. Parce que ben ouais c'est plus long parce que les choses sont pas dites. Ils peuvent pas tout te dire, parce qu'ils peuvent pas tout articuler, il va pas tout voilà donc forcément, il y a des choses qu'ils vont pas te dire parce qu'ils n'y arriveront pas, parce qu'ils qui n'auront pas envie et heu... Tu vas les comprendre de par leur posture de par leur regard, ou tu vas poser des questions et sans que, sans qu'il y ai vraiment qu'il te réponde, tu vois si c'est oui ou c'est non et heu...

ESI: hum hum

IDE2: C'est plus long à mettre en place, mais une fois que c'est en place ça marche vachement bien

ESI: D'accord. Est-ce que tu peux me donner ta définition du prendre soin ?

IDE2: ...

ESI: ... Qu'est-ce que c'est pour toi au quotidien que de prendre soin du patient ?

IDE2: Ça fait dix ans que j'ai fini l'école hein. (rire)

ESI: (rire) C'est ça qui est bien

IDE2: Prendre soin, c'est autant prendre soin du physique que du psychique, à mon sens. Parce que un patient qui est pas bien psychologiquement, ça marchera pas physiquement. Un patient qui est triste, qui est déprimé, qui a pas envie... bah je vais prendre des exemples de réanimation, mais il voudra pas aller au fauteuil, sauf que s'il va pas au fauteuil, il respirera pas bien, et s'il respire pas bien et ben on enlèvera pas le respi, si on enlève pas le respi, on n'en est pas l'extube pas, et si on l'extube pas on sort pas de chez nous

ESI: Oui

IDE2: Donc vraiment juste d'être un peu triste, d'en avoir marre et de pas avoir envie de bouger, bah ça implique beaucoup de choses derrière.

ESI: OK

IDE2: Pour moi il faut avoir l'équilibre des deux. Prendre soin que du physique et de ce qu'on voit, ça suffit pas.

ESI: et comment tu fais pour prendre soin de la personne, pour prendre soin du moral, etc. et de son corps enfin, comment tu l'appliques au quotidien?

IDE2: Prendre soin physiquement, ça va être de par tous les soins techniques qu'on t'apprend à l'école. C'est administrer les antibiotiques aux heures où on te les demandes, de faire tes pansements et tout ça, ça ça va être du soin purement physique, qui ont un but uniquement dans le physique et qui sont entre guillemets très cartésiens; voilà il ya une infection, je mets l'antibiotique et ça va aller mieux. Et puis après il ya tout le côté psychique; ça va être prendre le temps de bah en faisant le shampoing de ton patient, lui faire un petit message du crâne et puis bah ça détend. Prendre le temps de lui faire un massage au lieu de faire un effleurage des points d'appui, tu vas masser un petit peu les mollets en même temps ou avoir des petites discussions avoir des petits, des petites blagues parfois si on sent que le patient est réceptif, essayer de le faire rire, de trouver voilà trouver un truc qu'il aime bien à la télé heu

ESI: d'accord est-ce que tu trouves que c'est différent de prendre soin d'un patient intubé d'un patient non intubé. Est-ce qu'il ya des obstacles qui sont différents, est-ce qu'il ya des difficultés ou pas?

IDE2: C'est plus difficile parce que de toute façon un patient intubé, ce n'est pas confortable bah voilà être intubés et réveillé c'est pas confortable donc forcément ça demande plus de choses autour qu'un patient lambda. Selon si le patient est bien réveillé ou non, s'il est agité ou pas, et bien parfois on est obligé de contentionner les mains donc ils sont moins autonomes eux à se réinstaller comme ils veulent dans leur lit, donc bah ça te demande à toi d'être beaucoup plus attentif, à est-ce que vraiment il est

confortable, est-ce que vraiment il est bien installé avant de partir de la chambre, parce que potentiellement t'y retournes que une ou deux heures après.

ESI: D'accord. On va aller plus vers la communication, est-ce que tu peux me décrire deux situations ; une qui serait respectueuse du patient et une situation de communication qui ne serait pas respectueuse du patient

IDE2: Heu une situation pas respectueuse, c'est clairement rentrer dans une chambre, d'un patient intubé conscient ou non, peu importe et ... mais surtout conscients et commencer tes constantes et puis lui faire la toilette et sans lui décrocher un mot. Et malheureusement ça arrive.

ESI: oui

IDE2: Et puis heu bah, juste, ton patient, t'es en train de lui faire des soins, t'es en train de lui faire une toilette, t'es en train de le déshabiller pour le laver et tu lui parles pas, tu le préviens pas que tu le déshabilles, tu le préviens pas que tu vas... Tu lui demandes pas si l'eau la température lui convient, tu lui demandes pas, bah c'est pas respectueux du tout.

Et après situation respectueuse ça va être, ouais de demander est ce qu'enfin voilà. Moi je trouve ça hyper important on va faire la toilette, est ce que je peux vous découvrir ? Bien sûr que tu vas devoir le faire, bien sûr que tu vas devoir le laver et le découvrir. Mais tu lui demandes si tu as le droit de le faire. Entre guillemets tu lui rends son, sa propriété de corps. Son corps c'est à lui et c'est lui qui décide si oui ou non tu le découvres. Alors bien sûr qu'il va te répondre oui, 95% du temps, mais c'est lui qui prend la décision de te dire oui.

ESI: D'accord

IDE2: Donc là tu es dans le respect de ton patient. Parce que tu es dans le respect de, c'est une personne c'est pas juste un patient dans un lit que tu dois savonner...

ESI: Dans du coup je vois bien ce que tu me dis; est ce que tu aurais, là en en parlant, est-ce que tu aurais une situation qui tu reviendrais en tête, que tu pourrais me décrire un peu plus précisément. Justement dans, comment ça s'est passé vis-à-vis du patient et l'état d'esprit peut-être des personnes qui étaient là... ou avoir plus d'éléments pratiques de la situation

IDE2: De laquelle du coup?

