

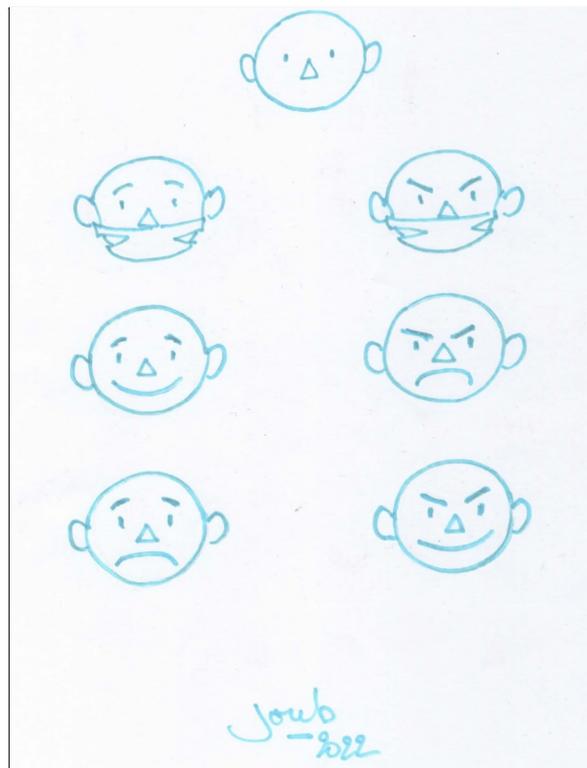


Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

COVID 19 en soins palliatifs : Impact du masque sur les échanges soignants soignés



Formateur référent mémoire : Lisa DJADAOUJEE

SIMON Angélique

Formation infirmière

Promotion 2019-2022

Date : 2 mai 2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'infirmier

Travaux de fin d'études :

COVID 19 en soins palliatifs : Impact du masque sur les échanges soignants soignés

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

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

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

Le 02/05/2022

Identité et signature de l'étudiant : Angélique Simon

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

A Joshua mon soutien de tous les instants, et sans qui je ne me serais jamais engagée dans ces trois années.

Je remercie ma guidance Lisa et mon formateur de suivi pédagogique Christophe tous les deux toujours disponibles et bienveillants.

A l'équipe emergency, Momo and So, qui tel des supers héros sont intervenus au bon moment.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFSI qui malgré une crise sanitaire a su s'adapter et nous soutenir, ainsi que les équipes en stages et les deux infirmières interrogées.

A Sophie, Christine, Elodie, Martine, Marie, Véronique, Marie-Jo, Alain, Olivier, Max, Youen et Joub, l'équipe qui a su redonner toujours et encore plus de courage et d'amitié. Pardon à ceux que je ne cite peut-être pas.

Merci aux mousquetaires, ces trois années n'ont effectivement pas été un long fleuve tranquille.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Les soins palliatifs	4
1.1 Définition	4
1.2 Histoire	4
1.3 Quelques concepts relatifs aux soins palliatifs	5
1.3.1 Dignité	5
1.3.2 Bienveillance	6
1.3.3 Ecoute	6
1.4 Les besoins de la personne en fin de vie selon l'HAS	7
2. La communication	8
2.1 Définition	8
2.2 Emotion	9
2.3 Définition relation soignant-soigné	10
3. Port du masque et réalité soignante	11
3.1 La Covid 19	11
3.2 Bénéfices du port du masque	11
3.3 Difficultés du port du masque	12
3.4 Impact dans la relation soignant-soigné	13
Dispositif méthodologique du recueil de données	14
Analyse descriptive des entretiens	15
De la synthèse à la problématisation	17
Conclusion	20
Bibliographie	
Annexes	

“Nous ne saurons jamais tout le bien qu’un simple sourire peut être capable de faire”

(Mère Teresa)

I. Introduction

Actuellement étudiante infirmière en troisième année, il me faut effectuer un travail d'initiation à la recherche, celui-ci en lien avec plusieurs unités d'enseignement : 3.4 "Initiation à la démarche de recherche", 5.6 "Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles" et 6.2 "Anglais". Ce travail part de situations vécues et est étoffé par l'intérêt personnel que je porte aux échanges entre les soignants et les patients, et plus précisément avec des patients en soins palliatifs. L'étude de certains concepts et des enquêtes menées auprès d'infirmiers m'ont permis de réaliser cette recherche.

Depuis le mois de mars 2021 je travaille en tant qu'aide soignante un week-end sur trois dans un service où sept lits sont dédiés aux soins palliatifs, l'apparition du COVID 19 à changer notre vie de tous les jours nous imposant le port du masque chirurgical jusque dans les hôpitaux. Mes deux situations d'appel se passent au service de médecine d'un centre de soins d'oncologie, celui-ci est formé d'une vingtaine de lits dont sept en soins palliatifs. Les annonces de l'impossibilité de traitements curatifs sont parfois faites pendant l'hospitalisation. C'est une nouvelle bien souvent difficile à gérer psychologiquement et les patients ont besoin d'être rassuré sur la continuité des soins et de l'intérêt que nous portons à leur bien être.

En tant qu'aide soignante, je travaille l'après-midi, un secteur de sept chambres nous est alloué à une infirmière et moi, et nous travaillons en binôme toute l'après-midi. Les soins étant moins denses en fin de journée, cela nous permet de faire un premier tour de chambre pour nous présenter et passer du temps avec le patient.

Afin de comprendre comment la question de départ est arrivée je vais dans un premier temps vous présenter les deux situations d'appel qui ont fait émerger ce questionnement, ensuite dans un cadre théorique les principaux concepts de cette question seront étudiés, puis à la suite de deux entretiens et l'analyse de ceux-ci je vais présenter ma discussion avec la nouvelle question qui a découlée de mes recherches et questionnements pour enfin conclure.

Ma première situation se joue en rentrant dans la chambre d'un patient, l'infirmière et moi portons notre masque (période COVID oblige), le patient assis sur son fauteuil attendait la visite d'un proche. Nous nous sommes, l'ide et moi même présentées et avons commencé les soins prescrits. Une fois terminé le patient nous a fait part de son annonce de prise en charge en soins palliatifs faite quelques jours auparavant, il était calme, paraissait accepter la suite, nous lui avons tout de suite rassuré sur notre intention d'être présentes au mieux et que pour cela il pouvait nous solliciter à tout moment.

La discussion était pleine d'émotions, ses yeux plein de larmes il nous disait qu'il était prêt qu'il avait bien vécu et que les soignants présents le rassuraient, pourtant il voulait pour les derniers jours pouvoir partir avec le souvenir de visages si bienveillants qui l'accompagnaient pour cette dernière partie de sa vie, et nous a simplement demandé d'enlever nos masques.

Je pense que sans vraiment réfléchir ni l'une, ni l'autre nous nous sommes exécutées, les masques sont tombés et les larmes ont coulé, une relation particulière venait de nous envahir et plus que les soins prescrits, un sentiment d'aboutissement, de réel soin de relation m'a envahit.

La deuxième situation se passe auprès de Monsieur C, 74 ans atteint d'un mélanome métastatique avec atteinte cérébrale il est hospitalisé dans le service depuis deux jours pour céphalées, une surveillance neurologique toutes les quatre heures est en place.

Monsieur est sourd, il est totalement autonome, très sociable, il aime échanger (toute communication se fait par écrit à l'aide d'un tableau) il aime passer du temps à l'extérieur. Monsieur est marié depuis plus de 50 ans, sa femme elle aussi est sourde. Le patient est dans le service en attente d'une place pour une opération en neurochirurgie.

Pendant les transmissions l'infirmière du matin nous précise que le patient a vu le médecin, que celui-ci lui a expliqué la situation, monsieur C doit être opéré dès que possible, qu'il y a une atteinte cérébrale dû à des métastases, elle nous précise aussi que la communication est compliquée, qu'il est très difficile d'expliquer par écrit la situation de monsieur, celui-ci comprend mieux lorsqu'il lit sur les lèvres mais qu'avec le masque il est difficile de communiquer. L'IDE de ce matin a choisi d'enlever son masque pour laisser monsieur lire sur ses lèvres.

Le fait que ma collègue du matin enlève son masque m'a surpris, je me suis dit qu'elle n'avait juste pas eu assez de temps pour pouvoir tout simplement écrire sur le tableau disponible dans la chambre du patient.

Sachant que j'interviens auprès d'une personne sensible, il me semble important de prévoir plus de temps avec ce patient. La communication est importante, le soin doit être compris et accepté par le patient. Je voulais être capable de me faire comprendre sans pour cela devoir enlever mon masque.

En arrivant dans la chambre, avec le masque j'ai fait un signe de la main pour dire bonjour au patient et suis allée prendre le tableau, j'ai inscrit mon prénom et j'ai écrit " bonjour". Il a fallu expliquer que j'étais l'aide soignante d'après-midi, que je restais dans le service et qu'il pouvait appeler à l'aide de la sonnerie à n'importe quel moment selon ses besoins, je lui ai ensuite demandé si il avait des douleurs, c'est là qu'il a commencé à me dire qu'il était triste qu'il ne comprenait pas pourquoi et quand il serait opéré, j'ai essayé de lui écrire les explications sur la tablette mais ses questions étaient de plus en plus rapides et il ne comprenait pas les explications indiquées sur le tableau. Au bout de quelques minutes monsieur exprimait de plus en plus de tristesse, sa femme lui manquait et comme il avait pris le seul téléphone portable que tous les deux possédaient il lui était impossible de lui envoyer un message, le voyant si désemparé et dans l'incroyable incompréhension totale j'ai enlevé mon masque pour que monsieur C puisse voir mon visage en entier, un sourire et qu'il puisse lire sur mes lèvres .

Dès que j'ai enlevé mon masque la communication est apparue beaucoup plus fluide, monsieur comprenait sa situation, nous a expliqué qu'il se sentait seul, que sa femme lui manquait. Il nous a dit qu'il était là tout seul depuis deux jours sans rien faire, c'est alors que je lui ai proposé d'être accompagné à l'extérieur pour marcher un peu. Monsieur en était très heureux. Une aide soignante est venue quelques minutes après pour l'emmener marcher un peu et pouvoir discuter, le fait d'enlever le masque l'a rassuré et permis de mieux comprendre ce qu'il allait se passer, à la fin de la journée monsieur avait le sourire et nous a remercié.

Dans le soin, la communication est très importante, le port du masque cache la partie inférieure du visage et perturbe ainsi la relation soignant/soigné.

Lors des deux situations exposées, le masque a été un frein dans la communication et malgré l'obligation du port de celui-ci, il m'a fallu faire le choix de retirer celui-ci en respectant les gestes barrières.

Je me suis posée plusieurs questions : Pourquoi ai-je enlevé le masque ? Le soin palliatif a-t-il influencé mon choix ? Les gestes barrières ont-ils été respectés ? Qu'apporte le visage entier dans la communication ? La communication verbale est-elle suffisante dans la relation soignant-soigné ?

