

Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09



Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

COMMUNIQUER EN COMMUNICANT

LE CAROU Pauline

Formation en Soins Infirmiers

Promotion 2017-2020



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 : MIRSI : Communiquer en communicant

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 05 Mai 2020

Signature de l'étudiant :

Le Carou

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

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagné pour la réalisation de ce travail de fin d'études, et plus particulièrement Mme Pascale Mancheron pour ses conseils et son soutien tout au long de cette année.

Je remercie les deux infirmières qui ont accepté de me rencontrer et de répondre à mes différentes questions.

Je remercie également ma famille et mes amis pour leur lecture constructive.

CITATION

« Entre

Ce que je pense

Ce que je veux dire

Ce que je crois dire

Ce que je dis

Ce que vous avez envie d'entendre

Ce que vous croyez entendre

Ce que vous entendez

Ce que vous avez envie de comprendre

Ce que vous croyez comprendre

Ce que vous comprenez

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.

Mais essayons quand même... »

Bernard Werber. (1998). *Le Père de nos Pères*, édition Albin Michel

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1.1 Présentation des situations d'appel	1
1.1.1 Première situation	2
1.1.2 Deuxième situation	3
1.1.3 Troisième situation	3
1.2 Questionnements en lien avec les situations d'appel	4
1.3 Emergence à la question de départ	4
CADRE CONCEPTUEL	5
2.1 La communication, essentielle pour se comprendre	5
2.1.1 Qu'est-ce que la communication ?	5
2.1.2 Qu'est-ce que le non-verbal ?	6
2.1.3 Les différents types de feed-back : positifs et négatifs et leurs fonctions	7
2.2 Le patient trachéotomisé	9
2.2.1 Qu'est-ce que la trachéotomie / trachéostomie ?	9
2.2.2 Quelles sont les conséquences pour le patient ?	9
2.2.3 L'image corporelle : l'identité du corps et la mutilation	10
2.3 L'expérience professionnelle	11
2.3.1 Qu'est-ce que l'expérience professionnelle ?	11
2.3.2 Les différents types de profils	12
2.3.3 L'apport de l'expérience	14
ANALYSE DES ENTRETIENS	15
3.1 Dispositif méthodologique	15
3.2 Analyse	17

3.2.1	La communication dans le soin	17
3.2.2	Le patient trachéotomisé comme difficulté dans la communication	18
3.2.3	L'expérience dans l'art de communiquer avec un patient trachéotomisé	21
	DISCUSSION	24
4.1	La particularité de la communication en ORL	24
4.1.1	La singularité de la communication	25
4.1.2	Les outils utilisés	25
4.2	La trachéotomie : les conséquences pour le patient	25
4.2.1	L'impact physique	25
4.2.2	L'impact psychologique	26
4.2.3	L'impact social	26
4.3	L'adaptation et l'expérience	27
4.3.1	L'expérience	27
4.3.2	Les échecs	27
4.3.3	La formation et la répétition	28
4.4	Le caractère soignant	28
4.4	La place des émotions dans la communication	29
	CONCLUSION	30
	BIBLIOGRAPHIE	33
	ANNEXES	35

Introduction

Je me suis intéressée à la thématique de la « communication », qui est au cœur de toute relation humaine et essentielle aux soins. J'ai réfléchi autour de ce sujet et j'ai mis sur le papier tout ce qui me faisait penser à la communication ainsi qu'à la posture professionnelle. J'ai déjà été confrontée à diverses situations où la communication était altérée et difficile à mettre en place. Dans ces situations, il est parfois compliqué de se faire comprendre, et de mettre en place une relation de confiance entre soignant et soigné.

La communication est une notion qui est primordiale dans notre profession. Le prendre soin et la relation entre les patients et les soignants passent d'abord par une communication claire et spontanée. Le langage correspond à 10 % de la communication alors que le paralangage (non-verbal) la compose à 90 %.

Ayant été confrontée dès mon plus jeune âge à un handicap sensoriel, j'ai développé une sensibilité particulière pour les personnes rencontrant des difficultés à communiquer de manière classique. J'attache beaucoup d'importance aux différents outils permettant la mise en place d'une communication afin de favoriser la relation de confiance.

Pour commencer ce travail, je vais vous présenter trois situations d'appels, qui sont centrées sur un seul patient, puis je développerai le cadre conceptuel avec l'aide de différents auteurs et rencontres que j'aurai effectué durant tout ce mémoire de fin d'étude.

Pour m'amener à ce travail, j'ai réfléchi à mes différentes expériences professionnelles, que ce soit en tant qu'étudiante en soins infirmier ou en tant qu'aide-soignante.

1. Des situations vécues aux questionnements professionnels

1.1 Présentation des situations d'appel

Je suis en première année d'école d'infirmière, et je suis actuellement en stage dans un service de chirurgie ORL. C'est la première fois que je vois des patients qui sont entre autre trachéotomisés.

Les situations qui vont suivre sont centrées sur un patient trachéotomisé.

1.1.1 Première situation

Je suis avec une infirmière, habituée du service (la plus ancienne du service), et nous entrons dans la chambre du patient. Cette personnes est trachéotomisée (à J7) et a des difficultés à s'exprimer correctement. Il est en cours de rééducation avec l'orthophoniste. L'infirmière se présente et je me présente à mon tour. Il nous fait un large sourire afin de nous dire bonjour. L'infirmière commence par lui poser des questions afin de savoir comment il se sent. L'échange prend forme avec des questions fermées de la part de l'infirmière, pour que le patient n'ait seulement qu'à répondre de façon négative ou positive grâce au mouvement de la tête. Pour avoir plus de précisions sur certains points, l'infirmière propose des solutions. Le patient réagit à celle qui s'en rapproche le plus. Le patient a à sa disposition une ardoise et un crayon afin de transmettre par écrit ses besoins plus spécifiques.

Lors de cet échange, le patient ne s'en sert pas et il se crée une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Lorsque le patient souhaite préciser les choses, il parle en articulant avec ses lèvres sans un son. Elle reformule ses propos afin d'être sûre qu'elle ait bien compris ce qu'il voulait dire. J'assiste à cet échange en étant à la fois émerveillée par la limpidité de la conversation et à la fois curieuse de savoir comment l'infirmière met en place ces stratégies d'adaptation. Je suis aussi surprise de voir que l'infirmière est très à l'aise dans ce genre de situation.

Cette dernière est très atypique car vu de l'extérieur, j'avais l'impression que l'infirmière se parlait à elle-même car nous n'entendions pas le patient.

En sortant de la chambre, je remarque que le patient exprime une satisfaction d'avoir pu être compris et entendu. Une fois sortie de la chambre, je questionne l'infirmière afin qu'elle me donne les outils pour que moi aussi je puisse être à l'aise et ainsi communiquer facilement avec le patient. Elle m'explique qu'elle a développé ce genre de solution avec l'expérience dans le service, mais qu'il faut généralement commencer par des questions fermées afin de ne pas nous mettre en difficulté et surtout pour favoriser la construction de la relation de confiance. Le patient pourra alors se sentir à l'aise et compris. Elle m'explique qu'une fois la confiance instaurée avec le patient, je pourrai essayer de faire des propositions, que j'essayerai de reformuler au mieux pour ne pas me tromper dans l'interprétation de ses propos.