ESI: Les deux ça pourrait être bien.

IDE2: heu houla. Tu m'en demandes beaucoup là. J'ai pas un truc qui me vient précisément là en tête et heu ouais non j'ai fait la toilette de ma patiente la nuit de vendredi à samedi et puis on a discuté et puis c'est pas facile parce que, elle ça fait longtemps qu'elle est chez nous et qu'elle en a marre et que, elle voit pas le bout. Dons on a essayé de la rassurer et de lui montrer les avancées qu'il y avait eu et de lui montrer que tout ça c'était dit positif et qu'il fallait le prendre en compte, même si elle tout ce qu'elle voyait c'était le chemin qui reste à parcourir, mais en fait elle en a déjà fait et bien souvent ils le voient pas ce qu'ils ont déjà fait. Voilà bah tout bêtement voilà, je lui fais son petit shampoing, j'ai pris le temps de lui faire un petit massage du crâne, bah j'ai rigolé avec elle, je lui ai dit "je fais votre

brushing je suis pas coiffeuse, mais autant le massage du cuir chevelu il y a pas de problème, je fais le shampoing, mais pas la coupe de cheveux". Voilà et c'est tout bête, mais en fait bah ça la fait sourire donc tu dis que au moins pendant, pendant une demi-heure / trois quarts d'heure quand t'es avec elle, voilà elle a un peu souri quoi. Même si le reste du temps c'est pas évident d'être seule dans sa chambre. Au moins elle a souri.

ESI: D'accord, donc en fait tu portes une attention à la patiente et ça va être des gestes des regards qui influencent le fait que ce soit respectueux ou non?

IDE2: C'est ça et puis ouais, et heu, déjà juste la considérer et s'adresser à elle et lui parler à elle ou à lui, mais heu, enfin le respect la base du respect de ton patient, c'est déjà de lui parler et c'est quelque chose qui dans un service de réa, s'oublie vite de parler à tes patients. C'est là que tu bascules dans le respect ou l'irrespect. Quand tu arrives dans une chambre et ça arriver encore beaucoup, où bah moi je viens par exemple prendre, aider une collègue, lui donner un petit coup de main, je la rejoins, elle a déjà commencé ses constantes elle en est quasiment à la fin et moi je l'aide à noter sur la pancarte et je dis, le monsieur il est douloureux ou pas ? "Oh je ne sais pas" D'accord, tu lui as pas encore parlé ça fait vingt minutes que tu es dans sa piaule de quoi. Bon bah voilà ça m'hérisse un peu le poil. Bon on peut pas tout dire à tes collègues, sinon on se prendrait la tête tout le temps, mais bon bah gentiment tu vas dire "ça va monsieur, vous avez mal quelque part ? Vous avez besoin de quelque chose ?"

ESI: Et en dehors du fait qu'elle ne se soit pas adressée au patient, est-ce que tu aurais vu des différences dans son comportement par rapport à ce que toi tu considères comme respectueux? Est-ce qu'elle se positionnait de la même manière, est-ce que il y a des choses dans son comportement général, autres que la parole, qui ferait que ça n'aurait pas été respectueux ?

IDE2: après il y a au-delà de ton attitude avec le patient, il y a aussi ton attitude en dehors pour les temps de pause sur les temps de repas, sur les temps où on n'est pas en chambre, où on est sur nos paillasses et où on parle des patients sans être devant eux. Et déjà là il y a des choses voilà... alors on le, le fait de dire la dame au 8 ou le patient du 10 ou... ça me, alors peut-être que là je suis dans l'irrespect et je m'en rends plus compte, mais moi ça ne me perturbe pas. Par ce que à un moment donné, heu, on, moi je considère comme physiquement impossible, humainement impossible de se rappeler tout le temps des noms de tout le monde. Tu te rappelles des tient c'est déjà pas mal, heu de dire tient untel, telle chambre heu ah oui la pancréatite... bon c'est... on va te dire que c'est pas bien. Bon on dit pas au monsieur que c'est une, enfin, devant lui tu ne dis pas tiens la pancréatite comment elle va ? Tu lui dis Mr machin parce que avant de rentrer dans sa chambre tu vérifies son nom. Mais heu ; ça c'est pas des choses qui moi me semblent irrespectueuses, mais peut-être que ça l'est, mais je me rends plus compte. Maintenant, dire "ah ouais l'autre poivrot de la 9 là", bon bas la on est déjà plus dans le jugement. Et on est déjà beaucoup moins dans le respect. On est pas devant les patients pourtant, mais c'est bon, c'est pas tout à fait à mon sens, je pense que c'est aussi beaucoup à travers c'était à travers notre prisme de valeurs et notre vision des choses.

ESI: Ok

IDE2: et heu, on a pas tous la même heu, la frontière elle est pas au même endroit pour tout le monde probablement.



ESI: Ok très bien. Du coup ma dernière question ce serait : en réanimation en quoi la communication infirmière participe-t-elle ou non au respect de la dignité du patient intubé et non sédaté.

IDE2: ... En fait si tu ne... La communication elle est là pour créer la relation avec ton patient. Et en réanimation quand ton patient il est intubé, il ne peut pas lui, c'est ce que je te disais tout à l'heure, il peut pas lui entamer une conversation entre guillemets, parce que de toute façon si tu ne le regardes pas, tu ne l'entendras pas. Donc à moins qu'il tousse et qu'il fasse sonner son respi, tu ne l'entends pas donc tu sais pas qu'il veut te parler. Donc si tu veux, si tu n'enclenches pas une discussion avec et que tu ne le regardes pas, que tu prends pas le temps de communiquer avec, tu respectes pas, parce que tu ne le considères en tant que personne. C'est un truc qui est posé dans un lit, dont tu dois t'occuper. Mais est-ce qu'il a une conscience à lui, est-ce qu'il a le droit de s'exprimer, on sait pas trop quoi. Et c'est là où toi ton rôle, il est heu de rentrer dans la chambre et de commencer par regarder ton patient quoi. Et ça peut vite être oublié. Parce que parce que tu es dans une chambre de réanimation que tu as des machines partout, que tu as des trucs qui sonnes régulièrement et dans tous les sens et que on t'apprend que, on t'apprend des normes, on t'apprend des choses, et que tu te, quand tu es jeune diplômé ou jeune de réanimation, peu importe, ça te rassure ces chiffres-là en fait. Et tu dis "ohlala il est tachycarde, ohlala, il désature." Et en fait ouais c'est bien c'est des chiffres. Mais bah regarde le ton patient, et avant de regarder tes machines, regarde ton patient, déjà d'une parce que tu l'évalueras mieux en le regardant, mais en plus parce qu'il est là quoi. Donc c'est ton patient, dis-lui bonjour, dis-lui que tu t'occupes de lui.