Le masque brouille-t-il la communication ? Est-il possible de créer cette relation basée sur l'empathie, la confiance et le soutien lorsque les visages sont cachés ?

Le port du masque est devenu obligatoire depuis l'apparition de la pandémie du COVID dans tous les services hospitaliers, en soins palliatifs aussi. La communication en est perturbée.

Mots clés : Communication soignant soigné, soins palliatifs, pandémie, masque chirurgical.

En quoi le port du masque chirurgical impacte-t-il la qualité des échanges (émotionnels) entre le soignant et le patient en soins palliatifs ?

II. Cadre conceptuel

1. Les soins palliatifs

1.1 Définition

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé), une première définition est faite en 1990 puis modifiée en 2002, celle-ci précise que "Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance".

Régulièrement dans les unités de soins, les patients peuvent entrer en soins palliatifs lorsque toutes thérapeutiques curatives ont été tentées. L'OMS décrivait en 1990 les soins palliatifs comme "des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale". Il est donc bien précisé que la prise en charge du patient continue tout au long de sa vie.

L'OMS "considère la mort comme un processus normal" et les soignants "n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients". Tous les aspects de la vie de la personne sont pris en compte en soins palliatifs, la prise en soin est et reste globale.

1.2 Histoire

Impulsé en Grande Bretagne au XIXe siècle par le "mouvement des hospices", le concept de soins palliatifs apparaît. Il se développe, jusqu'en 1986, grâce à plusieurs auteurs.

En 1950 avec le Dr Cicely Saunders en Angleterre qui se questionne sur le soulagement physique et psychologique de la douleur (apparition du "total pain" douleur physique, douleur spirituelle, douleur sociale et douleur morale annexe) et en France avec Jeanne Garnier qui s'intéresse aux malades incurables.

Puis en 1967, lorsque s'ouvre le St Christopher'S Hospice fondé par Cicely Saunders en Angleterre hôpital spécialisé dans les soins palliatifs.

De plus, en 1969 d'Elisabeth Kübler-Ross va décrire les "stades du mourir".

C'est vraiment en 1986 avec la "Circulaire Laroque" que le mouvement de soins palliatifs en France prend son essor avec l'ouverture, à Paris, de la première unité de soins palliatifs par le Dr Maurice Abiven à l'hôpital international de la Cité Universitaire.

En 1989, est créée la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. Entre 1990 et 1993 celle-ci propose de mettre en place des "normes planchers" afin de définir l'appellation d'unité ou de

centre de soins palliatifs, tout ceci en s'appuyant sur la qualité des soins et en prônant la formation des soignants aux soins palliatifs.

En 1990 s'organise le premier congrès de soins palliatifs où François Mitterrand fait le discours d'ouverture, suite au succès de celui-ci depuis 2002 le forum devient annuel. Le prochain se tiendra à Bordeaux du 15 au 17 juin 2022.

Loi du 9 juin 1999 sur les soins palliatifs " toute personne malade dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement".(Les soins palliatifs UE 4.7 S5)

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade rappelle que le droit aux soins palliatifs est un droit fondamental de la personne malade.(Les soins palliatifs UE 4.7 S5)

1.3 Quelques concepts relatifs aux soins palliatifs

Il me semble important de préciser ici quelques concepts en soins palliatifs. Beaucoup de concepts importants existent, j'ai fait le choix d'étudier ceux qui pour moi étaient en relation avec ma recherche et devaient être soulignés .

1.3.1 Dignité

Selon Lise Michaux "Avec le respect, la dignité est l'une des valeurs soignante le plus souvent mise en exergue par les professionnels de la santé". (Michaux, 2017, p 54)

Le Larousse définit la dignité comme le "respect que mérite quelqu'un ou quelque chose."

Dans un premier temps, le concept de Dignité apparaît dans les soins en général et particulièrement en soins palliatifs, comme la notion qui permet aux patients de se sentir reconnu jusqu'au bout.

Ainsi pour Hegel, "je ne suis pas humain si je ne suis pas reconnu comme tel par autrui. Le secret de ma dignité se trouve dans le regard qu'autrui porte sur moi". (Paillard, 2016, p. 157), d'où l'importance du regard du soignant dans le soin.

Selon l'article R 4312-2 du code de la santé publique "l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Elle respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille".

Pour Lise Michaux "La dignité correspond au respect que mérite tout être humain. C'est également le respect de soi-même, le sentiment de valeur que l'on éprouve, dans un sens proche de l'estime de soi, de l'amour propre, de l'honneur". (Michaux, 2017, p. 54)

Dans leur article Gremion et al précisent "en se préoccupant du respect de la dignité du patient et de son autonomie, le soignant soulage les symptômes tout en gardant l'éventualité d'avoir recours à des mesures réadaptatives ou de maintien de la vie". (Gremion et al., 2011, p. 301)

1.3.2 Bienveillance

Pour l'HAS (Haute autorité de santé) "La bienveillance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins" Privilégier dans le soin la bienveillance qui est une "attention amicale permettant de faciliter un soin, d'établir une communication et établissant l'estime de soi afin de garantir son autonomie". (Paillard, 2016, p. 70) est un point essentiel.

Ainsi L'anesm (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) dans une synthèse de janvier 2012 sur les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles définit la bienveillance comme

Une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. La bienveillance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs. (Synthèse, 2012)

De plus "Les soins terminaux seront évalués pour assurer une qualité de vie la plus optimale possible" (Gremion et al., 2011, p. 301)

1.3.3 Ecoute

L'écoute, est

Une action volontaire d'une personne qui prête son attention à des paroles, du bruit ou tout autre son, et qui se concentre pour comprendre ce qui est entendu. L'écoute revient aussi à accepter de prêter une oreille favorable aux propos d'une personne, par exemple pour suivre ses conseils, voire obéir à ce qui lui est demandé.

Pour Bernard et Musellec "l'écoute du patient impose à la fois de la disponibilité et des qualités d'observateur attentif". (Bernard & Musellec, 2020, P. 77) En effet, il ne suffit pas seulement d'entendre des sons mais bien d'être attentif à ce qui est transmis.

Ce qui est précisé dans l'ouvrage *communication soignant-soigné repères et pratiques*

Pour peu que l'on ne soit pas physiologiquement sourd, l'écoute peut paraître quelque chose d'évident à pratiquer. Il n'en est rien en pratique professionnelle. L'écoute soignante impose une implication affective avec le patient ainsi qu'une attention particulière centrée uniquement sur le patient. Un soignant en position d'écoute induit un relationnel particulier, proximal, avec celui qui l'écoute. On pourrait le qualifier d' "intimité professionnelle". L'écoute permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle, c'est-à-dire de percevoir,

au-delà des sons, son humanité : ses craintes et ses forces, ses doutes et ses certitudes, ses éléments d'équilibre et de faiblesse. (Bioy & Bourgeois, 2003, p. 39)

Ainsi pour Gremion et al "à l'écoute des patients, le personnel soignant tentera d'apaiser la souffrance, de soutenir et ceci en assurant un échange de qualité" (Gremion et al., 2011, p.203) cet échange marque l'instauration d'un échange de qualité .

Et en point de veille des soignants il est noté que "l'écoute constitue un des dispositifs de la relation d'aide". (Michaux, 2017, p. 59)

Deux qualités qui permettent d'instaurer une relation de confiance entre soignants et soignés.

1.4 Les besoins de la personne en fin de vie selon l'HAS

Les trois précédents concepts se réunissent selon l'HAS (Haute Autorité de Santé) de la façon suivante

Les besoins fondamentaux de l'homme tiennent à son humanité même : ils sont constants, Les personnes en fin de vie sont en situation de vulnérabilité, elles justifient une prise en compte spécifique et scrupuleuse de besoins souvent complexes et difficiles à exprimer, voire à repérer. Ils concernent tout autant le corps que la dimension psychoaffective et la vie sociale de la personne. (*Accompagnement Des Personnes En Fin De Vie Et De Leurs Proches*, 2004)

On peut identifier "Les besoins de confort, au sens de bien-être, s'avèrent déterminants en fin de vie. Toute personne malade souhaite que ses douleurs physiques soient atténuées et que l'on prenne en compte ses souffrances morales."(HAS,2004)

La prise en charge de ces douleurs est "un pré-requis des stratégies mises en œuvre dans l'accompagnement de la fin de vie"(HAS,2004)

Et "L'information et la communication au sein des relations qui s'établissent relèvent d'un besoin et d'une exigence encore trop souvent négligés. Une telle approche ne doit pas compromettre les besoins d'intimité, de respect de la sphère privée et de vie émotionnelle."(HAS,2004)

"La personne malade et ses proches doivent être reconnus dans leurs convictions". Il faut essayer de répondre aux besoins spirituels (religieux, philosophiques...) car sinon cela peut générer une véritable souffrance". (HAS, 2004)

Nous pouvons conclure que "repérer et entendre les besoins fondamentaux des personnes en fin de vie" nécessite une prise en soins dans leur globalité et de leur consacrer une extrême attention et une haute considération. (HAS, 2004)

2. La communication

2.1 Définition

La communication est un point essentiel dans la relation soignant-soigné et à plus forte raison dans les soins palliatifs.

Ainsi selon Anzieu.D et Martin.J Y, la communication est “ l’ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s’effectue l’opération de mise en relation d’une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs personnes (récepteur), en vue d’atteindre certains objectifs”. (Martin & Anzieu, 2013, p. 189)

Pour le ministère des solidarités et de la santé “une communication de qualité va au-delà de l’information, elle exige écoute, empathie, vis-à-vis des usagers et connaissance de leurs droits”.

(« *Communiquer, C'est Soigner !* », 2019)

Et dans Recherche en soins infirmiers, “la relation et la communication sont des termes omniprésents dans la littérature infirmière pour décrire la rencontre entre l’infirmière et le soigné” (Verdon et al., 2013, p. 92).

Selon Thérèse Psiuk dans l’espace intime du soin

La communication doit être considérée comme un système multicanal, auquel l’acteur social participe à tout instant, à la fois par une communication verbale et paraverbale, mais également par une communication non verbale”. “on ne peut pas ne pas communiquer et même le silence est significatif. (Psiuk, 2008, p.14)

Le Larousse définit la communication verbale comme une communication “qui se fait de vive voix et non par écrit “

Selon Rudyard Kipling “Les mots sont les médicaments les plus efficaces utilisés par l’homme”. (Bernard & Musellec, 2020, p.XV)

Franck Bernard et Hervé Musellec, écrivent dans la communication dans le soin que le langage non verbal représente 55 % de la communication et que “La plus grande partie est involontaire et inconsciente. Lors d’une situation relationnelle notre corps émet des messages”. (Bernard & Musellec, 2020, p. 51)

Dans Recherche en soins infirmiers 2008/2 (N°93) Thérèse Psiuk dans L’Espace intime du soin précise “une infirmière qui réalise un soin technique est en interaction ; elle peut effectuer le soin sans prononcer une parole mais elle communique obligatoirement par le regard, le geste, les postures”. (Psiuk, 2008, p.14)

Plus précisément, Antoine Bioy, Françoise Bourgeois et Isabelle Nègre dans la communication soignant-soigné, nous décrivent cette communication comme se composant de plusieurs éléments

“la distance physique, encore appelée proxémique, l’expression faciale, le contact des yeux, le contact physique, la posture, les gestes, l’apparence, ainsi que les odeurs.” (Bioy & Bourgeois, 2003, p.53)

Selon le code de déontologie des infirmiers , et les articles 4312-19,4312-20 et 4312-21,

En toutes circonstances, l’infirmier s’efforce par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l’accompagne moralement. L’infirmier à le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d’un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

“L’IDE a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu’à la mort”, “Il assure par des soins et mesures appropriés la qualité d’une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité de la personne.” (Bioy & Bourgeois, 2003, p.51)

Dans tous les cas, la communication utilisera des mots (communication verbale), ou des gestes, des attitudes, voire des silences ou des émotions (communication non verbale).