1.1.2 Deuxième situation

Quelques jours plus tard, je suis avec un infirmier du pool, il connaît peu le service. Nous rentrons dans la chambre de ce même patient afin d'effectuer les soins. L'infirmier se présente et explique ce que nous sommes venu faire. Il commence à faire les soins et communique très peu avec le patient. Ce dernier essaie de s'exprimer pour communiquer à l'infirmier ses contraintes, mais il est en difficulté. Il écrit alors sur l'ardoise ce qu'il veut dire, mais cela est plus long et la communication est beaucoup moins spontanée. Sur une ardoise, les émotions ne peuvent s'exprimer et le ressenti du patient est alors peu pris en compte. L'infirmier semble mal à l'aise et je n'ose pas intervenir dans cet échange. Je suis déstabilisée par la posture du soignant, je ne sais pas quoi faire et ne sais pas si je peux intervenir, de peur de mettre encore plus en difficulté l'infirmier mais aussi le patient. Ce dernier semble décontenancé et triste de ne pas réussir à se faire comprendre. Il se décourage et cesse d'essayer de communiquer avec l'infirmier.

Une fois les soins terminés, nous sortons de la chambre. L'infirmier n'est pas à l'aise. Il m'informe que c'est la première fois qu'il venait dans ce service et qu'il rencontrait un patient trachéotomisé. Il m'explique qu'il était stressé et déstabilisé, et ne savait pas trop quoi faire afin de ne plus se mettre en difficulté.

1.1.3 Troisième situation

Je suis seule avec ce même patient. Je dois lui faire des soins. Je rentre dans sa chambre et lui explique ce que je vais faire. Je lui demande avant de commencer si cela ne le dérange pas que je les lui fasse et me répond avec un sourire et un mouvement de tête que non. Son visage est souriant et détendu. J'ai envie de communiquer avec lui, et d'être aussi à l'aise que l'infirmière. Lorsque j'étais avec l'infirmière, j'avais le sentiment que c'était simple. J'essaie d'appliquer ses conseils et de commencer par des questions fermées. Je me rends compte qu'il me faut du temps pour préparer mes questions, et que cela est alors moins spontané. Le patient me laisse le temps de trouver les bons termes à employer, pour ainsi me mettre le moins possible en difficulté. Il ne me tient pas rigueur de ma lenteur et me remercie des efforts d'adaptation que je fais. Je continue à communiquer avec lui mais de façon plus spontanée. Je remarque que le patient ne me suis plus car mes questions sont beaucoup trop ouvertes et il n'arrive pas à me répondre. Il prend l'ardoise et écrit des mots pour répondre à mes questions. Je m'excuse de mes questions trop ouvertes. Il est compréhensif et m'indique que ce n'est pas grave. Je fais les soins et lui explique que pour

le moment je n'arrive pas à communiquer en même temps.

Une fois les soins terminés, il me remercie des efforts que j'ai fait pour échanger avec lui. Je le remercie de m'avoir laissé le temps de trouver les mots et m'excuse également de m'être laissée envahir par mon stress et d'avoir oublié sa difficulté pour communiquer.

1.2 Les questionnements sur les différentes situations d'appel

- Comment se met en place la communication lorsqu'un handicap ou une maladie interfère ?
- Quelles sont les différentes stratégies d'adaptation mises en place par les soignants ou les patients ?
- Les personnes comprennent-elles tout ce que l'on dit ?
- Quelle est la place du non-verbal dans une communication altérée ? Quel est son importance chez les patients ? Et chez les soignants ?
- Comment se construit la relation soignant – soigné ?
- Comment se met en place la relation de confiance ?
- Qu'est-ce que l'expérience ? En quoi consiste-elle ?
- Qu'est-ce qui facilite la communication avec un patient trachéotomisé ?
- Quelle est la place du nom verbal dans cette situation ?
- Pourquoi la communication semblait si fluide avec la première IDE et si difficile avec le second ?
- Était-ce une question de personnalité ? D'attention à l'autre ? D'impuissance ? De peur du second IDE de ne pas maîtriser la communication ?
- Pourquoi lorsque j'ai tenté de mettre en place la même stratégie que l'IDE de la première situation, ce qui me semblait si aisé pour elle n'a-t-il pas été concluant pour moi ?
- Pourquoi était-ce si difficile pour moi malgré mon envie de communiquer avec ce patient et de nouer une relation de confiance ?
- Est-ce une question d'expérience ?
- Comment s'est construite l'expérience de cette infirmière ?

1.3 Emergence de la question de départ

Cette situation me rappelle que la base de mon métier d'infirmière est la

communication et qu'elle est l'un des piliers de notre prise en soin. Lorsque la communication verbale est difficile, l'infirmier(e) peut se retrouver face à une prise en soins d'un patient plus complexe qu'à l'accoutumée. Malgré mon sentiment d'impuissance dans ces situations, je me suis aperçue que la relation de confiance était encore plus forte après avoir réussi à me faire comprendre des patients. L'expression des besoins d'une personne passe avant tout par une communication qui peut être à la fois verbale et non verbale. Ce qui m'amène à me poser la question suivante pour ma question de départ.

En quoi l'expérience professionnelle de l'infirmier(e) permet-elle la mise en place d'une communication fluide et adaptée avec un patient trachéotomisé ?

Avec cette question, je vais développer l'aspect « expérience professionnelle », ce qu'est la singularité d'un patient trachéotomisé et les différents types de communication

Cadre conceptuel

2.1 La communication, essentielle pour se comprendre

2.1.1 Qu'est-ce que la communication ?

La communication se définit de différentes manières et a de nombreuses caractéristiques.

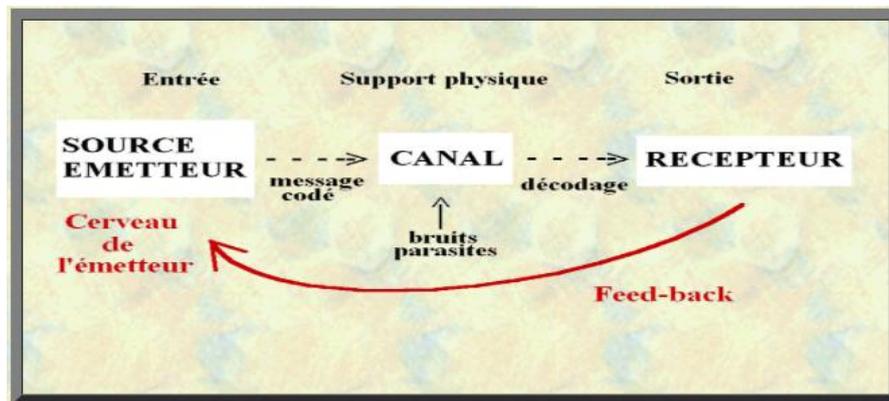
D'après le Petit Larousse Français, la communication se définit comme une « action qui permet de communiquer, de transmettre quelque chose ». C'est également une « action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ». (2012, page 240)

D'après Jean-Claude Abric, la communication est définie comme « l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes dans une situation sociale donnée. » (2016, page 4).