ESI: Ok

IDE2: Et si c'est pas toi qui enclenches la communication, c'est pas lui, quand tu entreras dans sa chambre qui dira "bonjour", il pourra pas.

ESI: D'accord. La dignité du patient en réanimation, est-ce qu'elle est différente de sa dignité en dehors de la réanimation?

IDE2: Je dirai qu'elle peut plus facilement être, être non respectée. Parce que, parce que déjà d'une il ne pourra pas la faire respecter lui-même. Et puis ce que d'autres patients dans d'autres services ou non intubés pourraient faire, en disant "Et oh", enfin je veux dire moi il y a un médecin qui rentre dans ma piaule et qui m'enlève le drap pour le faire examen. "on va se détendre, on va se dire bonjour déjà". Parce que tu es conscient, tu peux t'exprimer donc tu vas le dire. Déjà un patient ventilé, il pourra pas le dire et en plus de ça, ça peut plus vite être oublié parce que c'est un service de, plus pointu, plus technique, où il y a beaucoup d'examens tout le temps. Et où heu nous on passe notre temps à dire aux médecins "le patient a eu une écho-cœur ? bah c'est génial, sauf que tu peux lui remettre sa chemise en fait, t'es pas obligé de le laisser torse à l'air" Parce que là c'est un homme admettons, mais la dame à côté elle est restée les seins à l'air et ça t'as pas dérangé non plus. Bah voilà, c'est parce que tu as tellement de technique, que ça peut vite prendre le pas sur l'humain derrière.

ESI: D'accord.

IDE2: Donc elle est pas différente, mais elle est plus fragile

ESI: Et est-ce que tu pourrais définir la dignité ? Par rapport à tes expériences, par rapport à ce que tu fais, qu'est-ce que tu englobes par la dignité du patient ?

IDE2: La dignité du patient c'est savoir que le patient c'est un être humain. C'est très philosophique ton histoire. (rire)

ESI: (rire) J'ai gardé le meilleur pour la fin! Est-ce que tu aurais une anecdote autour du sujet de communication, patients intubés, relation... Quelque chose tu voudrais ajouter ?

IDE2: C'était le sujet de mon mémoire

ESI: C'est vrai?

IDE2: La communication avec le patient sédaté et ventilé. Parce que c'était, alors nous à l'époque on prenait une situation, il fallait qu'on parte d'une situation qui nous avait posé problème en stage, pour ensuite découler une problématique. Et moi mon stage de réa, en fait au début c'est hyper abstrait ; de voir un patient pour le coup qui dort et on te dit parle lui" Oui super, mais il va pas me répondre. Et donc ouais c'était c'est pas évident parce que moi, c'était pas instinctif, vraiment ça me demandait une disponibilité, ça me demander d'y réfléchir, d'y penser, ah oui il faut que je parle. Et puis je vais pas lui dire "bonjour vous avez vu il fait beau dehors et puis il y a quelqu'un qui est venu vous voir hier" et ben non parce que tout ça il te répondra pas, mais chaque soin que tu fais, chaque geste, il faut le dire et quand t'as jamais fait, quand t'as jamais été confronté... en fait pour toi il dort, pourquoi lui parler si il dort. Et donc ça c'est pas c'est pas instinctif c'est un truc qui se travaille avec le temps et qui, qu'il faut entretenir aussi avec le temps parce qu'au départ tu le travailles parce que tu sais qu'il faut faire, et puis après il faut l'entretenir parce qu'il ne faut pas l'oublier. Voilà. Ça peut vite, ça peut très vite être oublié et tu peux très vite te dire "oh là là je suis en train de partir sur le mauvais chemin faut que je reprenne, je me remette dans le bon sens parce que ça ne va pas ». Parce que j'ai des vies et que petit à petit t'es dans ta routine de routine de boulot, ça fait longtemps et puis t'es épuisée, et t'es dans le jus, t'as plein de choses à faire et puis t'as juste une température à aller reprendre t'as juste un petit truc, un antibiotique à aller poser, et clac clac et tu ressorts et en fait tu ressorts et tu dis... "Je suis rentré, je suis ressortie et il sait pas pourquoi je suis venue" voilà ça peut très vite être oublié.

ESI: Ok

IDE2: c'est un vaste sujet, c'est un beau sujet.