2.2 Emotion

Dans l’ouvrage “Soins de confort et de bien-être Soins relationnels Soins palliatifs et de fin de vie” l’émotion est définie comme “ issu du latin motio, “mouvement”, et de la particule e qui signifie “qui vient de” l’émotion est en effet un mouvement psychique plus ou moins brusque provoqué par une excitation intérieure” (Hernandez & Ortar, 2016, p 122).

Il en résulte que les émotions apparaissent sur notre visage, elles peuvent provoquer par exemple des larmes pour la tristesse, ou encore un sourire pour un encouragement dès lors “les émotions font partie intégrante de notre mode de relation avec les autres” et plus encore “l’émotion est un vecteur de cette compréhension mutuelle “

Dans communication soignant-soigné “l’émotion est une énergie et particulièrement une énergie qui favorise les actes”, “les périodes de soins sont propices à une expression émotionnelle plus ou moins importante de la part du patient” (Bioy & Bourgeois, 2003, p 42).

Weber détermine quatre éléments de l’action sociale: émotion, tradition, raison instrumentale et raison axiologique, (Mercadier, 2002, p.10)

Dans “Soins de confort et de bien-être Soins relationnels Soins palliatifs et de fin de vie” d’une manière générale, les émotions aident les individus à répondre, à s’adapter aux différentes situations auxquelles il est confronté dans sa vie quotidienne” (Hernandez & Ortar, 2016, p.131)

Et dans communication soignant-soigné, l'expérience émotionnelle des soignants "les émotions du malade et de l'infirmière interagissent même "en cascade" tout au long du soin". (Bioy & Bourgeois, 2003, p.44)

Les psychologies et histoire comme le citent Manoukian peuvent être également liés à des émotions ressenties de part et d'autre. Ainsi la relation soignant/soigné peut être influencée par les émotions de deux protagonistes (soignant et soigné).

Ainsi selon le docteur Guilles de Buttes

L'écoute bienveillante des soignants leur permet souvent d'identifier ces émotions et de faire coller leurs objectifs d'accompagnement du patient à ses propres demandes et besoins du moment, de se fixer avec le patient de petits objectifs, utiliser "les petits moyens" qui sont pour le patient autant de plaisir dans l'instant. (GUILLES DES BUTTES, 2016, p.42)

2.3 Définition relation soignant-soigné

La relation, suivant A.Manoukian et A Masseboeuf dans la relation soignant-soigné, est "une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires". (Manoukian, 2008, p.9)

Et Hildegard Peplau, précise que "une relation interpersonnelle thérapeutique orientée vers un but commun (favoriser le développement de la personnalité) dans laquelle l'infirmière doit d'abord comprendre son propre comportement et ensuite utiliser un processus en 4 phases :

→Orientation

→Identification

→Exploitation

→ Résolution." (Roper, n.d.)

Le Conseil International des infirmiers définit le soin comme :

les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés-malades ou bien-portantes quel que soit le cadre. Les soins englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. (Paillard, 2016, p 423)

3. Port du masque et réalité soignante

3.1 La Covid 19

En 2019, dans la ville de Wuhan en Chine apparaît un nouveau virus appelé SARS-CoV-2, celui-ci étant transmissible par voie aérienne le port du masque devient obligatoire. C'est un changement important dans la vie hospitalière mais également dans la vie au quotidien et c'est pourquoi j'ai choisi de le mettre au cœur de mon questionnement .

Pour l'institut pasteur

La transmission se fait essentiellement par voie aérienne (gouttelettes de postillons émises au cours des efforts de toux mais aussi lors de la parole) et passe par un contact rapproché (moins d'un mètre) et durable (au moins 15 minutes) avec un sujet contagieux. Des particules de plus petite taille peuvent aussi être émises sous formes d'aérosols au cours de la parole, ce qui expliquerait que le virus puisse persister en suspension dans l'air dans une pièce non ventilée (et justifie dans ces circonstances le port du masque). Enfin le virus peut conserver une infectiosité pendant quelques heures sur des surfaces inertes d'où il peut être transporté par les mains ce qui justifie une bonne hygiène des mains. (Maladie Covid-19 (Nouveau Coronavirus), n.d.).

3.2 Bénéfices du port du masque

Le port du masque est régi par un cadre législatif en France.

Selon le site Légifrance (2020),

Afin de ralentir la propagation du virus, les mesures d'hygiène définies en annexe 1 au présent décret et de distanciation sociale, incluant la distanciation physique d'au moins un mètre entre deux personnes, dites barrières, définies au niveau national, doivent être observées en tout lieu et en toute circonstance.

(Décret N° 2020-860 Du 10 Juillet 2020)Prescrivant Les Mesures Générales Nécessaires Pour Faire Face à L'épidémie De Covid-19 Dans Les Territoires Sortis De L'état D'urgence Sanitaire Et Dans Ceux Où Il a été Prorogé, 2020).

Le HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique) "recommande le port d'un masque grand public en tissu réutilisable, répondant aux spécifications Afnor (association française de normalisation) S76-001, de préférence de catégorie 1 dans tous les lieux clos publics et privés collectifs notamment pour les

professionnels”. (*Masques Dans Le Cadre De La Lutte Contre La Propagation Du Virus SARS-CoV-2, 2020*).

Pour l’OMS, “Les masques sont une des mesures clés contribuant à réduire la transmission et sauver des vies. Le port de masques bien ajustés fait partie des mesures que chacun de nous doit appliquer”. (*Organisation Mondiale de la Santé, 2022*).

Pour Jean-Christophe Weber

L’épidémie virale a imposé des restrictions à la proximité corporelle, pour limiter le risque d’être contaminé. Les soignants se sont équipés de masques, de blouses, de lunettes, parfois de gants. Mais il ne faut pas oublier que ces interpositions d’artifices ont pour but de permettre la proximité la plus grande avec le corps du malade, et non d’accroître la distance avec lui. (Worms et al., 2021, p. 63).

L’intérêt principal du port du masque réside dans la protection des personnes contre les virus en général et plus particulièrement contre la maladie infectieuse respiratoire nommée par l’OMS, la COVID 19.

Selon une étude faite par une équipe canadienne demandée par l’OMS et publiée dans *The Lancet* “Le port du masque réduit la probabilité d’être contaminé par le coronavirus de 85% en cas de rencontre avec une personne infectée”. (*Masques Dans Le Cadre De La Lutte Contre La Propagation Du Virus SARS-CoV-2, 2020*)

Le HCSP précise “qu’il n’existe pas de contre-indications dermatologiques, pneumologiques, ORL et phoniatriques ou psychiatriques actuellement documentées au port du masque, quel que soit son type”. (*Masques Dans Le Cadre De La Lutte Contre La Propagation Du Virus SARS-CoV-2, 2020*)

3.3 Difficultés du port du masque

Selon Coralie Gavet, IADE (Infirmier anesthésiste) “Il semblerait qu’il (le masque) ne permette pas de se faire entendre correctement, voire qu’il empêcherait de respirer”. (Gavet, 2021. p1) .

Sylvie, aide-soignante en ehpad explique, quant à elle, que l’on

parle moins longtemps avec le patient car il est difficile de discuter avec un masque, cela demande plus d’effort au niveau pulmonaire et en plus l’air chaud qui est en permanence respiré est très désagréable. [...] Après l’avoir porté plus de 4 heures, j’ai une crise de migraine et un bourdonnement d’oreilles. (Calvignac, 2020)

Et dans actu.fr 76 actu, Coronavirus sans expression du visage, le port du masque rend difficile la communication. “

Les expressions du visage sont un « paramètre très important de la langue”car comme il a été précisé dans le paragraphe précédent sur la communication, le non-verbal est une des

formes de communication les plus importantes. L'être humain se voit privé d'une communication non-verbale.« on pense regarder les yeux, mais en réalité notre cerveau analyse tous les capteurs du visage ; le point d'impact visuel ne s'arrête pas que sur les yeux (Tual, 2020)

Comme le dit Gwenaëlle, devenue sourde à l'âge de six ans, « le masque, c'est la hantise des personnes sourdes. Le port du masque nous perturbe dans la vie au quotidien et dans la vie professionnelle » (Tual, 2020) non seulement les personnes atteintes de surdités sont mises en difficulté mais les personnes soignantes aussi, car comme vu précédemment la communication est un échange.

« Nous sommes confinés, non pas seulement entre des murs, mais aussi entre une fine barrière de papier placé entre soi et l'autre », remarque Marie Oisel, psychologue clinicienne, ici le mot barrière prend tout son sens, ne dit-on pas la barrière de la langue lorsque deux étrangers ne peuvent communiquer « le port du masque, en tant qu'objet d'hygiène, recommandé pour notre protection, vient ébranler notre rapport à l'autre, l'intersubjectivité» ainsi vous remarquerez que lorsque vous rencontrez une personne pour la première fois avec un masque vous imaginez le bas du visage sans même y penser. (Nicotra, 2020)

3.4 Impact dans la relation soignant-soigné

Coralie Gavet, IADE, pense que "Les soignants supportent le masque quotidiennement parce que, depuis leur formation, ils sont conditionnés à comprendre son importance " (Gavet, 2021, p1).

Stephen Bunard pense que « le masque va nous obliger à nous adapter ».

Dans sciences humaines, Laurence, sage-femme de 27 ans, nous précise que les visites auprès des patients sont "beaucoup plus rapides". Elle constate qu'avec le port du masque elle met « beaucoup plus de distance avec [ses] patientes » alors que "La relation soignant-soigné (à l'exception de quelques services hospitaliers où le port du masque est coutumier) est une relation qui se joue le plus souvent à visage découvert. Le sourire y a son importance".(Calvignac, 2020)

Il est en effet inhabituel dans les services "normaux" hospitaliers de porter un masque. L'accueil et la réassurance apportés par un sourire est, et reste, important pour le patient.

III. Dispositif méthodologique du recueil de données

Suite au cadre conceptuel explicité précédemment et afin de comparer les écrits et le terrain, j'ai rencontré deux infirmières exerçant dans un service de soins palliatifs à la tauvrais à Rennes. Pour mener ces entretiens j'ai préparé en amont un guide d'entretien (mis en annexe 1) qui m'a permis d'interroger les deux soignantes.