Comme le cite Jean-Claude Abric, Shannon a caractérisé la communication. Pour lui, « la communication peut être définie comme la transmission d'un message d'un endroit à un autre. Il repose sur la mise en relation d'un émetteur et d'un destinataire. » (2016, pages 3-4). Pour que le message soit compréhensible, l'émetteur va devoir utiliser un langage adapté pour que ce dernier soit accessible au destinataire. Ce système s'appelle le codage. Le

message va être transmis à l'aide d'un canal de communication et va arriver au destinataire. Ce dernier va devoir utiliser un système de décodage afin de « s'approprier et de comprendre le message. » Pour être pleinement efficace, « le système doit prévoir une modalité de contrôle, de régulation et de traitement des erreurs : c'est le feed-back, c'est-à-dire la boucle rétroaction du récepteur vers l'émetteur. » (2016, page 3-4)

Le schéma ci-dessous illustre la définition de Shannon.



(<http://nalya.canalblog.com/archives/2008/01/09/7499662.html>)

La communication n'est pas seulement une question d'expression orale. La communication est complète lorsqu'il y a des gestes, des mimiques... Toutes ces caractéristiques permettent de véhiculer un message et de souligner la nature du lien social existant ou souhaité. (Jean-Claude Abric, 2016, page 5)

2.1.2 Qu'est-ce que la communication non verbale ?

La communication ne se limite pas qu'à un échange verbal entre deux personnes. Par définition, le non verbal correspond à tout ce qui constitue la communication mais sans la parole, c'est-à-dire, les gestes, les mimiques, la posture, les attitudes... (Patrick Baudry, 2000, page 1). La communication est également composée de non-dits, de silences, mais qui sont des éléments signifiants pour la compréhension du message. Par exemple, le geste lié à la parole peut apporter plus de sens que les mots. Le corps peut contredire ce que l'on dit ou ce que l'on veut dire. (Patrick Baudry, 2000, page 1)

Jean-Claude Abric a défini trois fonctions de la communication non-verbale : une fonction d'information, une fonction d'étalement du langage et une fonction quasi linguistique. Tout d'abord, la fonction d'information sur l'émetteur permet de connaître « l'état émotionnel

de l'émetteur mais aussi son attitude par rapport au récepteur et à la situation. » Au final, le non-verbal permet de donner des informations sur le vécu de la personne mais également de l'image qu'il souhaite faire passer.

La fonction d'étalement du langage correspond aux gestes, aux mimiques, aux attitudes. Cette fonction joue deux rôles fondamentaux. Elle permet de ponctuer, de renforcer et de confirmer les éléments verbaux et permet la transmission de plusieurs informations telle que la direction du regard, par exemple, pour prévenir le récepteur que l'on s'adresse à lui.

Pour finir, la fonction quasi linguistique correspond aux « comportements non verbaux qui ont une correspondance directe avec le langage parlé. » Par exemple, on peut très bien dire le « non » avec un mouvement de tête de droite à gauche et qui aura la même signification à l'oral. (2016, page 59 à 61)

Les comportements non verbaux permettent d'apporter des informations nécessaires à la compréhension du message oral. Ils servent de régulateurs à l'interaction entre l'émetteur et le récepteur et sont essentiels au feed-back. (Jean-Claude Abric, 2016, page 61)

2.1.3 Les différents feed-back : positifs et négatifs et leurs fonctions

En France, le feed-back a été traduit par les termes de « rétro-information, boucle de rétro action, réaction en retour ». De nombreuses définitions ont été établies pour définir le feed-back. Il est parfois associé à la réponse du récepteur, ou à sa réaction, et même à une réponse de l'émetteur en réponse à celle de son interlocuteur. (Guy Paquette, 1987, page 13)

Dans la communication, le feed-back y est essentiel. Il permet à l'émetteur de savoir si le récepteur a bien reçu le message car ce dernier va pouvoir lui répondre. Il est défini par N. Wiener dans son ouvrage *Cybernetics or control and communication in the human and machine* en 1948 comme « un processus permettant le contrôle d'un système (mécanique, physiologique, social) en l'informant des résultats de son action. » (Guy Paquette, 1987, page 6)

Christelle Bosc-Miné précise que les feed-back permettent d'apporter des informations sur différentes caractéristiques comme la source, la connotation (performance ou remise en question), la focalisation (la tâche), le nombre de feed-back, le moment de la réception... Toutes ses informations et toutes ces caractéristiques ont une influence sur l'efficacité de la communication. (2017, page 317)

Comme l'explique Guy Paquette, le feed-back est une nécessité : « il n'y a qu'à écouter les commentaires que vous donneront invariablement les gens qui en sont à leur première expérience de la radio ou de la télévision : tous s'informeront de leur performance, parleront de la difficulté de s'adresser à un objet (micro, caméra), et du malaise engendré par l'impossibilité de savoir comment ont réagi les destinataires du message ». (1987, page 13). Cette information va permettre aux personnes de savoir si elles ont touché une population, si leurs idées ont plu, et ainsi pouvoir mettre en place des ajustements ou des modifications afin de plaire au plus grand nombre et de mieux véhiculer un message. Par exemple, les négociateurs arrivent à s'adapter au comportement de leur interlocuteur, ils ne se laissent pas déstabiliser par leur non verbal expressif. Cela demande aux négociateurs de savoir reconnaître des indices dans le comportement, la posture, les gestes de l'interlocuteur et de les analyser pour s'adapter au mieux aux attentes du destinataire. (Guy Paquette, 1987, page 13)

Il existe différents types de feed-back. Tout d'abord, le feed-back de vérification. Il peut être informel (réactions comportementales) ou intentionnel (fourni par un dispositif, par exemple un ordinateur dans l'enseignement). Le feed-back intentionnel est le plus souvent utilisé et est caractérisé par trois types : le feed-back de performance (connaître la réponse), le feed-back d'appréciation de la réponse fournie (appréciation comportementale (un sourire), lors d'une frappe de texte les mots incorrects sont soulignés...) et le feed-back d'appréciation de la réponse correcte attendue (fournit la réponse juste ou la meilleure). Ce dernier ne permet pas la compréhension des erreurs. (Christelle Bosc-Miné, 2017, page 318-321)

Le feed-back élaboré permet de se former, d'apprendre de ses erreurs et d'évoluer. Il est conçu pour encourager la personne à poursuivre son activité grâce à des aides extérieurs tels que des tutoriels ou des manuels... (Christelle Bosc-Miné, 2017, page 321-322)

Parfois, certains feed-back peuvent être à la fois élaborés et de vérification. Concrètement, ce feed-back donne des informations qui expliquent pour quelles raisons la réponse est vraie ou la réponse est fausse. (Christelle Bosc-Miné, 2017, page 322-323)

Ils existent de nombreux feed-back. Ils permettent la compréhension de nos erreurs afin de s'améliorer, d'évoluer, d'apprendre, d'augmenter notre performance mais aussi de connaître le retour de notre interlocuteur que ce soit dans la communication ou à l'écrit (par exemple, les avis laissés sur un blog...)

« Écouter l'autre et le comprendre c'est à la fois entendre ce qu'il dit et observer et décoder les signes non verbaux qui accompagnent cette expression »

(Jean-Claude Abric, 2016, page 62-63)

2.2 Le patient trachéotomisé

2.2.1 Qu'est-ce que la trachéostomie / trachéotomie ?

D'après le dictionnaire Le Petit Larousse de 2012, la trachéotomie correspond à « une ouverture chirurgicale de la trachée au niveau du cou pour la mettre en communication avec l'extérieur au moyen d'une canule, lorsqu'il y a un risque d'asphyxie » (page 1096). C'est un dispositif qui est temporaire.