#### [Annexe IV : Tableau d'analyse](#)

Thème	Sous-thème	Items	
Réanimation	Définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Patient qui a une, ou plusieurs défaillances d'organes</b></li> <li>- <b>Qui mettent en jeu immédiatement son pronostic vital</b></li> <li>- <b>Qui nécessite une suppléance mécanique des organes</b></li>   <li>- Un service lourd, difficile</li> <li>- Des gens qui sont quand même en souffrance, moi je dirai en souffrance</li> <li>- Des patients qui sont très fatigués qui arrivent souvent en bout de course</li>   <li>- Normalement 2 [patients par infirmier], après entre 2 et 4, parce qu'il y a des unités qu'on appelle post réanimation, donc normalement les patients sont censés être plus léger. Donc on peut en avoir entre 2 et 4, mais normalement légalement c'est 2</li>   <li>- Nous on va passer douze heures avec nos patients</li>   <li>- On a toujours un réanimateur ou un interne sur place</li> <li>- La journée il ya normalement un médecin pour une unité donc quatre malades.</li> <li>- Moi la nuit il ya un médecin pour toute la réa, avec un interne</li> </ul>	
	Particularité/spécificités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ça allie à la fois tout le côté très technique</b></li> <li>- En réanimation on est des infirmières, on est beaucoup des techniciennes</li> <li>- On fait de la dialyse,</li> <li>- On perfuse</li> <li>- On prépare les médicaments pour les intubations,</li> <li>- On a régulièrement des réintubations,</li> <li>- On a régulièrement des arrêts aussi,</li> <li>- On masse, on choque</li> <li>- Il faut être réactif,</li> <li>- <b>Le bon équilibre entre le côté technique que je recherchais et le relationnel quand même</b></li>   <li>- <b>Et à la fois, beaucoup de relationnel, beaucoup plus que l'on ne pourrait le croire</b></li> <li>- <b>On nous bassine avec des prises en charge globale mais là oui pour le coup, elle est globale jusqu'à l'entourage</b></li> <li>- On a des fins de vie, on a des limitations de soins</li> </ul>	<p><b>Technique</b> <b>9</b></p> <p><b>Relationnel</b> <b>4</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est quand même dur physiquement et psychologiquement.</li> <li>- On sauve quand même des gens parce que sinon ça serait quand même triste et difficile,</li> <li>- C'est aussi difficile psychologiquement et physiquement</li> <li>- Malheureusement la médecine a des limites, donc on peut pas tout faire pour les sauver</li>   <li>- Le problème de l'intubation c'est que il ya toutes les complications de l'intubation avec les infections pulmonaires et ça peut retarder ils peuvent être retirés un moment donné de la liste de greffe</li> <li>- Ils sont intubés, ils ont un cathéter artériel, un cathéter central, ils ont des voies veineuses périphériques...</li> <li>- Nos portes restent quasiment toujours entrouvertes pour pouvoir entendre les scopes</li> <li>-</li> <li>- Selon leur pathologie et pourquoi, quel est leur type d'opération, on les sédate ou pas, ou on les réveille rapidement</li> <li>- Il y en a qui vont rester, y a des blocs qui vont bien se passer et vont sortir le lendemain en 24 48 heures.</li> <li>- Mais y en a qui peuvent rester facilement un an chez nous</li> </ul>	<p><b>Difficulté</b> <b>4</b></p>
	Attachement au service	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Moi c'est ma maison !</b></li> <li>- <b>C'est mon service fétiche depuis que j'y ai fait un stage,</b></li> <li>- <b>C'était une évidence pour moi de travailler dans ce domaine-là</b></li> <li>- <b>C'est le meilleur des mondes</b></li> <li>- Je pense qu'il faut [être passionné] quand on fait ce métier sinon on reste pas longtemps réanimations, faut être quand même je pense être passionné</li> </ul>	
	Indication de la réa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Réanimation polyvalente</b></li> <li>- La chirurgie thoracique donc toutes les grosses opérations cœur-poumon...</li> <li>- Des pontages</li> <li>- Des greffes de cœur,</li> <li>- Des greffes pulmonaires</li> <li>- Plus de greffes pulmonaires que de greffe cœur</li> <li>- On a des assistances cardiaques aussi</li> <li>- Il ya différents types de matériel et d'assistance, c'est des assistances ventriculaires en général.</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des greffes pulmonaires, mais chez les patients qui sont atteints d'hypertension artérielle pulmonaire.</li> <li>- On fait très peu de coeurs-poumons »</li> <li>- Il ya aussi quand même des pontages</li> <li>- On fait des EDET donc des endartériectomies, c'est pour déboucher l'artère pulmonaire</li> <li>- On pose ce qu'on appelle des ECMO, c'est des circulations extracorporelles</li> <li>- Il ya une équipe mobile qui va sur les lieux pour en poser.</li> <li>- La première vague, l'hôpital on a fait que du COVID.</li> <li>- C'est de la médecine. Mais par contre nous, nos patients ils avaient beaucoup d'ECMO.</li> <li>- La deuxième vague on prenait que les greffés qui avait eu le Covid</li> <li>- Les gens qui avaient besoin d'assistance</li> </ul>	
Communication	Eléments de définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tout ce qui est communication non verbale est hyper important</b></li> <li>- <b>Tu vas les comprendre de par leur posture,</b></li> <li>- <b>[Tu vas les comprendre] de par leur regard</b></li> <li>- <b>Tu vas poser des questions et sans vraiment qu'il te réponde, tu vois si c'est oui ou c'est non</b></li> <li>- <b>La communication elle est là pour créer la relation avec ton patient</b></li> <li>- <b>Établir la relation</b></li> <li>- <b>toi qui enclenches la communication</b></li> </ul>	<p><b>Com° non verbale</b></p> <p><b>Relation</b></p>