La méthode d'entretien utilisée est une enquête semi-directive, à partir de questions ciblées les deux infirmières ont pu répondre aux mêmes questions, comme elles le souhaitaient en toute liberté sur des sujets précis, ce qui me permettait d'avoir une nouvelle approche et peut-être des apports nouveaux auxquels je n'aurais pas pensé.

Mon guide d'entretien composé de six questions a trois objectifs :

- Permettre à l'interlocuteur d'évoquer sa vision de la communication dans un premier temps,
- Développer la spécificité de la communication en service de soins palliatifs
- Puis de comprendre l'impact du masque dans la communication en soins palliatifs.

Afin d'analyser ces entretiens je les ai dans un premier temps retranscrits, afin de pouvoir comparer les réponses données par les deux infirmières. Ce qui m'a permis de faire ressortir les réponses similaires et différentes. J'ai ensuite synthétisé mes tableaux. Et enfin pu comparer mon cadre conceptuel avec mon enquête de terrain.

J'ai décidé d'interroger deux infirmières travaillant en soins palliatifs. Une cadre d'un service d'Unité de soins palliatifs de Rennes m'a répondu positivement en me proposant deux salariées prêtes à répondre à mes questions, j'ai pris rendez-vous avec celles-ci et les ai rencontrées sur leur lieu de travail.

Nous nous sommes rencontrées seules dans une pièce libre du service, les entretiens ont duré pour le premier une vingtaine de minutes et le second un petit quart d'heure. Ces deux rencontres se sont faites dans l'anonymat ce qui a permis aux soignantes d'y répondre plus librement. Il me semble intéressant que ces deux infirmières aient travaillé dans d'autres services que ceux des soins palliatifs, ce qui leur permet de pouvoir objectivement comparer le travail de différents services.

IV. Analyse descriptive des entretiens

Présentation des infirmières interrogées

Les deux infirmières interrogées travaillent en services de soins palliatifs depuis plusieurs années, avec des parcours différents.

La première interrogée est infirmière depuis trente ans, en service d'urgence, de rééducation, sept ans en libéral, puis quinze ans en service de soins palliatifs. Ce service est pour elle un choix "un cheminement".

La deuxième infirmière a un parcours un peu différent, infirmière depuis 2009, a fait deux ans en service de remplacement de nuit dans différents services, puis en cardiologie, puis sept ans en urologie avec du digestif aussi, et est arrivée il y a un peu plus de quatre ans en service de soins palliatifs. Avec un début de carrière plus orienté vers la technicité des soins, elle a voulu retourner dans un service où il lui semblait prendre plus le temps avec les patients .

Afin de confronter mon cadre conceptuel avec mes analyses d'enquête, j'ai dans un premier temps repris mes objectifs d'entretien afin d'analyser les réponses recueillies.

Les premières questions permettent à l'interlocuteur d'évoquer sa vision de la communication, ensuite de développer la spécificité de la communication en service de soins palliatifs et enfin de comprendre l'impact du masque dans la communication en soins palliatifs.

La communication

Selon les deux infirmières interrogées la communication est "primordiale" terme que toutes les deux utilisent en premier lieu pour définir sa place dans le soin, l'IDE 1 précise que "les ¾ du travail est fait" et ajoute "que dans tous les services elle est primordiale" l'IDE 2 précise l'importance de la communication pour "une relation de confiance" et l'IDE 1 ajoute même que sans celle-ci il n'est pas possible d'avoir une "prise en soin optimale".

La communication est décrite par toutes les deux comme "le relationnel avec le patient", selon l'IDE 2 "des échanges qui se font", l'IDE 1 nous indique "on ne va pas sauter sur le patient", "on va expliquer", "on négocie".

Elle se fait selon l'IDE 1 "avant les soins", "c'est des petites choses qu'on communique avant et qui permet un petit peu d'orienter notre discussion"

Pour l'IDE 1 le fait de respecter le rythme de vie du patient fait partie aussi de l'échange, "le fait de respecter son rythme de vie" et l'IDE 2 nous parle de communication verbale et non/verbale

Selon l'IDE 2 "on évalue", il peut y avoir des outils utilisés "beaucoup d'Algoplus®". qui servent à "l'évaluation de la douleur"

La communication rassure le patient "il y a une certaine réassurance" nous dit l'IDE 2, peut éviter l'angoisse et que le soin se passe mieux, moins douloureux. Elle permet selon l'IDE 2 aussi "on instaure aussi avec le patient une relation de confiance" et peut aussi "détourner l'attention".

La communication en soins palliatifs

La communication reste une priorité ici aussi (en service de soins palliatifs), selon l'IDE 1 "ça fait partie de nos priorités dans le soin".

La différence entre les services de soins palliatifs et les autres services hospitaliers est relevée par les deux IDE, pour l'IDE 1 "dans les services au niveau organisationnel c'est plus compliqué", et pour l'IDE 2 pense que chacun fait au mieux mais avec des moyens différents.

Dans le service de soins palliatifs pour elle, "on prend peut-être plus le temps", "on prend le temps de communiquer", le temps passer avec les patients et les effectifs en nombre apparaissent plusieurs fois.

L'IDE 1 nous dit "ça devrait être partout comme ça" et l'IDE 2 va aussi dans ce sens "on aimerait tous avoir du temps et communiquer avec nos patients".

Tout ceci donne un apport sur la qualité de soins offert aux patients, selon l'IDE 2 "ça lui apporte plus de confort", "moins d'anxiété" et on utilise la communication pour "détourner l'attention" lors de soins qui peuvent être douloureux.

Est aussi pointé la qualité de vie au travail avec "pour moi ça apporte un mieux être au travail enfin d'être contente", "repartir avec ce sentiment d'avoir bien fait son travail", "ne pas me dire que j'ai pu être maltraitante".

L'impact du masque

Pour les deux infirmières, le port du masque peut poser des difficultés pour les patients ainsi que leur famille d'ailleurs les patients ne portent pas de masque .

Pour l'IDE 2 ceux-ci "ne sont pas en capacité de l'avoir" et ce pour différentes raisons : des problèmes respiratoires, l'incapacité de le mettre tout simplement ou la peur qu'ils ne s'étouffent.

Certaines familles ou patients selon l'IDE 2 aimeraient voir les visages, le sourire du soignant ou lorsque les familles sont avec les patients ils sont prompts à enlever celui-ci.

Les deux soignantes se rejoignent aussi sur l'importance du masque "c'est une protection" selon la première infirmière "nous ne sommes pas mère Thérèse" et la deuxième ajoute "ça permet de bien nous protéger" et "protéger les patients immunodéprimés".

Pour l'iDE 1 "la relation n'a pas changée" il y a d'autres moyens de communications utilisés et le relationnel se fait au-delà des masques. Elles ont pu toutes à un moment ou à un autre les baisser pour une photo, ou simplement montrer son visage.

V. De la synthèse à la problématisation

De la confrontation entre mon cadre théorique et mes entretiens avec les professionnels j'ai pu réaliser l'importance de la communication dans le soin. Cette communication est un des axes essentiels du soin et en découle la relation soignant/soigné. Relation avec laquelle un lien de confiance peut ainsi se mettre en place afin de faciliter toute prise en charge pour le patient mais aussi pour le soignant.

Pendant la formation IDE nous étudions et explorons toutes les différentes façons de communiquer et l'importance que celle-ci peut avoir dans le soin lui-même. Le regard porté à l'autre grâce aux échanges est où le "prendre soin" prend tout son sens. Nous pouvons donc affirmer que grâce aux interactions entre individus le bien-être des uns et des autres dépendra.

Mes lectures et mes entretiens m'ont aussi permis de me rendre compte de la différence entre les écrits et le terrain, j'ai été surprise par la capacité d'adaptation des infirmières .

Le port du masque ne m'a pas paru être une difficulté pour les soignants dans les échanges, ceux-ci privilégiant les soins et comprenant le bénéfice du port du masque pour leurs patients.

Par contre la position soignant/ soigné peut être différente. l'IDE comprenant le côté médical et les bénéfices que le port du masque peut apporter aux patients évoluant dans un milieu connu avec un positionnement professionnel, alors que le patient novice, simple être humain arrivant dans un milieu qu'il ne comprend pas forcément peut avoir plus de difficulté à comprendre l'utilisation et les avantages du masque.

Après deux années d'utilisation obligatoire de masque je pense que soignants et soignés se sont habitués. Si mon enquête avait été faite il y a deux ans au début de la pandémie plusieurs choses auraient été différentes.

La méconnaissance de la maladie et de sa propagation engendre un stress supplémentaire dans la relation et j'aurais dû très certainement étudier ce concept.

De plus, il m'aurait été encore plus difficile de trouver des ouvrages théoriques. Le recul sur la situation n'étant pas assez important, les enquêtes n'auraient pas été publiées.

Une autre limite de mon enquête m'est alors apparue ici. Dans le service les patients ne portent pas de masque, il n'y a donc pas ou moins de problèmes de communication. Les soignants peuvent plus facilement interpréter les besoins du patients par leur faciès, leurs visages et entendre ce qu'ils disent. Ainsi le travail de l'infirmier se fait avec moins de barrières et celui-ci peut traduire les besoins du soigné avec moins de problème.

Cependant à la demande des patients ou de la famille, les masques des soignants peuvent parfois tomber pour une photo, un sourire ou comme dans ma seconde situation d'appel simplement voir le visage du soignant, mettre un visage sur la personne qui nous soigne. Il me semble donc que même si le masque est porté régulièrement, il reste toujours cette envie qu'a tout à chacun de voir à qui l'on parle ou qui on regarde, une sorte de reconnaissance, un besoin de voir un visage entier.

Il me semble difficile pour tout le monde de ne pas voir le visage de son interlocuteur en entier même si les yeux parlent beaucoup, certaines personnes ont un regard moins expressif que d'autres. C'est de ce fait un visage entier qui permet de diffuser ses émotions. Avec le masque nous imaginons sans nous en rendre compte le bas du visage car inconsciemment nous ne nous arrêtons pas seulement sur le regard pour communiquer. La bouche aussi transmet ces émotions, et c'est un visage en entier qui sourit, pleure ou se questionne.

Il aurait donc été intéressant de connaître les sentiments des patients sur le port du masque.

De la confrontation de mon cadre conceptuel et mon analyse d'enquête il m'apparaît que les soins palliatifs sont des soins particuliers avec une politique d'amélioration impulsée depuis 1986 par la circulaire Laroque.

Dans ces services, ces politiques permettent d'avoir un personnel soignant en nombre suffisant et par conséquent du temps avec les patients et les familles. Le temps nécessaire à une communication développée qui permet d'instaurer un climat de confiance et une relation de qualité entre tous les acteurs.

Lorsque l'IDE 2 m'a parlé de son appétence pour les soins palliatifs afin d'avoir ce temps avec les patients et ne pas rentrer chez elle en sentant avoir été malgré elle maltraitante.