A la différence, une trachéostomie « correspond, au contraire, à l'abouchement définitif et chirurgical de la trachée à la peau. La respiration se fait exclusivement par l'orifice de trachéostomie. » (Sophie Semal, Janvier-Février 2009, pages 43-44)

2.2.2 Quelles sont les conséquences pour le patient ?

La trachéostomie a de nombreux impacts sur la vie quotidienne du patient. Ils peuvent être physiques avec l'acceptation de la modification de l'image corporelle, ou psychologiques avec l'acceptation d'un changement d'habitude de vie. Le regard extérieur peut engendrer des conséquences sur la vie affective, sociale et professionnelle.

L'absence de parole est à prendre en compte dans la prise en soins d'un patient trachéotomisé. Il faut lui expliquer, lui apprendre à utiliser la lecture labiale ou l'utilisation d'une ardoise. (Laurence Nicouleau et Claude Cotto, septembre 2015, page 47).

Les soins infirmiers permettent de rendre autonome le patient avec sa trachéostomie. Ce sont des soins éducatifs qui commencent en général une quinzaine de jour avant l'opération. Des objectifs sont posés au vu de son autonomisation. Cette séance d'éducation thérapeutique permet au patient de comprendre sa maladie, de mettre des mots dessus, de prendre en charge ses soins de manière active et d'acquérir des comportements favorisant sa qualité de vie et sa sécurité. L'entourage est invité à y participer afin de soutenir leur proche. Le patient va également rencontrer un(e) orthophoniste, un(e) assistant(e) social(e), un(e) psychologue, un(e) diététicien(ne) avant et après son intervention. Après l'opération, le principal objectif des infirmiers sera d'autonomiser le patient avec ses soins tels que les

aspirations trachéales, le changement de poche de sa sonde nasogastrique. Au bout de quelques jours, la sonde nasogastrique est ôtée et le patient peut alors progressivement reprendre une alimentation normale. La texture sera modifiée progressivement (mixée, hachée puis normale). (Laurence Nicouveau et Claude Cotto, septembre 2015, page 47-49)

La communication orale sera impossible. Le patient ne parlera plus jamais comme avant. L'orthophoniste apprendra au patient à parler avec un implant phonatoire ou un laryngophone. (Laurence Nicouveau et Claude Cotto, septembre 2015, page 47-49)

La représentation sociale du cancer ORL a un impact sur l'état psychologique des patients trachéotomisés. Ces personnes ressentent une certaine injustice et de la culpabilité. Ces représentations sociales peuvent susciter le rejet et le dégoût et ainsi favoriser l'isolement social de la personne trachéotomisée. (Mélanie Moya, septembre 2015, page 50)

La modification de l'image corporelle est également présente. Elle peut avoir un impact sur le psychologique du patient.

2.2.3 L'image corporelle : l'identité du corps et la mutilation

L'image corporelle a été définie par Paul Schilder comme une représentation à la fois consciente et inconsciente du corps que nous nous faisons dans notre esprit. En soi, « l'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit ». Michel Reich a repris cette définition en précisant que cette image du corps était « une vision psychologique où prédomineraient les attitudes et les sentiments éprouvés par le corps, son apparence physique et la représentation mentale de soi ». (mars 2009, page 248).

Lors de l'annonce d'un cancer, l'organe malade remet en question les croyances d'immortalité du patient. Ce dernier va alors mettre en place des mécanismes de défense afin de pouvoir se représenter les modifications corporelles que cela pourraient engendrer. Le cancer modifie l'image corporelle que le patient se fait mais aussi le regard d'autrui. (Michel Reich, Mars 2009, page 248).

Les cancers ORL et en particulier le cancer des voies aériennes digestives supérieures (VADS) modifient l'image corporelle du patient, avec l'ablation d'un organe ou la mise en place d'un appareillage, comme par exemple la trachéotomie, afin que le patient puisse continuer à respirer normalement.

Comme l'explique Mélanie Moya dans la revue *Soins*, les cancers ORL sont des

pathologies qui touchent principalement l'outil de la communication comme par exemple la trachée, la bouche, la langue, le visage... La parole, les expressions du visage (les mimiques) seront perturbées. (Septembre 2015, page 51).

La modification de cette image corporelle peut-être vécue comme une mutilation chez certains patients. Les patients évoquent de nombreuses difficultés à faire face à la mise en place d'une trachéotomie, à devoir faire face tous les jours au « trou » qui s'impose à la vue de tous. La trachéotomie a un fort impact sur l'esthétique de la personne, qui laisse comme une trace indélébile, une marque de mutilation qui a été nécessaire à un moment donné. Cette marque restera visible à jamais. (Mélania Moya, septembre 2015, page 51)

Lors de la prise en soins, certains patients peuvent se sentir incompris et s'enfermer dans un silence qu'ils ne désirent pas. Chez de nombreux patients trachéotomisés, l'isolement social est très présent. Pour éviter cela, un suivi psychologique est organisé lors de l'hospitalisation du patient. Le psychologue s'adapte au patient, en mettant à disposition des ardoises, des crayons, du papier... Certains patients préféreront communiquer avec des mimiques, des gestes, des expressions du visage et ils attendront la reformulation du psychologue pour se faire comprendre. (Mélania Moya, Septembre 2015, page 52)

Pour faire face à cette nouvelle image corporelle, les soignants encouragent les patients à verbaliser par écrit leurs difficultés, leurs ressentis, leurs questions... Ils pourront ensuite, s'ils le souhaitent, les communiquer à leur entourage ou les garder pour eux. Hélène Aeltermann, une infirmière de service d'ORL, accompagne ses patients en leur disant la vérité. Elle ne leur dit pas ce qu'ils veulent entendre. Elle explique que les patients doivent apprendre à se battre pour se faire comprendre, à se battre contre leur maladie, à se battre pour faire des efforts. Elle dit également « qu'avec le trou qu'ils auront, ils respireront très bien. » (2014, page 70).

La trachéotomie est un état compliqué à vivre pour les patients. Il faut réapprendre à s'accepter avec cette modification, réapprendre à communiquer avec les soignants, mais aussi avec son entourage. Avec le temps et leur expérience, les soignants mettent en place de nombreux outils pour faciliter la communication avec leurs patients.

2.3 L'expérience professionnelle

2.3.1 Qu'est-ce que l'expérience professionnelle ?

L'expérience peut être définie de diverses façons. Pour Patricia Benner, l'expérience se caractérise par l'amélioration de théories et de notions préconçues à travers de nombreuses situations vécues par la personne. La théorie est quelque chose de formel, tandis que la pratique évolue toujours. (1995, page 35-36).

Pour Joël Cadière, l'expérience est le résultat « d'une incorporation particulière et singulière acquise, apprise, transmise, éprouvée. ». (2017, page 8).

Tandis que pour Benoît Grasser et José Rose, l'expérience est définie « par défaut », comme « tout ce qui se passe » dans l'exercice d'une activité ou dans le vécu d'une situation. ». Pour eux, l'expérience est « à la fois un acquis et un mode d'acquisition » (2000, page 5)

Dans le dictionnaire des concepts, Christine Palliard reprend la définition de Carl Rogers : « l'expérience est un processus expérientiel où le vécu, le senti et l'émotion tiennent une plus grande place. » Cette définition permet de créer entre le soignant et le soigné une relation de confiance permettant de faciliter les changements et d'accepter de nouvelles situations, et ainsi de faire évoluer sa propre expérience. (Avril 2015, page 181)

2.3.2 Les différents types de profils de l'expérience

Patricia Benner a défini différents types de profils, par lesquels évolue une infirmière tout juste diplômée jusqu'à la construction de la confiance et de l'expérience. Pour un même problème donné, une infirmière débutante trouvera une solution qui sera différente de l'infirmière experte, qui trouvera une autre solution. Cette différence est due à un savoir-faire acquis par un vécu différent. (1995, page 9).