	Modalités spécifiques de la communication avec un patient intubé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Eux ne peuvent pas parler</b></li> <li>- <b>Ils peuvent pas tout te dire</b></li> <li>- <b>Ils peuvent pas tout articuler</b></li> <li>- Avec l'intubation, souvent on leur dit n'essayez pas de parler, vous pouvez pas</li> <li>- <b>Ton patient ne peut pas te dire les choses avec autant de facilités que d'autres patients, qu'un patient lambda on va dire</b></li> <li>- <b>Il peut pas lui entamer une conversation entre guillemets</b></li> <li>- <b>C'est pas lui, quand tu entreras dans sa chambre qui dira "bonjour", il pourra pas</b></li> <li>- <b>À moins qu'il tousse et qu'il fasse sonner son respi, tu ne l'entends pas, donc tu sais pas qu'il veut te parler</b></li> <li>- <b>Il peut pas te parler si tu le regardes pas</b></li> <li>- <b>[Si tu ne le regardes pas] tu ne comprendras pas ce qu'il a à te dire</b></li> <li>- <b>Si tu ne le regardes pas, tu ne l'entendras pas</b></li> </ul>	<p><b>Incapacité à oraliser 5</b></p> <p><b>Rôle de déclencheur de com°</b></p> <p><b>Regard</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Il faut parfois orienter, enfin non ce n'est pas orienter, c'est une idée pour savoir où on va</b></li> <li>- <b>Poser des questions fermées</b></li> <li>- C'est plus nous en essayant d'orienter nos questions</li> <li>- <b>Est-ce que vous avez mal ? Oui ou non. Est-ce que vous avez chaud ? Oui ou non</b></li> <li>- On leur demande "est-ce que vous avez mal"</li> <li>- <b>Des fois on est obligé de faire les questions et avoir que des réponses en oui ou en non.</b></li> <li>- Avec le signe de la tête en leur disant vous pouvez nous dire oui, non, avec la tête.</li> <li>- Avec les signes de la tête,</li> <li>- Le oui le non</li>   <li>- Une ardoise avec un feutre</li> <li>- On peut avoir un tableau avec les lettres et qu'ils essayent de montrer</li> <li>- Avec des lettres</li> <li>- Des tableaux avec des lettres</li> <li>- <b>il faut parfois leur demander plusieurs fois de montrer</b></li> </ul>	<p><b>3 IDE2</b></p> <p><b>Questions fermées 9</b></p> <p><b>Aides Techniques 5</b></p>
<p>Conséquences de ces modalités</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ça demande beaucoup de patience pour comprendre</b></li> <li>- <b>Il faut être patient</b></li> <li>- <b>Ça demande plus de temps à établir la relation</b></li> <li>- <b>C'est plus long</b></li> <li>- <b>C'est plus long à mettre en place,</b></li>   <li>- <b>Mais avec le temps on s'y fait bien</b></li> <li>- <b>Mais une fois que c'est en place, ça marche vachement bien</b></li> <li>- Ça n'empêche pas que l'on puisse se comprendre</li> <li>- On arrive quand même à comprendre ce qui se passe</li> <li>- On dit qu'on a bien travaillé quand on a réussi à comprendre qu'il a.</li>   <li>- <b>C'est différent</b></li> <li>- <b>C'est moins fluide</b></li> <li>- <b>C'est moins évident autant pour le patient, que pour toi</b></li> </ul>	<p><b>Demande du temps 5 IDE2</b></p> <p><b>Fonctionnel 5</b></p> <p><b>Difficultés 4</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ça va être plus difficile</li> <li>- <b>Ça demande une autre mécanique de communication</b></li> <li>- <b>Les choses sont pas dites</b></li> <li>- <b>Il y a des choses qu'ils vont pas te dire parce qu'ils n'y arriveront pas, parce qu'ils qui n'auront pas envie</b></li> <li>- Il ya des gens qui osent pas</li> <li>- Il y en a qui en ont ras le bol</li> <li>- <b>C'est quelque chose qui dans un service de réa, s'oublie vite de parler à tes patients</b></li> <li>- <b>Ça peut très vite être oublié et tu peux très vite te dire « oh là là je suis en train de partir sur le mauvais chemin faut que je me remette dans le bon sens parce que ça ne va pas »</b></li> <li>- <b>Faut pas oublier leur parler déjà même quand ils sont sédatisés</b></li> <li>- Si toi tu y arrives pas, l'autre personne va peut-être enfin peut-être elle comprendre</li> <li>- A plusieurs souvent on arrive quand même à trouver une solution et à comprendre qui se passe</li> </ul>	<p>Echanges appauvris 4</p> <p>oubli de com° 3</p> <p>Importance de l'équipe 2</p>
	Apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>C'est un truc qui se travaille avec le temps et qu'il faut entretenir aussi avec le temps</b></li> <li>- <b>Au départ tu le travailles parce que tu sais qu'il faut faire, et puis après il faut l'entretenir parce qu'il ne faut pas l'oublier.</b></li> <li>- <b>c'est pas instinctif</b></li> </ul>	3
Prendre soin	Définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>C'est autant prendre soin du physique que du psychique,</b></li> <li>- <b>Un patient qui est pas bien psychologiquement, ça marchera pas physiquement.</b></li> <li>- <b>Pour moi il faut avoir l'équilibre des deux</b></li> <li>- <b>Prendre soin que du physique et de ce qu'on voit, ça suffit pas</b></li> <li>- Moi j'essaie quand même toujours de me mettre un petit peu à la place du patient,</li> <li>- Me dire si c'était un proche à moi, ma famille comment j'aimerais qu'il soit traité</li> <li>- J'essaie quand même de faire au mieux</li> <li>- Prendre le temps avec mes patients.</li> <li>- On fait les choses pour leur confort</li> </ul>	Physique et psychique 4 IDE2
	Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prendre soin physiquement, ça va être de par tous les soins techniques qu'on t'apprend à l'école.</b></li> <li>- <b>C'est administrer les antibiotiques aux heures où on te les demandes,</b></li> <li>- <b>Faire tes pansements</b></li> </ul>	Soins physiques