Je me suis alors demandé si moi aussi cette envie de travailler auprès de ce public n'étant pas en fait le désir de rentrer chez moi avec la satisfaction d'avoir pu passer du temps près des patients ou est-ce vraiment cette fin de vie qui m'intéresse vraiment et à laquelle je pense tout être a besoin d'une attention particulière.

Pour les deux soignantes le port du masque n'a pas été vécu comme une barrière dans la relation mais plus une protection, cependant elles m'ont toutes les deux parlé de la difficulté de

communication qui aurait pu apparaître comme lors de ma première situation d'appel avec un patient atteint de surdité et qui lit sur les lèvres ce qui me pose une autre question :

En quoi le masque chirurgical peut avoir un impact dans les échanges en soins palliatifs lorsque le patient est atteint de surdité ?

VI. Conclusion

Cette recherche n'avait au premier abord pas de sens pour moi dans cette formation, je ne voulais pas faire de la recherche, mais cela m'a fait réaliser la complexité du métier d'infirmier et à confirmer l'importance d'un esprit curieux, toujours à la recherche si ce n'est de réponse au moins de début de réponse.

Mes lacunes en matière informatique ont été ici comme dans les services difficiles à gérer, elle m'handicape et pour y pallier, il me faut comme en service, travailler en équipe et être plus organisée.

Cette recherche m'a aussi permis de m'interroger sur la relation soignant soigné et, à travers mes lectures et mes entretiens, consolider un point de vu déjà établi sur l'importance de la communication dans le soin, ainsi qu' avant et après le soin. Lorsque l'on parle de communication, ici, c'est bien une communication soignant/soigné, mais aussi avec ses pairs, la famille, la prise en charge globale du patient en dépend.

Ce travail de recherche n'a fait que confirmer mon appétence pour les soins palliatifs, avec une réelle écoute du patient et un échange au cœur même du soin.

VII. Bibliographie

Article :

Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. (2004, February 14). Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches

Calvignac, C. (2020, May 12). *Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ?* Sciences Humaines.
https://www.scienceshumaines.com/que-change-le-port-du-masque-dans-la-relation-soignant-soigne_fr_42302.html

Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamps, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., & Matieu, C. (2016). Le modèle humaniste des soins infirmiers - UDEM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 125, 20-31.

« *Communiquer, c'est soigner !* ». (2019, April 18). Ministère des Solidarités et de la Santé.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/communiquer-c-est-soigner-420103>

Site web :

(n.d.). Accueil. <https://www.santepubliquefrance.fr/>

(n.d.). SFAP - site internet. <https://sfap.org/>

(n.d.). Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne. <https://www.larousse.fr/>

(n.d.). Éditions Le Robert : la référence en langues pour définir, traduire, corriger et certifier - Dictionnaire Le Robert. <https://www.lerobert.com/>

Décret n° 2020-860 du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été

prorogé. (2020, October 12). Légifrance.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042105897/2020-10-12>

Équipe de communication de la riposte de l'ONU au COVID-19 | Nations Unies. (n.d.). the United Nations. <https://www.un.org/fr/coronavirus>

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. (2018, March 16). Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre

Maladie Covid-19 (nouveau coronavirus). (n.d.). Institut Pasteur.
<https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus>

Masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2. (2020, November 16). Haut Conseil de la santé publique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=943>

Masques sanitaires Covid-19 - Actualité en direct sur les règles et conditions du port du masque en France. (n.d.). Franceinfo.
<https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/masques-sanitaires/>

Roper, N. (n.d.). Concepts fondamentaux en soins infirmiers - La santé. Techno-Science.net.
<https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Concepts-fondamentaux-en-soins-infirmiers-page-2.html>

Nicotra, F. (2020, September 19). Coronavirus : le port du masque brouille la communication. Franceinfo.
https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/masques-sanitaires/coronavirus-le-port-du-masque-brouille-la-communication_4111525.html

Synthèse. (2012, janvier). Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-bientraitance.pdf

-Organisation Mondiale de la Santé. (2022). <https://www.who.int/fr>

Ouvrage :

Bernard, F., & Musellec, H. (2020). *La communication dans le soin: hypnose médicale et techniques relationnelles*. Arnette.

Bioy, A., & Bourgeois, F. (2003). *La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques*. Bréal.

Galopin, C., & Laizeau, A. (2020). *Engager ses émotions dans la relation d'aide*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Gil, R. (2021). *Covid-19 : une éthique sous tension: Entre santé publique et souffrances humaines*. LEH Édition.

Gremion, Y. C., Raboud, P., Messerli, M., & Mazzocato, C. (2011). Concept en soins palliatifs en EMS. *Revue internationale de soins palliatifs*, 26, 299-303.

GUILLES DES BUTTES, P. (2016). *Soin et relation*. Chronique sociale.

Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.

Martin, J.-Y., & Anzieu, D. (2006). *La dynamique des groupes restreints*. Presses Universitaires de France.

Mercadier, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. De Boeck Supérieur.

Michaux, L. (2017). *Les mots du prendre soin: définitions, points de veille et questions de réflexion*. Seli Arslan.

Paillard, C. (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. Setes.

Psiuk, T. (2008). L'espace intime du soin. *Recherche en Soins Infirmiers*, 93, 14-16.

Verdon, C., Lavoie, M., & Blondeau, D. (2013). Relation et communication : une différence conceptuelle pouvant influencer l'exercice infirmier par le lien infirmière/soigné. *Recherche en Soins Infirmiers*, 114, 92.

Worms, F., Mino, J.-C., & Dumont, M. (2021). *Le soin en première ligne: chroniques de la pandémie*. PUF.

-Mira, L. (2021). Au-dessus du masque, des yeux qui parlent. *Soins Aides-Soignantes*, 18(98), 22-23.
<https://doi.org/10.1016/j.sasoi.2020.11.010>

-Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

-Gavet, C. (2021). Le port du masque, une question de conditionnement ? *Oxymag*, 34(176), 1.
<https://doi.org/10.1016/j.oxy.2020.12.002>

-Hernandez, A., & Ortar, M.-J. (2016). *Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie: unités d'enseignement 4.1, 4.2 et 4.7*. Vuibert.

VIII. Annexes

Annexe 1

Guide d'entretien

– Permettre à l'interlocuteur d'évoquer sa vision de la communication

Selon vous quelle est la place de l'échange dans les soins?

Qu'est ce qu'il apporte?

- Développer la spécificité de la communication en service de soins palliatifs

Diriez-vous que la communication est différente dans un service de soins palliatifs

+/- si oui pourquoi

- Comprendre l'impact du masque dans la communication en soins palliatifs

Le masque peut-il être barrière dans la relation soignant/soignés?

Avez-vous déjà enlevé un masque pendant un soin pour favoriser les échanges?

Annexe 2

Consignes pour la passation de la grille ALGOPLUS

L'échelle ALGOPLUS a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé pour tous les cas où une auto-évaluation fiable n'est pas praticable (troubles de la communication verbale).

L'utilisation d'ALGOPLUS est ainsi particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des :

- pathologies douloureuses aiguës (ex : fractures, zona, post-op, ischémie, lombago, rétentions urinaires...),
- accès douloureux transitoires (ex : névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer...),
- douleurs provoquées par les soins ou les actes médicaux diagnostiques.

L'échelle comporte cinq items (domaines d'observation). La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa préexistence.

En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la présence d'une douleur avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80% et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique. Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

Erreurs fréquemment rencontrées

Difficultés de repérage :

- Agrippement doit être coté « oui » *quel que soit le support d'agrippement* (patient lui-même, soignant ou tout autre support).

Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe et non pas sur sa simple présence, par exemple :

- l'item « plaintes » coté « non » parce que le cri du patient est attribué à la démence ou parce que le patient crie depuis longtemps.
- l'item « comportements » coté « non » parce que l'agrippement à la barrière de protection est attribué à la peur de tomber.

www.doloplus.com



Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

TOUT CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE DOIT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5											
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

COPYRIGHT

Entretien 1

ESI : Bonjour, selon vous quelle est la place de l'échange dans les soins ?

IDE: on commence direct comme ça ?

ESI : direct comme ça oui

IDE: alors vas y répète

ESI : selon vous quelle est la place de l'échange dans le soin ?

IDE: en tout cas dans tous les services elle est primordiale mais d'autant plus en unité de soins palliatifs si tu veux quand on va faire un soin on va pas sauter sur le patient il y a tout un relationnel qui va se mettre en place avant les soins

ESI : hum hum

IDE: donc par exemple si on va poser une sonde urinaire si on va faire une toilette on va expliquer tu vois là j'ai sondé une patiente ce matin j'ai demandé si elle était d'accord pourquoi on le faisait puis après j'explique après je pose et on fait des prémédications

ESI : d'accord

IDE: donc je pense que si tu fais un, si t'as une part d'échange avec le patient avant ton soin et Ben les 3/4 du travail est fait en fait

ESI : d'accord

IDE: donc je sais pas si ça répond à ta question

ESI : si si en fait oui Ben ma question c'était qu'est ce qu'il apporte

IDE: donc en fait voilà même pour un bilan enfin pour n'importe quel soin mais importe alors je sais pas si ton travail c'est sur les soins palliatifs ou en général

ESI : oui c'est sur les soins palliatifs plus précisément

IDE: d'accord donc non on ne fait aucun soin sans expliquer aux patients ce qu'on va faire ici c'est quand même particulier dans le sens où c'est pas les soignants qui les patients qui s'adaptent à l'hôpital c'est l'hôpital qui s'adapte aux patients c'est à dire que nous on a pas de horaires pour les toilettes pas d'heure pour les repas on laisse les patients dormir donc tu vois c'est déjà un relationnel ça fait partie déjà d'un échange de de de fait de respecter son rythme de vie donc nous ça fait partie de nos priorités dans le soin en fait le relationnel

ESI : OK donc en fait la communication est différente dans un soin palliatif?