La construction de l'expérience peut se faire en passant par les cinq stades différents : novice, débutant, compétant, performant et enfin expert.

2.3.2.1 Novice

Les novices peuvent être caractérisés par des personnes qui n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent d'être confrontées. Pour leur permettre de réussir, une description des situations en terme d'éléments objectifs tels que les différentes constantes (pouls, tension artérielle, fréquence cardiaque...), le poids, les autres paramètres vitaux, etc est nécessaire. Ces éléments permettent de se représenter et de

connaître les conditions du malade. Durant les cours, les formateurs vont apprendre à leurs élèves l'utilité de connaître ces éléments. On leur apprend aussi des règles qui ne font pas parties du contexte mais qui sont nécessaires pour guider les actes en fonctions des différents éléments. Malheureusement ces règles imposent aux novices un comportement très protocolaire, limité et rigide. (Patricia Benner, 1995, page 23)

2.3.2.2 Débutante

Les débutantes confirmées sont des personnes qui ont fait face à suffisamment de situations réelles pour pouvoir repérer les facteurs essentiels qui se reproduisent dans des situations identiques. Elles repèrent ces éléments seules ou avec l'aide de leur tuteur. Pour reconnaître ces différents facteurs en situation réelle, il faut de l'expérience. La débutante va apprendre différentes marches à suivre et différentes listes de choses à faire pour pouvoir comprendre les situations. Ces facteurs sont l'ensemble des caractéristiques qui peuvent être identifiés grâce à des expériences déjà construites dans le passé. (Patricia Benner, 1995, pages 24-25).

2.3.2.3 Compétente

Une infirmière compétente est caractérisée comme une personne qui travaille dans un même service depuis deux ou trois ans. Elle connaît le service. Elle sait s'organiser. Dans une situation donnée, elle sait quels sont les éléments qui doivent être traités en priorité et ceux qui peuvent être mis de côté dans un premier temps. L'infirmière compétente fait ses choix en se fondant sur une « analyse consciente, abstraite et analytique du problème ». (Patricia Benner, 1995, page 27).

En revanche l'infirmière compétente n'est pas encore aussi rapide qu'une infirmière performante. Elle est cependant capable de faire face à des imprévus et de maîtriser les soins. Savoir planifier sa journée aide à gagner en efficacité et en organisation. (Patricia Benner, 1995, page 28)

2.3.2.4 Performante

L'infirmière performante, grâce à son expérience acquise et à sa capacité à gérer des situations, sera capable de prévoir à l'avance l'apparition de symptômes indésirables. Connaître la globalité des risques encourus par le patient, permet d'améliorer la prise de

décision de l'infirmière. (Patricia Benner, 1995, page 29)

L'auteur explique « l'infirmière compétente n'a pas encore suffisamment d'expérience pour reconnaître une situation dans son ensemble, ou en termes d'aspects les plus frappants et les plus importants, l'infirmière performante prend en compte moins de possibilités et s'oriente directement sur le problème. » (Patricia Benner, 1995, page 30)

2.3.2.5 Experte

L'auteure définit l'infirmière experte comme une personne qui n'a plus besoin de s'appuyer sur des indications, des règles, qui arrive à comprendre la situation très rapidement. Elle adapte ses soins en fonction de la nécessité pour le patient. Cette personne experte a des années d'expérience et comprend de manière intuitive et appropriée la situation qu'elle a devant elle. Patricia Benner ajoute également « il est difficile de se faire une bonne idée de ses capacités parce qu'elle agit à partir d'une compréhension profonde de la situation globale. » (1995, page 32)

L'expérience permet de faire évoluer les compétences d'un(e) infirmier(e). Cette personne devient meilleure et plus efficace dans les soins.

2.3.3 Apport de l'expérience

Joël Cadière a défini l'importance de la mémoire dans la notion d'expérience. Il explique : « pratiques, sensations, émotions, perceptions sont les points de départ qui [...] constituent le matériau de la mémoire. S'il ne peut y avoir d'expérience sans vécu, de même, il ne peut y avoir d'expérience sans un processus qui [...] détache de ce dont on se souvient, un fait, un geste, une sensation, une situation, une figure, une parole [...]. C'est dire que le processus par lequel l'expérience s'opère, est à la fois un processus inclusif et fonctionnel. ». (2017, page 9).

Il rajoute : « « Faire l'expérience » et « Avoir l'expérience » se nourrissent l'un l'autre dans une dynamique de transformation réciproque et d'acquisition créatrice permanente ». (Joël Cadière, 2017, page 10).

Benoît Grasser et José Rose, en revanche, ont mis en évidence un lien entre la formation, le travail et l'expérience. Pour eux, l'expérience « n'est pas acquise spontanément et toute situation vécue ne fait pas spontanément expérience. » (2000, page 8). Ils

expliquent dans cette idée que la construction de l'expérience nécessite une réflexion et une remise en question de soi vis-à-vis d'une situation professionnelle par exemple, afin de s'améliorer et de développer une pratique dite « structurée et accompagnée ». Ils insistent, « l'expérience, au sens fort du terme, exige donc un retour réflexif sur cette pratique » (Benoît Grasser et José Rose , 2000, page 8). A la suite de cette recherche, ils ont démontré que l'expérience et la formation sont très liées. La formation en alternance par exemple, permet de faire des liens entre la théorie et la pratique. Ils précisent « la formation des apprentis se présente comme une forme singulière de construction de la qualification, qui tout à la fois, améliore la formation et génère de l'expérience. » (Benoît Grasser et José Rose, 2000, page 9)

L'expérience a une place primordiale dans la prise en soins d'un patient, qu'il soit trachéotomisé ou non. De manière générale, un infirmier évolue en fonction de son expérience et de ses acquisitions.

Pour répondre à la question de départ, j'ai effectué des entretiens pour connaître l'avis des professionnels de santé qui sont sur le terrain.

Analyse des entretiens

3.1 Dispositif méthodologique

Afin de recueillir des avis de différents professionnels et de connaître leurs expériences, leurs ressentis, j'ai établi un guide d'entretien comportant diverses questions en lien avec ma question de départ. J'ai interrogé deux infirmiers, tous les deux travaillant dans un service de chirurgie ORL (Oto-rhino-laryngologie). Ces entretiens ont permis de répondre à mes différentes interrogations. Ces deux infirmiers sont au contact tous les jours de patients qui peuvent être porteur d'une trachéotomie.