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ça va être du soin purement physique, qui ont un but uniquement dans le physique</b></li> <li>- Qu'ils aient pas mal</li> <li>- <b>Est-ce que vraiment il est confortable</b></li> <li>- <b>Est-ce que vraiment il est bien installé</b></li> <li>- Qu'ils soient confortables</li> <li>- Lui faire des soins de confort.</li> <li>- S'il a mal, si il a besoin d'être réinstallé,</li> <li>- Le masser</li> <li>- Quand ils sont intubés, ils peuvent avoir soif donc lui proposer des soins de bouche</li> <li>- Ils peuvent pas boire donc lui mettre des compresses humides...</li> <li>- Je leur propose toujours un petit gant frais</li> <li>- <b>En faisant le shampoing de ton patient, lui faire un petit message du crâne</b></li> <li>- <b>Tu vas masser un petit peu les mollets en même temps</b></li> <li>- <b>Ça détend</b></li> <li>- Ça passe par les préventions d'escarres</li> <li>- Les soins de bouche</li> </ul>	<p><b>Assurer le confort, Massage , gestuelle</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Il ya tout le côté psychique</b></li> <li>- <b>Ça va être prendre le temps</b></li> <li>- Le mieux en soins c'est essayer de prendre un maximum de temps</li> <li>- On essaye de faire moitié toilettes la nuit moitié le jour, on fait deux toilette la nuit et deux toilettes la journée</li> <li>- <b>Prendre le temps de lui faire un massage au lieu de faire un effleurage des points d'appui,</b></li> </ul>	<p><b>Prendre le temps</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais des fois en fait de comprendre pourquoi ils vont, pourquoi ils sont agités, ça nous permet de pouvoir avancer aussi</li> <li>- <b>Avoir des petites discussions,</b></li> <li>- Humainement, c'est être à l'écoute</li> <li>- <b>Avoir des petites blagues parfois si on sent que le patient est réceptif,</b></li> <li>- <b>Essayer de le faire rire,</b></li> <li>- <b>J'ai rigolé avec elle,</b></li> </ul>	<p><b>Echanger</b></p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>C'est tout bête, mais ça la fait sourire</b></li> <li>- <b>Tu dis que au moins quand t'es avec elle, elle a un peu souri quoi.</b></li> <li>- C'est savoir pourquoi, en lui posant des questions savoir pourquoi, ils pourquoi il est angoissé qu'est-ce qui va pas, est-ce que c'est la douleur, est-ce que c'est un tube qui le gêne, est-ce qu'il a soif...</li> <li>- Nous souvent c'est savoir s'il a mal. C'est quand même la base parce que souvent il va être des fois être agité ou pas bien ou inconfortable parce qu'il a mal.</li> <li>- Il faut après avoir compris, il faut aussi traiter le problème, parce que c'est bien d'avoir compris, mais si derrière il n'y a pas d'action, ça sert à rien aussi</li>   <li>- Ils se réveillent les premières personnes qui voient, c'est nous, on est là pour les rassurer au maximum</li> <li>- Rassurer les patients, en essayant de leur parler calmement,</li> <li>- Le contact aussi, la gestuelle</li> <li>- Lui caresser le bras, lui prendre la main quand il est inquiet.</li>   <li>- <b>Trouver un truc qu'il aime bien à la télé</b></li> </ul>	<p><b>Rassurer (parole, gestes) 4</b></p> <p><b>personnaliser</b></p>
Spécificité avec le patient intubé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>C'est complètement différent</b></li> <li>- C'est particulier</li> <li>- <b>C'est plus difficile</b></li> <li>- <b>Ça te demande à toi d'être beaucoup plus attentif</b></li> <li>- <b>Ça demande plus de choses autour qu'un patient lambda</b></li>   <li>- <b>Ce n'est pas confortable d'être intubés et réveillé</b></li> <li>- Une fois que les patients sont réveillés avec la sonde d'intubation, c'est pas toujours facile à supporter</li> <li>- L'installation</li> <li>- Souvent ils sont aussi mal installés</li> <li>- Les positions demi-assises</li> <li>- Pas bouger de position</li> <li>- Ils ont différents types de douleur</li> </ul>	<p><b>Difficulté + d'attention</b></p> <p><b>Inconfort</b></p>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Déjà juste la considérer</b></li> <li>- <b>Tu es dans le respect de, c'est une personne c'est pas juste un patient dans un lit que tu dois savonner...</b></li> <li>- <b>Nous on passe notre temps à dire aux médecins « le patient a eu une écho-cœur ? c'est génial, sauf que tu peux lui remettre sa chemise en fait, t'es pas obligé de le laisser torse à l'air »</b></li>   <li>- <b>C'est ton patient, dis-lui bonjour, dis-lui que tu t'occupes de lui.</b></li> <li>- <b>S'adresser à elle et lui parler à elle ou a lui,</b></li> <li>- <b>La base du respect de ton patient, c'est déjà de lui parler</b></li> <li>- <b>Gentiment tu vas dire "ça va monsieur, vous avez mal quelque part ? Vous avez besoin de quelque chose ?</b></li> <li>- <b>Chaque soin que tu fais, chaque geste, il faut le dire</b></li>   <li>- Lui dire je comprends pas ce que vous me dites, mais on va essayer</li> <li>- <b>J'ai fait la toilette de ma patiente, on a discuté et puis c'est pas facile parce que, elle ça fait longtemps qu'elle est chez nous et qu'elle en a marre et que, elle voit pas le bout.</b></li> <li>- L'écoute c'est vraiment important, d'être à l'écoute de son patient pour pouvoir au mieux le soigner.</li>   <li>- Le fait de les rassurer</li> <li>- Il faut le rassurer.</li> <li>- Ce qui est important en réanimation c'est vraiment de rassurer les patients, en essayant de leur parler calmement</li> <li>- <b>On a essayé de la rassurer et de lui montrer les avancées qu'il y avait eu et de lui montrer que tout ça c'était du positif et qu'il fallait le prendre en compte, même si elle tout ce qu'elle voyait c'était le chemin qui reste à parcourir. Mais en fait elle en a déjà fait et bien souvent ils le voient pas ce qu'ils ont déjà fait</b></li> </ul>	<p><b>Considérer l'humain Et son intimité</b></p> <p><b>S'adresser à la personne</b></p> <p><b>Echanger</b></p> <p><b>Rassurer 2 + (12)</b></p> <p><b>-Par la parole 2</b></p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je te dis le contact aussi moi, la gestuelle je pense, lui caresser bras lui prendre la main quand il est inquiet.</li> <li>- Leur prendre la main</li> <li>- Rien qu'un geste</li> <li>- Il y a quand même le contact</li> <li>- On est auprès du patient donc déjà lui prendre la main, lui caresser bras</li>   <li>- Être présent,</li> <li>- Rester des fois auprès d'eux</li> <li>- Si on est auprès d'eux, ça les rassure</li> <li>- Rien que des fois rester auprès d'eux,</li> <li>- C'est pour ça que aussi les portes sont ouvertes. Quand on est dans une autre chambre voilà on peut quand même leur dire on n'est pas loin...</li>   <li>- <b>J'ai pris le temps de lui faire un petit massage du crâne,</b></li> <li>- Prendre un peu plus de temps ou demander à mes collègues de faire les soins</li> <li>- Elles vont pas forcément demander à réavoir une petite toilette dans la journée, donc leur proposer une petite toilette, qu'ils se sentent au mieux.</li>   <li>- <b>Sur les temps où on n'est pas en chambre, où on est sur nos paillasses et où on parle des patients sans être devant eux.[...] alors on le fait de dire la dame au 8 ou le patient du 10 ou... alors peut-être que là je suis dans l'irrespect et je m'en rends plus compte, mais moi ça ne me perturbe pas.</b></li> <li>- <b>Tu te rappelles des tient c'est déjà pas mal, de dire tient untel, telle chambre la pancréatite... bon c'est... on va te dire que c'est pas bien. Bon on dit pas au monsieur que c'est une, enfin, devant lui tu ne dis pas tiens la pancréatite comment elle va ?</b></li> <li>- <b>Avant de rentrer dans sa chambre tu vérifies son nom.