IDE: bah la communication est différente elle devrait pas c'est à dire que ça devrait être partout comme ça en fait

ESI : oui oui

IDE: c'est pas qu'en soins palliatifs qu'on doit expliquer le soin ou qu'on, mais l'organisation de l'hôpital fait que je pense que dans les services au niveau organisationnel c'est plus compliqué même si je pense que l'organisation pourrait être revue par les équipes mais en tout cas nous en soins palliatifs c'est quelque chose qui est primordial c'est la communication en plus t'as différents types de communication t'as la communication verbale, non verbale on passe aussi beaucoup dans le non

verbal dans le fait de pouvoir aussi pas forcément être dans le dans la parole parole parole mais de laisser cet espace temps où le patient ne dit rien et de respecter aussi ce temps de silence ,silence qui parfois pour les soignants peuvent peut être un petit peu angoissants tu vois c'est à dire que comme le patient va pas parler ou la famille va pas parler et Ben on va parler pour combler cet espace de silence qui pour nous soignant Ben le silence en dit beaucoup tu vois le fait de rester dans le silence ça il y a beaucoup de choses aussi qui peuvent passer dans l'émotionnel dans voilà donc,la communication verbale non verbale t'as plein de choses qui la gestuelle la communication gestuelle t'as plein de choses qui rentrent en ligne de compte dans nos prises en soin

ESI : d'accord

IDE: et la communication ça fait vraiment partie mais que ce soit au niveau du patient de la famille entre nous aussi la communication qu'on peut avoir avant de rentrer dans une chambre que t'as pas que la relation soignant soigné t'as la relation aussi soignant soignant avant de rentrer dans une chambre

ESI : hum hum

IDE: donc une communication bien ficelée avant d'entrer dans une chambre ça aide aussi aux soins tu vois si on a su par exemple que la dame ou le patient avait pleuré avant parce qu'il a eu n'importe quoi dans sa famille ou ça peut être tout simplement parce que elle a pleuré parce que elle a son chien elle s'inquiète pour son chien qui est resté à la maison ou chez chez ça chez un membre de la famille et puis qu'elle aimerait venir voir son chien et etc donc ça c'est des petites choses qu'on communiquent avant et qui permet un petit peu de d'orienter notre discussion avec le le patient aussi tu vois

ESI : d'accord vous avez toujours travaillé en soins palliatifs?

IDE: Cela fait 15 ans en fait que je travaille en soins palliatifs en fait je suis infirmière depuis 92

ESI : d'accord

IDE: ça va faire 30 ans, j'ai travaillé aux urgences, j'ai travaillé en rééducation, 7 ans en libéral et puis après je suis revenue je suis c'est un processus hein les soins palliatifs c'est je me suis beaucoup questionné sur le sens de mon travail et dans comment je voulais le faire et les soins palliatifs ça me paraissait une évidence avec des prises en charge en libéral de fin de vie où on se retrouve un peu seul les médecins un peu pas tous mais certains fuyants et donc j'ai beaucoup travaillé sur sur ça en fait j'ai beaucoup réfléchi sur ça et donc on va amener en fait il y a 15 ans à travailler à l'unité de soins palliatifs de Bain de Bretagne

ESI : d'accord

IDE: j'ai travaillé pendant un peu plus de 4 ans là-bas et je suis venu sur Rennes à l'équipe mobile de soins palliatifs pendant 7 ans

ESI : d'accord

IDE: et au bout de 7 ans je voulais retourner dans les soins et l'USP de du CHU se montait alors moi je le savais parce que ça faisait 7 ans que j'étais à l'équipe mobile et que j'attendais que l'USP s'ouvre et donc j'ai posé ma candidature et donc j'ai été prise bah depuis l'ouverture il y a bientôt 5 ans ça fait 4 ans et demi

ESI : d'accord

IDE: j'voulais retourner dans les soins donc oui je connais les les soins pallia depuis 15 ans donc c'est tout un cheminement y a on apprend tous les jours même au bout de 15 ans on apprend encore voilà et là la communication je te dis elle est vraiment primordiale tu peux pas prendre un avoir une prise en soin optimale si y a pas une relation qui se qui se fait alors ça peut être une relation aussi des fois conflictuelle tu peux avoir des patients qui qui sont réfractaires aux perfusions réfractaire à la morphine au midazolam à n'importe quoi et donc ça aussi c'est de la relation quand il y a de la confrontation c'est chercher et comprendre pourquoi et comment on fait avec

ESI : hum hum, le refus de soin vous vous l'acceptez du coup

IDE: alors oui on l'accepte alors il y a refus de soins et refus de soins parce que c'est facile aussi il y a un refus donc on fait pas on passe à la chambre à côté

ESI : oui

IDE: ça c'est il veut pas on fait pas et t'as un refus de soin qui peut être par exemple on a une patiente qui a une tumeur cérébrale qui en fait qui stimule son hypophyse et ce qui fait qu'elle même si elle ne boit pas beaucoup elle urine énormément mais c'est des litres c'est impressionnant sauf que elle elle ne se rend pas compte qu'elle est mouillée et elle est dans le refus en disant non je veux pas être changée

ESI : d'accord

IDE: Ben ce refus de soin là nous on ne l'accepte pas c'est à dire qu'on ne peut pas la laisser mouillée c'est à dire qu'elle est trempée de la tête au pied donc on la change on lui dit bah nous on a pas le choix donc après elle se laisse faire mais tu vois t'as t'as des refus aussi qui alors elle c'est dû à sa tumeur hein des des gros problèmes cognitifs on a des refus qui peuvent être des refus qui sont je refuse parce que par exemple des patients qui ont des maladies neurodégénératives donc ils sont complètement bloqués dans leur corps et le refus ça permet de garder une maîtrise

ESI : d'accord

IDE: de ce qui leur arrive donc le fait dans le refus des soins c'est aussi Ben au moins je maîtrise le non tu vois je maîtrise au moins ça quoi

ESI : d'accord

IDE: tu vois tu as ce refus là donc il peut être accepté en disant alors dans ce cas-là on on accepte ce refus mais on on essaie de de voir avec la personne à quel moment elle voudrait plus tard tu vois on on recule le soi en fait

ESI : d'accord

IDE: on accepte le refus à ce moment mais on négocie

ESI : d'accord

IDE: voilà après on a des patients qui refusent une toilette parce qu'elle est fatiguée bah la toilette elle est pas faite on va faire juste à petite toilette et puis soit elle est faite l'après-midi soit elle est faite le lendemain c'est pas des gens qui sont tu vois ils ne font pas de sport ils sont dans la chambre ils ne sont pas en sueur etc on accepte aussi les refus

ESI : Et la pandémie avec le masque est ce que ça a été une barrière dans pour vous dans la relation soignant soigné?

IDE: peut être au départ, peut être au départ de mettre le masque enfin nous ce qui a été surtout difficile c'est que les les familles gardent le masque dans la chambre ça a été très compliqué c'est plutôt dans ce sens-là après le je pense qu'on on passe aussi par le regard, nous nos patients ils sont pas masqués dans les chambres sauf ceux qui avaient le COVID mais nos autres patients étaient pas masqués dans les chambres donc nous par rapport à eux euh je pense pas que ça ait posé trop de soucis puisque on les voyait après ça nous arrivait quand on était quand on avait nos patients qui arrivaient de se mettre loin d'eux et puis te faire juste comme ça tu vois baisser le masque en disant voilà hop on avait je sais que dans des services ils ont fait des des petites photos voilà nous on n' a pas fait

ESI : oui d'accord des petites photos pour voir le visage

IDE: voilà après les gens nous reconnaissait nous enfin il y a des liens qui se créent en dehors du masque quoi je pense pas que ça a été pour nous en tout cas quelque chose de source de ,d'inconfort même avec les familles je pense que la priorité n'était pas là chez nous

ESI : d'accord

IDE: les gens qui arrivent en unité de soins palliatifs on a 70 pour 100 de nos patients qui ont des cancers multi métastatiques et qui sont en fin de vie donc il y a une relation qui se joue au-delà du masque en fait hein je pense que en plus nous on a pas coupé les, en USP en fait les familles pouvaient venir on a eu des restrictions qu'on a encore tu vois 11h 19h mais les familles pouvaient rester par contre pas manger etc pas dormir sauf quand ils étaient en toute fin de vie on acceptait et sans sans sans nombre limité dans la chambre ça a été un choix qui a été fait par le chef de service en accord avec le CHU ,on disait que même en mars la première fois en partant alors ils avaient les masques les les familles ils dormaient pas fallait qu'ils restent ils somnolaient mais bon on leur mettait pas de lit etc ils étaient dans des fauteuils mais on est parti du principe contrairement à des ehpad où là tout était , c'est qu'on connaissait pas le virus nous on a fait le parti pris de laisser les familles accompagner les patients jusqu'au bout leur leur père mère il y avait des enfants aussi qui perdaient leurs parents donc on a fait le choix de de garder on a pas eu un cluster, on a eu juste un cluster l'année dernière pas en mars 2020 mais 2021, par une, on a retrouvé hein, par une famille qui ne mettait pas de masque et qui n'était pas vaccinée

ESI : d'accord

IDE: et on a eu 10 soignants qui ont été malades , 3 patients

ESI : Ah oui donc ça a été compliqué et jamais un patient ne vous a demandé d'enlever le masque?

IDE: non enfin moi non non

ESI : non

IDE: on a pas eu non non franchement c'est plutôt les familles qui avaient du mal à garder le masque donc qui hop qui le remettait dès qu'on arrivait dans la chambre c'est plutôt les familles plutôt qui mais moi j'ai pas eu je pense qu'il y a des des choses plus importantes qui jouent à la fin de vie je pense qu'il y a des choses qui deviennent il y avait le masque entre nous mais la relation n'a pas changé en fait franchement

ESI : oui

IDE: on n'a pas eu de en tout cas nous dans notre service en soins palliatifs enfin de mon côté moi je n'ai pas ressenti

ESI : Le besoin d'enlever le masque ?

IDE: du soignant?

ESI : oui

IDE: de nous?

ESI : hum

IDE: non, au contraire c'est une protection quand même enfin d'accord on aime notre métier mais on n'est pas mère thérésa

ESI : mais du côté du patient

IDE: jamais non du patient, il n'avait pas son masque déjà ça ne l'a jamais non

ESI : parce qu'il vous connaissait avant ?

IDE: non même parce qu'il y a des voilà des entrées donc non non non non on pouvait faire comme ça voilà c'est tout après il nous reconnaît soit nos queue de cheval à notre voie il y a d'autres choses ça peut faire autre chose nous on a pas eu ces problèmes qui qui a pu avoir pour les peut être pour les enfants que tu as à l'école

ESI : oui d'accord très bien c'était , c'était vraiment très vite du coup, en fait moi c'est mon mon mémoire porte sur voilà le le port du masque et la qualité des échanges émotionnels en fait si je voulais savoir s'il y avait un impact entre le port du masque et la qualité des échanges émotionnels?

IDE: en tout cas non parce que enfin pour moi l'émotion ça passe pas que par le masque t'as le regard t'as plein de choses tu sais tu après le sourire tu souris aussi avec tes yeux enfin moi franchement ça a pas changé

ESI : oui

IDE: j'ai pas perçu ça

ESI : parce que moi j'ai travaillé en tant que enfin je travaille un week-end sur 3 , en tant que aide soignante et il y a des lits dédiés aux soins palliatifs et par 2 fois j'ai été obligé d'enlever le masque une fois parce que le patient voulait voir le visage de des soignants , comme vous disiez comme ça

IDE: voilà au moins le visage

ESI : au moins connaître le visage quoi

IDE: mais ça n'a pas été plus loin?