J'ai fait le choix de m'entretenir avec deux infirmiers : l'un expérimenté, le second novice ou débutant. Mon intention est notamment de pouvoir explorer la variable de l'expérience, en pré-supposant que l'infirmier expérimenté a peut-être déjà expérimenté un certain nombre de stratégies de communication, là où l'infirmier débutant est peut être plus en phase d'adaptation. Les deux infirmiers ont une expérience et des parcours différents. Je me suis ainsi entretenue avec une première infirmière, que je vais nommer IDE 1. Elle a été diplômée en 2016. Elle a effectué son dernier stage de formation d'infirmier dans un service

d'ORL. Elle a travaillé en neurochirurgie, en rééducation fonctionnelle adulte et enfant, puis elle est revenue en ORL. La deuxième infirmière que j'ai interrogée et que je vais nommer IDE 2, travaille depuis 16 ans sur le CHU. Elle a majoritairement travaillé en service de gériatrie. Elle a également exercée en médecine interne, et travaille depuis 3 ans en ORL. Elles apprécient toutes les deux prendre soin des populations hospitalisées en ORL, mais ne cachent pas que parfois la communication est difficile à se mettre en place.

Pour avoir des réponses les plus précises possibles, j'ai décidé de faire un entretien semi-directif. Cette méthode m'a permis de préparer en amont des entretiens des questions ciblées afin qu'elles répondent aux différents objectifs. L'entretien semi-directif laisse place à la reformulation et à la possibilité d'ouvrir sur d'autres questions. Le principal objectif des entretiens effectués était de comprendre comment se mettait en place une communication avec un patient trachéotomisé alors que la fonction du langage était atteinte.

Dans le but de pouvoir travailler et analyser ces entretiens, ils ont été enregistrés sur mon téléphone. Ils ont été anonymisés. Cela m'a permis, par la suite, la retranscription exacte à l'écrit. Ces entretiens ont une durée une vingtaine de minutes. La durée était suffisante pour permettent aux infirmiers de prendre leur temps pour répondre à toutes mes questions. Avant le début de mes entretiens, aucune des deux infirmières ne connaissaient l'intitulée de la question de départ. Elles étaient seulement informées de mon sujet, c'est-à-dire que mon entretien porterait sur la communication et les patients trachéotomisés. Ces entretiens devaient se faire dans un endroit calme, afin que l'enregistrement vocal soit le plus audible possible. Les deux entretiens ont été réalisés dans la bibliothèque du service deux jours différents.

Lors de mes entretiens, j'ai choisi d'aborder trois catégories de sujets différents avec de multiples objectifs. Le premier sujet est la communication dans le soin. A travers les différentes questions posées aux deux infirmières, j'ai pu constituer précisément quelques objectifs afin d'affiner mon analyse. Les objectifs sont de connaître leur propre définition de la communication, d'identifier la place de la communication dans le soin et pour finir de déterminer les caractéristiques de la communication avec un patient trachéotomisé. Le second sujet est centré sur le patient trachéotomisé qui a des difficultés pour communiquer ce qui peut être un problème dans la prise en soins. Les objectifs sont de distinguer les difficultés et les limites lors d'une communication, d'identifier les outils mis en place par les soignants pour établir un échange, d'observer la gestion des situations d'échec chez le soignant et enfin d'identifier les sentiments exprimés par le patient et le soignant lors d'une communication compliquée.

Pour finir, le dernier sujet porte sur l'investissement et l'adaptation du soignant dans la prise

en soins d'un patient trachéotomisé en fonction de leur expérience. Les objectifs sont de définir l'investissement du soignant dans la prise en soins d'un patient trachéotomisé, de déterminer l'adaptation du soignant en lien avec son expérience professionnelle et d'identifier l'importance du travail en équipe.

Afin de réaliser mes entretiens, j'ai décidé de ne pas suivre la démarche institutionnelle de recrutement des infirmiers. J'ai sollicité mon référent pédagogique, qui avait travaillé plusieurs années en ORL afin qu'il m'oriente vers d'anciens collègues. Il a accepté de m'aider et j'ai rapidement eu un contact avec une infirmière. Nous avons convenu d'une date et d'un lieu qui nous convenait toutes les deux afin que je puisse réaliser mon entretien. Pour le second entretien, il s'est avéré plus compliqué de le réaliser en lien avec des soucis de disponibilité.

Les deux entretiens étaient riches en réponses et en diversité. Elles ont pris le temps de répondre à mes questions. Lors du premier entretien, l'IDE était très discrète. Elle avait de nombreuses choses à dire sur mon sujet, j'avais très peu besoin de relancer des questions. Le deuxième entretien n'était pas aussi fluide. Elle avait un peu plus de mal à répondre à mes questions, et il fallait que je reformule mes demandes afin d'avoir plus de précisions dans ses réponses.

3.2 L'analyse

3.2.1 La communication dans le soin

3.2.1.1 Définition de la communication

Pour l'IDE 1, la communication est l'instauration d'une relation, c'est un « échange entre le soignant et le soigné » (Annexe II, page 1). Elle est caractérisée par deux types de communication : le verbal et le non verbal. L'IDE 1 explique que la communication verbale, peut être définie en utilisant des phrases, des mots, des sons. En revanche la communication non verbale peut être défini soit en utilisant des gestes, des attitudes ou encore le touché. (Annexe II, page 1). L'IDE 2 rejoint les propos de l'IDE 1 en rajoutant que le non-verbal peut aussi être un regard (Annexe III, page 1).

3.2.1.2 Intérêt de la communication avec un patient trachéotomisé durant le soin

La communication a différents objectifs. Elle permet d'obtenir des connaissances sur les émotions ressenties ou exprimées ou encore les besoins d'une personne. En effet, l'IDE 1 exprime que la communication « permet de savoir quelles sont les [...] peurs de l'autre » (Annexe II, page 2). Elle indique également qu'elle « permet de savoir quelles sont les attentes de l'autre » et pour le patient de « montrer [...] ce qu'il attend de nous » (Annexe II, page 2).

En général, « communiquer permet de comprendre le mieux possible l'autre personne » (Annexe II, page 2). S'il n'y a pas de communication, il est impossible de « savoir ce que l'autre pense » (Annexe II, page 2). Pour l'IDE 2, la communication fait partie de l'ensemble du soin (Annexe III, page 1).

La communication permet également de se présenter. Pour le soignant, elle permet par exemple, de décliner son identité, sa fonction, et d'expliquer au patient « ce que l'on attend du patient » (Annexe II, page 1). En revanche, sans la communication, « on ne peut pas présenter le soin » (Annexe II, page 1). D'une manière générale, la communication est essentielle. Elle caractérise l'être humain. Ainsi, la communication est indispensable pour se faire comprendre de tous.

3.2.1.3 Utilisation de la communication avec un patient trachéotomisé

Lorsqu'une personne établie une communication, elle peut utiliser le verbal, le non verbal ou encore des outils. L'IDE 1 exprime « on utilise le verbal, même s'ils ne peuvent pas parler, ils nous entendent très bien » (Annexe II, page 2). L'IDE 2 explique que lorsque la communication est difficile à s'établir, elle indique qu'elle « utilise des objets » (Annexe II, page 2).

Cependant, l'IDE 1 ajoute qu'elle « se rend plus compte qu' [elle] gestualise beaucoup plus » (Annexe II, page 2). Le non-verbal a une place importante dans la communication. En effet, le non-verbal correspond à 90 % de la communication. Elle remarque qu'elle accentue son langage corporel par rapport à son langage verbal, « ce sont vraiment les gestes et le touché [qui] vont beaucoup plus venir » (Annexe II, page 2). L'IDE 2 rajoute qu' « il faut regarder le visuel » (Annexe III, page 2).