</b></li>   <li>- J'essaie toujours de me dire si c'était un proche à moi, comment j'aimerais qu'il soit traité.</li>   <li>- <b>Ton rôle, il est de rentrer dans la chambre et de commencer par regarder ton patient</b></li> </ul>	<p><b>-Par les gestes 5</b></p> <p><b>-Par la présence 5</b></p> <p><b>Prendre le temps 3</b></p> <p><b>Manière de parler des patients 3</b></p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Regarde ton patient, avant de regarder tes machines,</b></li> <li>- <b>Regarde ton patient, déjà d'une parce que tu l'évalueras mieux en le regardant, mais en plus parce qu'il est là quoi</b></li>   <li>- Il faut aussi accepter de passer la main, si toi tu comprends pas, tu peux demander à ta collègue, est ce que elle comprend ?</li> <li>- C'est bien aussi de de passer la main à quelqu'un d'autre, qui va peut-être être plus disponible à ce moment-là pour prendre le temps</li>   <li>- Une collègue elle trouvait et qu'il y avait une odeur dans sa chambre, bah elle la patiente dans la nuit elle a demandé "je peux avoir une toilette?" Elle lui a dit: "bah vous aurez votre toilette tout à l'heure pourquoi vous voulez..." et quand elle a soulevé le drap, elle a vu qu'elle était dans les selles et elle lui a dit "mais pourquoi vous m'avez pas dit que vous étiez dans les selles? Bien sûr on vous aurait lavé tout de suite!"</li> </ul>	<p><b>Ligne directrice</b></p> <p><b>Regarder le patient</b></p>  <p><b>Accepter de passer le relais</b></p>
	Non respect	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>C'est clairement rentrer dans une chambre et commencer tes constantes et puis lui faire la toilette et sans lui décrocher un mot</b></li> <li>- <b>Ton patient, t'es en train de lui faire des soins, t'es en train de lui faire une toilette, t'es en train de le déshabiller pour le laver et tu lui parles pas, tu le préviens pas que tu le déshabilles, tu le préviens pas que tu vas...</b></li> <li>- <b>Tu lui demandes pas si l'eau la température lui convient, tu lui demandes pas, c'est pas respectueux du tout.</b></li> <li>- <b>Tu lui as pas encore parlé, ça fait vingt minutes que tu es dans sa piaule</b></li> <li>- <b>C'est un truc qui est posé dans un lit, dont tu dois t'occuper. Mais est-ce qu'il a une conscience à lui, est-ce qu'il a le droit de s'exprimer, on sait pas trop quoi</b></li>   <li>- Ça va être un patient qui s'agite on comprend pas pourquoi et on va pas forcément chercher pourquoi</li> <li>- Ne pas essayer de comprendre</li> <li>- Ne pas être à son écoute</li>   <li>- Soit on ne s'attarde pas</li> </ul>	<p><b>Ne pas lui parler</b></p>     <p><b>Ne pas chercher à comprendre</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas prendre le temps</li> <li>- <b>Tu prends pas le temps de communiquer avec,</b></li> <li>- On va fermer la porte</li> <li>- <b>Que tu ne le regardes pas,</b></li> <li>- Tu lèves pas le drap, comme ça tu vois pas et tu n'as pas y'a pas de selles parce que t'as pas vu.</li> <li>- Ça dépend comment on lui parle au patient. Ça peut, c'est sûr que si on agressifs si on a des propos pas adaptés...</li> <li>- Dormez ça ira mieux demain,</li> <li>- Lui dire qu'il nous fatigue</li> <li>- On verra demain, la relève arrive on verra avec eux..</li> <li>- Lui dire, vous me fatiguez,</li> <li>- On dit qu'on n'a pas le temps,</li> <li>- [On dit qu'] on a autre chose à faire,</li> <li>- Dire ça va passer ça ira mieux</li> <li>- Dire qu'il y a en d'autres</li> <li>- [Dire] on a d'autres choses à faire,</li> <li>- S'exprimer verbalement en lui disant: "je comprends pas c'est bon j'ai pas que ça à faire", "j'ai d'autres choses à faire"</li> <li>- <b>Dire "ah ouais l'autre poivrot de la 9 là", là on est déjà plus dans le jugement.</b></li> </ul>	<p><b>Ne pas prendre le temps</b></p> <p><b>Ne pas regarder</b></p> <p><b>Discours donné au patient</b></p> <p><b>Manière de parler du patient</b></p>
	Raisons	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ça c'est pas des choses qui moi me semblent irrespectueuses, mais peut-être que ça l'est, mais je me rends plus compte</b></li> <li>- <b>Je pense que c'est aussi beaucoup à travers notre prisme de valeurs et notre vision des choses.</b></li> <li>- <b>On a pas tous la même la frontière, elle est pas au même endroit pour tout le monde probablement.</b></li> <li>-</li> <li>- Les conditions c'est difficile</li> <li>- On manque toujours de personnel et de matériel</li> <li>- <b>Ça peut vite être oublié.</b></li> </ul>	<p><b>Spécificité du soignant</b></p> <p><b>Conditions d'exercice avec multiples</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tu as des machines partout</li> <li>- Tu as des trucs qui sonnes régulièrement et dans tous les sens</li> <li>- On t'apprend des normes, on t'apprend des choses, et quand tu es jeune diplômé ou jeune de réanimation, peu importe, ça te rassure ces chiffres</li> <li>- C'est un service plus pointu, plus technique,</li> <li>- Il y a beaucoup d'examens tout le temps</li> <li>- Tu as tellement de technique, que ça peut vite prendre le pas sur l'humain derrière.</li>   <li>- Je dirai qu'elle [la dignité] peut plus facilement être non respectée. Parce que déjà d'une il ne pourra pas la faire respecter lui-même</li> <li>- [La dignité] elle est plus fragile</li> <li>- Et puis ce que d'autres patients dans d'autres services ou non intubés pourraient faire, en disant "Et oh", enfin je veux dire moi il y a un médecin qui rentre dans ma piaule et qui m'enlève le drap pour le faire examen. "on va se détendre, on va se dire bonjour déjà". Parce que tu es conscient, tu peux t'exprimer donc tu vas le dire.</li> <li>- Un patient ventilé, il pourra pas le dire</li>   <li>- T'es dans ta routine de boulot, ça fait longtemps</li> <li>- Puis t'as juste une température a aller reprendre t'as juste un petit truc, un antibiotique à aller poser, et clac clac et tu ressors et en fait tu ressors et tu dis... "Je suis rentré, je suis ressortie et il sait pas pourquoi je suis venue" voilà ça peut très vite être oublié.</li>   <li>- On va être un peu plus débordée,</li> <li>- On va avoir moins de temps</li> <li>- On n'a pas toujours le temps non plus de rester.</li> <li>- Faut en avoir la capacité, on est toujours en réanimation donc quand on a un patient qui va mal, on peut passer la nuit dans la chambre de notre malade et pas en sortir, donc on va pas forcément voir l'autre</li> <li>- <b>T'es dans le jus</b></li> </ul>	<p><b>sollicitation techniques</b></p> <p>9</p> <p><b>Vulnérabilité du patient</b></p> <p><b>Routine</b></p> <p><b>Manque de temps</b></p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>T'as plein de choses à faire</b></li> <li>- <b>Puis t'es épuisée</b></li> <li>- On va être fatigué</li> <li>- Des fois t'es plus fatiguée</li> <li>- On va avoir moins de patience</li> <li>- <b>Par ce que à un moment donné, moi je considère comme physiquement impossible, humainement impossible de se rappeler tout le temps des noms de tout le monde</b></li> <li>- des fois tu as la flemme</li> <li>- ça va être la solution de facilité</li> </ul>	<p><b>Fatigue du soignant</b></p> <p><b>Limite humaine</b></p>
	Définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La dignité du patient c'est savoir que le patient c'est un être humain</b></li> <li>- <b>Si tu n'enclenches pas une discussion avec et que tu ne le regardes pas, que tu prends pas le temps de communiquer avec, tu respectes pas, parce que tu ne le considères en tant que personne. C'est un truc qui est posé dans un lit, dont tu dois t'occuper. Mais est-ce qu'il a une conscience à lui, est-ce qu'il a le droit de s'exprimer, on sait pas trop quoi</b></li> </ul>	