ESI : non

IDE: ça n'a pas en fait ça n'a pas empêché en fait le et puis je te dis c'est peut être alors là ou le bémol que tu pourrais mettre dans ton mémoire , tu as eu peut-être plusieurs infirmières de l'USP

ESI : non

IDE: ou des soins palliatifs parce que ce que tu peux mettre quand même dans ton mémoire peut être Le bémol c'est que je te dis quand les gens sont en fin de vie c'est qu'il y a d'autres choses qui se qui se vivent en fait je pense que les gens sont dans d'autres priorités que de voir la tête de l'infirmière

ESI : oui

IDE: je pense que le principal c'est d'être présent, d'être là, d'être dans la relation et le masque en fait s'oublie assez vite parce que ils sont à un moment de de cristallisation de leur vie quoi faut faut s'imaginer à leur place tu tu vas mourir tu vas perdre tes enfants tes parents etc je pense qu'il y a d'autres choses qui joue tu vois

ESI : d'accord

IDE: que par exemple même sur un IISP (lits identifiés soins palliatifs) que ce soit dans un SSR ou en médecine

ESI : oui

IDE: peut être que je sais pas les choses se jouent pas de la même façon peut être mais

ESI : **En fait ici vous voyez bien quand même que c'est un service différent même si à la base vous disiez que ça devrait être partout pareil c'est quand même différent**

IDE: Nous à la fin ce qu'on aimerait c'est que les soins palliatifs ce soit partout dans tous les services c'est ce qu'on aimerait

ESI : oui

IDE: oui c'est c'est pas un hasard que je veux pas quitter les soins palliatifs on a une qualité de travail une qualité de vie

ESI : oui

IDE: avec en même temps un métier qui est quand même assez prenant on a beaucoup de décès on a tu vois des groupes de paroles on a quand même pas mal de choses et on a un service quand même assez particulier on a beaucoup de décès on a plus de 300 décès par ans , l'année dernière au mois de janvier on a eu 35 décès au mois de janvier donc tu vois

ESI : un plus d'un par jour

IDE: Des fois on peut avoir 3 4 décès dans la journée c'est par, par vagues tu vois en fait voilà c'est on a une qualité de vie professionnelle heureusement parce que c'est vivre, enfin tout ce qui se vit à la fin de la vie quoi tout ce qui peut se vivre dans les relations aussi entre et les relations entre les familles et les patients les tout ce qui n'a pas été dit tout ce qui ressort dans toutes les histoires de famille qui peuvent resurgir à ce moment-là tout ce qu'on s'est pas dit et qui se dit à ce moment-là donc tu vois je pense que c'est là-dessus ça joue plus que sur le masque en tout cas

ESI : d'accord okay

IDE: ça te va?

ESI : oui oui oui ça me va très bien

IDE: Dans la relation il y a pas que justement t'as la gestuelle t'as une question mais tu communique même à travers un masque t'as la présence le respect du silence des uns et des autres la façon dont tu écoutes tout ne s'arrête pas à un masque

ESI : oui je pense que je vais je vais garder cette phrase tout ne s'arrête pas à un masque je trouve ça très beau

IDE: oui ça va au-delà de ça quoi

ESI : D'accord je vous remercie beaucoup

Entretien 2

ESI : Est-ce que vous pouvez me dire un petit peu votre parcours professionnel avant de commencer l'entretien?

IDE : moi c'est Marina je suis infirmière depuis 2009, suivant l'ancien référentiel j'ai fait mon institut de formation au CHU de Nantes pour la promo 2006/2009 et ensuite j' ai directement travaillé au CHU de Rennes ou j'ai fait pendant 2 ans le service de remplacement de nuit avec une multitude de services on tournait sur tout les sites quand on est sur le pool de remplacement de nuit et puis après j'me suis un ptit peu posée pendant une année entre soins intensifs à l'USIC (unité soins intensifs en cardiologie) en cardiologie et aussi en chirurgie cardiaque à mathey j'ai fait ça à peu près pendant un an et puis après je suis allée surtout en unité en urologie à guyon lebaron surtout comme je suis restée du coup jusqu'en 2017 jusqu'à l'ouverture ici ,j'suis restée 7 ans en urologie voilà on faisait et de l'urologie et du digestif après j'adorais le service j'étais très bien dans l' infirmière un peu technicité ce qui m'intéressait énormément mais au bout d'un certain moment je me suis aperçu que infirmière il y avait pas que le volet technique ce qui pouvait au début j'étais assez centrée sur ça mais dans les services le côté relationnel me manquait , en chirurgie il faut toujours aller très vite et on n'a pas le temps de prendre soin de la totalité du patient fin c'est à dire les familles , il y a un rythme de travail qui était assez soutenu et moi l'aspect le côté relationnel, la prise en charge globale du patient et ne pas, de,de respecter un peu le rythme du patient, je ne m'y retrouvais plus du tout , réveiller le patient pour faire une prise de sang ne pas aller à son rythme avoir des horaires de tour, voilà, sans respecter moi je sais je me retrouvais plus du tout en tout cas j'ai décidé de postuler sur l'unité de soins palliatifs et donc qui a été créée en 2017 et donc du coup je suis arrivée sur l'ouverture en octobre 2017, bientôt 4ans et demie que je travaille sur cette unité là.

ESI :ma première question c'est quelle est la place de l'échange dans le soin ?

IDE : alors l'échange ,je suppose le côté relationnel

ESI :l'échange , la communication

IDE : Le côté relationnel ,la communication verbale non verbale elle est très importante pour moi elle est primordiale en service de soins palliatifs on prend le patient en charge dans sa globalité on est un peu au rythme du patient on prend le temps avec lui et voilà alors on échange il y a beaucoup relationnel avec le patient quand ils sont en capacité sinon il y a beaucoup de communication non verbale aussi on est très attentif lors du soin on fait beaucoup d'Algoplus on est très attentif au moindre mimique aux grimaces aux gémissements qui peut y avoir aux difficultés de mobilisation on évalue, chaque toilette est évaluée en fait sur l'évaluation de la douleur ou de l'anxiété sur des patients qui ne sont non communicants, quand ils communiquent c'est plus facile à évaluer mais chaque soin est évalué et en fonction les médecins réajustent si il y a besoin de prémédication avant le soin du coup

ESI :qu'est-ce qu'apporte la communication dans le soin ?

IDE : pour moi la communication dans le soin elle apporte moins d'anxiété pour le patient quand on communique et qu'on explique ce qu'on fait je pense qu'il y a une certaine réassurance il y a aussi la communication on instaure aussi avec le patient une relation de confiance qui est primordiale la relation de confiance donc je pense que il y a des échanges qui se font il y a, il a confiance en nous il a confiance dans l'équipe et puis on observe que quand on communique on attire l'attention un petit peu vers autre chose et du coup ils s'en ressentent sur le soin ou le soin peut de façon générale mieux se dérouler ou avec moins de douleurs moins d'anxiété

ESI : essayer de le faire focaliser sur autre chose

IDE : détourner son attention ,hum, de façon à centrer son attention sur autre chose et par rapport à ça le soin se réalise de façon plus optimal en tout cas

ESI : pensez-vous que la communication en soins palliatifs est différente de la communication dans les autres services?

IDE : alors je pense qu'on essaie de faire au mieux de ce qu'on peut dans tous les services avec les moyens qu'on nous donne et le personnel qu'on nous donne, nous je pense qu'on a la communication on prend peut-être plus le temps dans ce type de service on prend le temps de communiquer parce qu'on a plus le temps et qu'on a des effectifs qui sont en nombre On n'a pas les mêmes dotations que dans les autres effectifs donc pour moi forcément plus on a le temps on va communiquer on va rester plus longtemps avec le patient que si que dans un autre type de service mais tout simplement parce qu'on a les moyens personnels par le CHU ,voilà , j'espère qu'on aimerait tous avoir du temps et communiquer avec nos patients mais on est tous rattraper avec nos horaires ,donc on fait au mieux

ESI : Le fait d'être plus nombreux vous change quoi?

IDE : Le fait d'être plus en nombre on a forcément plus le temps de faire les choses donc pour moi ça, donc au patient c'est sûr que ça lui apporte plus de confort moins d'anxiété, voilà moins d'anxiété plus de confort on a le temps aussi d'évaluer tous les soins donc on a le temps de réajuster nos pratiques euh c'est à dire que euh ,moi j'ai très peu vu de service où on fait des prémédications avant les soins sur les soins qui peuvent être douloureux même une toilette là c'est vrai que l'on prend le temps d'évaluer c'est réévalué derrière on a beaucoup beaucoup de prémédication avant les soins pour tout on utilise beaucoup le meopa aussi donc pour le patient je pense que ça peut être qu'un plus pour moi ça apporte un mieux être au travail, enfin d'être contente et d'être satisfaite en tout cas à la fin de ma journée du travail que j'ai fait de ne pas partir frustrée parce que j'ai pas eu le temps de faire ça ou ça de ne pas repartir mécontente du travail que j'ai pu faire de pas me dire que j'ai pu être maltraitée ici j'ai plus ce ressenti là quand j'étais en train de réveiller des patients à 6h30 ou 7h et enchaîner sur une toilette ou faire un pansement alors que la personne était endormie oui là on peut dire que c'est de la maltraitance du coup et repartir avec ce sentiment de ne pas avoir fait bien son travail ici on fait au mieux et du coup moi j'ai l'impression de m'épanouir beaucoup plus dans mon, dans le métier que j'ai choisi c'était pour le soin, pour la relation humaine, ici dans ce service j'ai vraiment l'impression que ça répond à tous, à tous les critères infirmières en tout cas

ESI :Et là depuis la pandémie il y a le port du masque est-ce que cela a changé quelque chose pour vous dans la communication avec le patient?

IDE : alors le port du masque oui on l'a forcément dans la pandémie le patient ne l'a pas nous dans le service je sais que dans certains services ils l'ont nous aucun de nos patients n'a le masque parce qu'ils ne sont pas en capacité de l'avoir même si ils ont on a eu du covid, hein, le patient si il n'était pas en capacité parce qu'il a du mal à respirer on va pas lui imposer un masque en plus ou alors un patient qui est inconscient fin ça dépend le masque quand on a été affecté par le covid c'était un peu au cas par cas, ça permet de bien nous protéger si le patient n'est pas en capacité de le mettre tout seul c'est vrai que c'est compliqué et qu'il s'étouffe, on vous met l'oxygène mais sous le masque ce qui a changé c'est que les gens nous disent souvent on aimerait bien voir la totalité de votre visage votre sourire mais quoi que les gens nous disent souvent on sait que vous souriez à travers l'expression de vos yeux donc du coup certains disent on aimerait voir votre visage mais on sait que vous souriez

ESI :Donc vous cela ne vous a jamais gêné dans la communication?

IDE : non ça nous a pas gêné dans la communication dans à part chez les patients on a pas on a pas eu le cas qui peut-être qui pourrait lire sur les lèvres mais on n'a pas eu le cas où nous ça aurait pu être gênant mais nous on n'en a pas eu c'est vrai que chez des patients qui lisent beaucoup sur les lèvres ça aurait pu être je pense compliqué compliqué avec le masque mais on s'est trouvé confronté à la situation nous le masque dans le service on le vit plutôt bien parce que du coup on dit que au contraire c'est une façon de nous protéger nous mais aussi de protéger nos patients très immunodéprimés c'est vrai que des fois quand on avait un rhume on ne mettait pas en systématique le masque ils sont quand même assez immunodéprimés même si on sait l'issue ce n'est pas la peine d'avancer cette issue nous pour l'instant on n'est pas du tout prêt à l'enlever c'est vrai que même si le COVID s'arrêtait on trouve plutôt une manière de protéger tous les patients du service

ESI : Avez-vous déjà enlevé le masque à la demande des patients?