3.2.2 Le patient trachéotomisé comme difficulté dans la communication

3.2.2.1 Les limites et les difficultés lors d'une communication avec un patient trachéotomisé

Les deux infirmières ont identifié les sources de difficultés dans la communication avec un patient trachéotomisé. Elles admettent qu'en général il y a des difficultés mais également des limites dans la communication avec un patient trachéotomisé. Mais elles peuvent être différentes d'un patient à un autre.

Elles ont repérées différentes limites. Elles peuvent être matérielles ou humaines. Les infirmières expliquent qu'elles utilisent des ardoises avec les patients trachéotomisés. Cependant, elles constatent que certains patients vont « avoir une écriture illisible » (Annexe II, page 2), qu' « ils ont des soucis au niveau de l'écriture » (Annexe III, page 2).

Elles ont également repéré qu'il y avait une limite humaine. L'IDE 2 explique que « des fois on ne comprend pas, on n'y arrive pas » (Annexe III, page 2). L'IDE 1 complète « des fois la communication ne passe pas tout court » (Annexe II, page 2).

Des difficultés sont présentes dans la communication avec le patient trachéotomisé. Tout d'abord, l'IDE 2 explique que le manque de temps peut s'avérer être une contrainte. Le soignant ne peut, alors, pas prendre son temps et la communication devient plus compliquée, car la communication est « plus longue » à s'établir. (Annexe III, page 2). Malgré tout, elle précise que « quand on a le temps ça se passe bien. Il suffit de se poser et de reposer les questions » (Annexe III, page 2).

Les patients peuvent avoir des difficultés autre que la trachéotomie pour communiquer avec les soignants. En effet, les soignants expriment « certains patients ne savent pas lire ni écrire » (Annexe III, page 3). Les patients tout juste trachéotomisés doivent apprendre à communiquer différemment, à utiliser d'autres méthodes. L'IDE 2 explique que les patients « sont mutilés » physiquement, et que « le fait de ne pas pouvoir communiquer ça rajoute sur le fait qu'ils ont eu cette intervention » (Annexe III, page 3). Elle précise qu'ils ont besoin de temps pour accepter leur « nouvelle image corporelle » (Annexe III, page 2). Avoir une trachéostomie ou une trachéotomie, « ça n'a pas le même impact physiquement et psychologique » chez le patient (Annexe II, page 6).

D'autres sources de difficultés sont évoquées comme la barrière de la langue avec des patients non francophones, « beaucoup de personnes [...] ne parlent pas français » (Annexe III, page 2) ou les limites des nouvelles technologies comme par exemple avec les patients âgés même si ces dernières constituent une aide pour établir une communication entre les patients trachéotomisés et les soignants

3.2.2.2 Les outils mis en place par les soignants pour établir une communication avec un patient trachéotomisé

Les soignants peuvent être amenés à utiliser les ressources humaines comme leur collègue de travail ou des aides matérielles comme des ardoises.

D'autre part, l'IDE 1 évoque, dans les stratégies de communication, le recours à des questions simples, comme par exemple « est ce que vous avez envie d'aller aux toilettes, est ce que vous avez soif... » (Annexe III, page 4). Le patient peut alors répondre par un mouvement de tête pour dire oui ou non. Lorsque la communication ne s'établit pas, l'IDE 2 conseille qu'il faut « prendre le temps » de « reposer la question », de « retenter », d'« appeler quelqu'un » (Annexe III, page 3). Elle indique « on trouve toujours des solutions » (Annexe III, page 3).

Pour faciliter la communication, elles indiquent toutes deux qu'elles mettent à disposition du patient une ardoise sur laquelle il peut s'exprimer librement. En général, l'outil de l'ardoise fonctionne très bien. Cela permet au patient de mettre par écrit ses demandes et ses besoins. Cependant, certains patients « ne savent pas lire ni écrire » (Annexe III, page 3) et cet outil devient alors une limite qui complique la communication.

Les deux professionnelles interviewées utilisent souvent leur téléphone comme outil pour communiquer grâce aux applications. Par exemple, avec des patients de langues étrangères, elles vont utiliser des logiciels de traductions. L'IDE 1 confirme « j'utilise google trad » (Annexe II, page 4).

Parfois la communication est difficile à s'établir, le patient et le soignant expriment des émotions qui peuvent être négatives.

3.2.2.3 Les émotions exprimées chez le patient et le soignant lors d'une communication

D'une manière générale, les émotions ont une place particulière dans la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Les soignants témoignent de leur ressenti mais également de celui des patients. Les émotions exprimées peuvent être principalement négatives.

Lorsque la communication est difficile à s'établir, l'IDE 1 exprime que « si on n'arrive pas à trouver un moyen de communiquer que ce soit gestuel, écriture, tout ce qu'on veut, ça peut déclencher beaucoup de frustration pour le soignant et le patient » (Annexe II, page 3). Les deux infirmières ajoutent que la difficulté de communiquer peut provoquer « de l'énerverment [de la part] du patient parce qu'il se sent incompris » (Annexe II, page 3). L'IDE 1 rassure en affirmant « on n'y arrive toujours au bout d'un moment mais c'est très long et

c'est très frustrant » (Annexe II, page 3).

Avec les patients non francophones, la frustration semble moindre car ces patients développent une grande patience avec les soignants. Ils mesurent déjà que la barrière de la langue est une difficulté.

En revanche, lorsque la communication est établie, le patient se sent alors compris et écouté et il peut exprimer ses besoins et ses ressentis. L'IDE 1 confirme que « si on se comprend ce sera bénéfique pour la suite » (Annexe II, page 5).

Avec les patients qui restent longtemps dans le service, l'IDE 1 explique qu'ils vont avoir « une relation qui va être différente » (Annexe II, page 9). En effet, la prise en charge des patients trachéotomisés est globale. Pour le soignant, cette prise en soins est beaucoup plus « satisfaisante » (Annexe II, page 9). Cette relation de confiance développe « une communication entre nous et avec le patient qui est vachement plus riche » (Annexe II, page 9).

3.2.2.4 Compréhension de la gestion des situations d'échec

Les échecs peuvent faire partie du soin. Cependant, ils sont nécessaires pour la construction de soi et de sa pratique professionnelle ainsi que pour découvrir leur caractère soignant. Dans le discours des deux soignants, elles remarquent que les échecs permettent de faire évoluer la relation soignant-soigné et de corriger les erreurs afin de ne plus les reproduire. Malgré les échecs de communication avec les patients trachéotomisés, les deux infirmières n'abandonnent pas, et persévèrent. Cette qualité est nécessaire pour créer une relation de confiance.

L'IDE 2 admet qu'elle peut avoir des difficultés pour établir la communication mais elle ne s'est jamais sentie en échec complet. En effet, elle explique qu'elle a « toujours réussi à mettre des petites choses en place » pour ainsi établir correctement la communication (Annexe III, page 3). Cependant, lorsqu'elle se sent en difficulté, elle en discute avec ses collègues, « on peut être amené à trouver des solutions » tous ensemble (Annexe III, page 5). Parfois, les soignants doivent se remettre en question sur leur manière d'exercer leur fonction. Cette remise en question leur permet d'évoluer, de grandir et d'avancer dans leur pratique professionnelle. L'IDE 1 explique qu'il ne faut pas se sentir responsable lorsque la communication ne s'établit pas. Elle conseille de « prendre du recul », de se dire « on revient », de prendre le temps de « réessayer » (Annexe II, page 3-4).