<p>NOM : Rame</p> <p>PRENOM : Léa</p>
<p>TITRE DU MEMOIRE : Le respect de la dignité du patient intubé et non sédaté en réanimation au travers de la communication infirmière.</p>
<p>This thesis deals about the respect for dignity through communication with intubated and conscious patients in intensive care. My internship experiences led me to question the patient's respect.</p> <p>Communication is omnipresent in the nursing practice and is disturbed by the physical limitations of the intubated patient which complicate the care. We can therefore ask ourselves the question: "In intensive care, how does nursing communication influence respect for the dignity of the intubated and non-sedated patient? "</p> <p>The interest of this research is to understand how professionals apply the notions of respect for dignity, communication and care in their daily work and what difficulties they encounter. That's why i interviewed two nurses working in intensive care.</p> <p>My study shows that respect for the patient's dignity depends on the communication and actions of the caregiver. It is therefore important to make professionals aware of the impact of their practices on patients.</p>
<p>Ce travail de fin d'étude aborde le sujet du respect de la dignité par la communication avec les patients intubés et éveillés en réanimation. Mes expériences de stage m'ont amenée à me questionner sur le respect du patient.</p> <p>La communication est omniprésente dans la pratique infirmière et est perturbée par les limitations physiques du patient intubé qui complexifient la prise en soin. Nous pouvons donc nous poser la question : « En réanimation, en quoi, la communication infirmière influence-t-elle le respect de la dignité du patient intubé et non sédaté ? »</p> <p>L'intérêt de cette recherche est de comprendre comment les professionnels mettent en application les notions de respect de la dignité, de communication et de prise en soin dans leur quotidien et quelles sont leurs difficultés. J'ai pour cela interrogé deux infirmières travaillant en réanimation.</p> <p>Il ressort de mon étude que le respect de la dignité du patient dépend de la communication et des agissements du soignant. Il est donc important de sensibiliser les professionnels à l'impact de leurs pratiques vis-à-vis des patients.</p>
<p>KEY WORDS : Nurse communication, Critical care, non-sedated mechanically ventilated patient, respect, dignity, patient-focused care</p>
<p>MOTS CLES : Communication infirmière, réanimation, patient intubé non sédaté, respect, dignité, prendre soin</p>
<p>INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : IFSI Chu Pontchaillou</p> <p>Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes</p> <p>TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2021</p>