IDE : Non on a pu l'enlever pour faire une photo avec les patients chez des gens une dame qui savait qu'elle allait décéder dans les jours et elle voulait faire des photos d'elle et de faire des photos avec l'équipe soignante c'était il y a trois semaines à peu près pour garder pour sa famille et elle nous a demandé juste d'enlever le masque le temps de la photo on n'a pas allé toute l'équipe ensemble en fait elle a sélectionné quelques personnes et en effet là on l'a enlevé le masque du coup sur cette photo mais c'était le temps d'une photo très rapide c'est les seuls moments où on a eu une demande

ESI :Donc vous cela ne vous a jamais gêné?

IDE : Non moi le seul problème de communication que je pourrais voir c'est chez les gens sourds, ou malentendants ou qui lisent sur les lèvres

ESI : Merci, écoutez vous avez répondu à toutes mes questions, encore merci pour votre temps.

Permettre à l'interlocuteur d'évoquer sa vision de la communication

IDE1

La place de la communication	La communication en soins palliatifs	La communication description	Quand	Les différentes formes de communications
<ul style="list-style-type: none"> - dans tous les services elle est primordiale -les 3/4 du travail est fait en fait - la communication je te dis elle est vraiment primordiale - tu peux pas prendre un avoir une prise en soin optimale si y a pas une relation qui se qui se fait 	<ul style="list-style-type: none"> - d'autant plus en unité de soins palliatifs - nous ça fait partie de nos priorités dans le soin en fait le relationnel 	<ul style="list-style-type: none"> -on va pas sauter sur le patient - il y a tout un relationnel qui va se mettre en place -on va expliquer - demandé si elle était d'accord -pourquoi on le faisait -j'explique -aucun soin sans expliquer -c'est chercher et comprendre pourquoi et comment on fait avec - on négocie 	<ul style="list-style-type: none"> - avant les soins -t'as une part d'échange avec le patient avant ton soin -ça c'est des petites choses qu'on communiquent avant et qui permet un petit peu de d'orienter notre discussion avec le le patient aussi tu vois -une communication bien ficelée avant d'entrer dans une chambre ça aide aussi aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> - tu vois c'est déjà un relationnel -ça fait partie déjà d'un échange de de de fait de respecter son rythme de vie®

IDE2

la communication description	Les différentes formes de communication	La place de la communication	La communication en soins palliatifs	le patient	Les outils	Les apports
<ul style="list-style-type: none"> -l'échange ,je suppose le côté relationnel -la communication verbale non verbale - il y a des échanges 	<ul style="list-style-type: none"> -il y a beaucoup relationnel avec le patient -beaucoup de communication non verbale - on est très 	<ul style="list-style-type: none"> -elle est primordiale en service de soins palliatifs - est primordiale la relation de confiance -elle est 	<ul style="list-style-type: none"> -on prend le patient en charge dans sa globalité -on est un peu au rythme du patient -on prend le temps 	<ul style="list-style-type: none"> -quand ils sont en capacité -ils communiq uent c'est plus facile à évaluer 	<ul style="list-style-type: none"> -beaucoup d'Algoplus® -on évalue - chaque toilette est évaluée -l'évaluation de la douleur ou de l'anxiété - chaque 	<ul style="list-style-type: none"> -elle apporte moins d'anxiété -l y a une certaine réassurance -on instaure aussi avec

qui se font	attentif au moindre mimique aux grimaces aux gémisséments	très importante	avec lui		soin est évalué	le patient une relation de confiance -quand on communique on attire l'attention -du coup ils s'en ressentent sur le soin - mieux se dérouler -moins de douleurs -moins d'anxiété -détourner son attention
-------------	---	-----------------	----------	--	-----------------	---

Développer la spécificité dans la communication en soins palliatifs

IDE1

L'idéal	La réalité	La communication en soins palliatifs	différentes formes de communication	la population	le refus de soins
- elle devrait pas - ça devrait être partout comme ça - pas qu'en soins palliatifs qu'on doit expliquer le soin	-dans les services au niveau organisationnel c'est plus compliqué -l'organisation pourrait être revue par les équipes	-nous en soins palliatifs c'est quelque chose qui est primordial c'est la communication	- t'as différents types de communication - t'as la communication verbale -non verbale -beaucoup dans le non verbal - le fait de pouvoir aussi pas forcément être dans la parole - de respecter	- ce soit au niveau du patient de la famille entre nous aussi la communication - la relation soignant soigné t'as la relation aussi soignant soignant	- oui on l'accepte alors il y a refus de soins - on accepte le refus à ce moment - refusent une toilette parce qu'elle est fatiguée -on accepte aussi les refus

			aussi ce temps de silence - le silence en dit beaucoup -beaucoup de choses aussi qui peuvent passer dans l'émotionnel - la communication gestuelle - ça peut être une relation aussi des fois conflictuelle - la relation quand il y a de la confrontation		
--	--	--	---	--	--

IDE2

La communication en soins palliatifs	La réalité	L'idéal	L'apport pour le patient	L'apport pour le soignant
- on prend peut-être plus le temps dans ce type de service - on prend le temps de communiquer -qu'on a plus le temps - on va rester plus longtemps - d'être plus en nombre on a forcément plus le temps -'on a des effectifs qui sont en nombre -on n'a pas les mêmes dotations -'on a les moyens	-je pense qu'on essaie de faire au mieux de ce qu'on peut dans tous les services -avec les moyens qu'on nous donne -le personnel qu'on nous donne	- aimerait tous avoir du temps et communiquer avec nos patients - on est tous rattraper avec nos horaires -on fait au mieux	-au patient c'est sûr que ça lui apporte plus de confort - moins d'anxiété -des prémédications avant les soins moins de douleurs - que ça peut être qu'un plus	- le métier que j'ai choisi c'était pour le soin -la relation humaine - pour moi ça apporte un mieux être au travail enfin d'être contente - du coup et repartir avec ce sentiment de ne pas avoir fait bien son travail -d'être satisfaite - de ne pas partir frustrée - ne pas repartir mécontente du travail

personnels -on a le temps aussi d'évaluer tous les soins - temps de réajuster nos pratique -'on prend le temps d'évaluer c'est réévalué -derrière on a beaucoup beaucoup de prémédication avant les soins				-de pas me dire que j'ai pu être maltraitante - ici j'ai plus ce ressenti là - j'ai l'impression de m'épanouir -répond à tous, à tous les critères infirmières
---	--	--	--	---

Comprendre l'impact du masque dans la communication en soins palliatifs

IDE1

Difficulté		Ressource	
Patients	familles	IDE	Patient
- nos patients ils sont pas masqué -peut être au départ - Le bémol c'est que je te dis quand les gens sont en fin de vie	- nous ce qui a été surtout difficile c'est que les les familles gardent le masque - ça a été très compliqué - les familles qui avaient du mal à garder le masque	- je pense pas que ça ait posé trop de soucis - je pense pas que ça a été pour nous en tout cas quelque chose de source de ,d'inconfort - il y avait le masque entre nous mais la relation n'a pas changé - enfin de mon côté moi je n'ai pas ressenti - enfin moi franchement ça a pas changé -se qui se vivent en fait je pense que les gens sont dans d'autres priorités que de voir la tête de l'infirmière - le masque en fait s'oublie assez vite - tu communique même à travers un masque - tu écoutes tout ne s'arrête pas à un masque - ça nous arrivait quand on était	-c'est une protection

		<p>quand on avait nos patients qui arrivaient de se mettre loin d'eux et puis te faire juste comme ça tu vois baisser le masque</p> <p>-des services ils ont fait des des petites photos</p>	
--	--	--	--

IDE2

Difficulté		Ressources	
Patient	Familles	IDE	Patient
<p>-ils ne sont pas en capacité de l'avoir</p> <p>-il a du mal à respirer</p> <p>-on va pas lui imposer un masque</p> <p>-c'est vrai que c'est compliqué</p> <p>- qu'il s'étouffe</p> <p>-le patient n'est pas en capacité de le mettre tout seul</p> <p>-chez des patients qui lisent beaucoup sur les lèvres</p> <p>-le seul problème de communication que je pourrais voir c'est chez les gens sourds, ou malentendants ou qui lisent sur les lèvres</p>	<p>-les gens nous disent souvent on aimerait bien voir la totalité de votre visage</p> <p>- votre sourire</p> <p>-on aimerait voir votre visage</p>	<p>- ça permet de bien nous protéger</p> <p>-de protéger nos patients très immunodéprimés</p> <p>-on trouve plutôt une manière de protéger tous les patients du service</p>	<p>-on sait que vous souriez à travers l'expression de vos yeux</p> <p>- on sait que vous souriez</p> <p>-l'enlever pour faire une photo avec les patients</p>

IX. Abstract

NOM : SIMON
PRENOM : ANGÉLIQUE

TITRE DU MÉMOIRE: COVID 19 en soins palliatifs :impact du masque sur les échanges soignants soigné

Présentation synthétique du travail en anglais :

Two years ago COVID 19 emerged . This pandemic led to the use of masks as an obligation for everyone in all hospital units. Whoever it is, patients or carers.

From this situation, I then wondered how wearing a mask could impact the healer-healed relationship in palliative care?

I first defined palliative care and its different concepts. I then described what communication is , particularly during care, and to finish, I looked for the benefits that wearing a mask could bring but also the difficulties.

In order to conduct this research, I met two nurses from the same palliative unit in Rennes.

This research helped me to accumulate more theoretical knowledge on the topic , as well as to help me to project myself as a future healthcare professional.

Présentation synthétique du travail en français :

Lors de ces deux dernières années est apparu le COVID 19. Cette pandémie a conduit tous les services hospitaliers à mettre le port du masque obligatoire pour tout le monde. Que ce soit les patients ou les soignants.

De cette situation je me suis alors demandée, en quoi le masque impact sur la relation soignants soignés en soins palliatifs?

Je me suis d'abord intéressée aux soins palliatifs, leurs histoire et différents concepts. Puis j'ai défini la communication et plus particulièrement dans le soin, et enfin les ressources et difficultés du port du masque.

Afin de réaliser cette recherche j'ai interrogé deux infirmières du même service de soins palliatifs de Rennes.

Cette étude m'a permis d'enrichir mes connaissances théorique sur la relation soignants soignés et aussi de me projeter en tant que futur professionnelle de santé.

Mots clés en anglais :Pandemic, Palliative care, healer-healer relationship, care, healthcare professional.

Mots clés en français :Pandémie, Soins palliatifs, relation soignant soigné, soins, professionnels de santé.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de formation des professionnels de santé. CHU Pontchaillou.

2, rue Henri le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES-Année de formation : 2019-2022