3.2.3 L'expérience dans l'art de communiquer avec un patient trachéotomisé

3.2.3.1 Définition de l'investissement du soignant dans la prise en soin d'un patient trachéotomisé

L'investissement du soignant peut se traduire par la connaissance des patients. En effet, de nombreux patients restent longtemps dans le service, de quelques semaines à quelques mois. « A force de les côtoyer on sait les attentes qu'ils ont en général » (Annexe II, page 5). Dans ce sens, la communication devient « plus facile » et plus efficace à se mettre en place (Annexe II, page 5). L'IDE 1 explique que la relation soignant-soigné devient « plus agréable dans les deux sens » (Annexe II, page 5)

L'investissement peut également se traduire par le développement d'un caractère soignant. L'IDE 2 explique que pour communiquer avec les patients trachéotomisés « il faut être plus acteur d'attendre une réponse et d'avoir le temps de capter l'attention » (Annexe III, page 3). Elle souligne qu'il faut s'adapter en se mettant « bien en face pour bien regarder [le patient], pour voir si on décèle des petites choses, lui donner l'ardoise, lui donner des outils » (Annexe III, page 3). Elle ajoute qu'« il faut dire je vous écoute » (Annexe III, page 3) au patient, cela permet de « lui montrer l'attention qu'on lui porte » (Annexe III, page 4). L'IDE 1 exprime qu'elle utilise un « mixte de lecture labiale, de gestuelle, de non verbal » (Annexe II, page 5). Elle indique qu'il faut savoir « distinguer le patient de ses appareillages » (Annexe II, page 8), et précise qu'il faut « prendre en compte le patient dans sa globalité, comme une personne ayant des besoins » (Annexe II, page 8).

Lors de l'entretien, l'IDE 1 a développé son ressenti pour cette spécialité, la première fois qu'elle avait rencontré une personne trachéotomisée. L'IDE 1 précise que lorsque l'on a jamais vu de trachéostomie « c'est assez impressionnant » (Annexe II, page 6). Elle admet n'avoir jamais ressenti de dégoût par rapport à la chirurgie ORL qui peut être vue comme « une chirurgie dite sale », par rapport à la « neurochirurgie ou la cardiologie ». (Annexe II, page 7). L'IDE 1 souligne que les trachéostomies ou les trachéotomies « permettent d'éradiquer la source du problème tout en maintenant les fonctions respiratoires sans avoir besoin de mettre les gens dans un semi-coma » (Annexe II, page 7).

3.2.3.2 L'adaptation du soignant grâce à son expérience

L'adaptation du patient se fait grâce à l'expérience. En effet, les deux infirmières ont comparé leur première expérience à aujourd'hui. Pour l'IDE 1, la première fois qu'elle a rencontré un patient trachéotomisé « c'était durant son stage de deuxième année » lorsqu'elle était en étude (Annexe II, page 5). Elle explique que ce stage lui a permis « de

voir que [...] la communication n'était [...] pas que le verbale » (Annexe II, page 7). Elle ajoute « au début j'avais du mal à comprendre les personnes » (Annexe II, page 5). L'IDE 2 avait déjà travaillé avec des patients trachéotomisés avant de travailler dans le service d'ORL. Elle s'est facilement adaptée.

L'IDE 1 précise « avec l'expérience j'ai vu la différence » (Annexe II, page 5). Elle a réussi à développer des stratégies d'adaptation, comme par exemple la lecture labiale, afin de communiquer le plus facilement possible avec les patients trachéotomisé. Parfois, elle arrive à déchiffrer les demandes des patients en suivant simplement le mouvement de leur lèvres. Les étudiants qui viennent effectué leur stage sont impressionnés par cette adaptation, et l'exprime auprès de l'IDE 1 par « ah t'as compris là » (Annexe II, page 5).

L'adaptation peut se traduire par le développement d'un « sixième sens » (Annexe II, page 5). En effet, l'IDE 1 exprime qu'elle a réussi à développer la lecture labiale. Cependant, elle indique qu'avec les nouveaux patients « elle n'arrive pas forcément encore à lire sur leurs lèvres » (Annexe II, page 3). Elle ajoute qu'il faut un temps d'adaptation pour développer ses capacités et que cela « prend un petit peu de temps » (Annexe II, page 3). Elle avoue que dans le service, ils ont l'habitude de jongler entre la lecture labiale, les gestes, la parole (Annexe II, page 5).

L'adaptation peut également se traduire par la répétition des gestes, des soins. L'IDE 2 exprime que « au plus on fait des soins auprès de patients trachéotomisés au plus on s'adapte » (Annexe III, page 4). La difficulté de la communication fait partie de cette relation soignant-soigné, et l'IDE 2 « savais que ça faisait partie du soin donc [elle s'est] adaptée » (Annexe III, page 4).

3.2.3.3 Définition de l'importance du travail en équipe

La collaboration est nécessaire dans ce genre de prise en soins. L'équipe peut s'avérer être une ressource, un outil que les infirmiers peuvent exploiter lorsqu'ils sont en difficultés. En effet pour les deux infirmières le travail en équipe permet d'être aidé et soutenu. L'IDE 1 explique qu'elle « n'arrivait pas à comprendre ce qu'une personne voulait » (Annexe II, page 9). Elle est alors partie « chercher une collègue » afin qu'elle puisse l'aider (Annexe II, page 9). L'IDE 2 indique que lorsqu'il y a des difficultés, elle en parle pendant les transmissions avec l'équipe soignante (Annexe III, page 5).

La cohésion d'une équipe favorise le libre échange entre eux. En effet, l'IDE 1 explique qu'ils sont « une équipe très soudée, [et que] c'est vraiment très agréable ». Elle ajoute qu' « il y a une bonne ambiance » (Annexe II, page 9). L'IDE 1 souligne que l'échange

au sein de l'équipe soignante va permettre de développer avec le patient une communication plus riche car toute l'équipe aura les détails de la prise en soin d'un patient (Annexe II, page 9).

Discussion

4.1 La particularité de la communication en ORL

4.1.1 La singularité de la communication

La communication est différente avec les patients trachéotomisés. Laurence Nicouveau et Claude Cotto expliquent que l'absence de la parole est à prendre en compte dans la prise en soins. En effet, les deux infirmières interviewées ont confirmé que la communication ne se mettait pas facilement en place. Elles se rejoignent pour dire que les patients tout juste opérés ne peuvent pas communiquer avec des mots, des sons. Elles expliquent que malgré tout elles utilisent « le verbal, même s'ils ne peuvent pas parler, ils nous entendent très bien » (Annexe II, page 2). Elles expliquent qu'elles ont vécu des situations compliquées mais qu'elles finissaient toujours par trouver des solutions. Dans la situation d'appel, je n'avais pas connaissance de toutes les solutions que les deux infirmières interrogées ont listées. En effet, lors de la situation d'appel, j'étais en première année, je n'avais, alors, que peu d'expérience. A ce moment là, j'avais profité de ce stage pour demander à l'infirmière du service d'ORL avec qui je travaillais si elle pouvait m'aider en me donnant et en m'expliquant quels étaient ses outils pour réussir à communiquer facilement. Elle avait une plus longue expérience que les deux infirmières que j'ai interviewées, plus de dix années dans ce service. Pour que je réussisse plus facilement, elle m'a conseillée de poser des questions fermées pour que le patient puisse simplement me répondre par un mouvement de tête. Elle m'explique que cela permet de ne mettre ni le patient ni le soignant en difficulté mais de favoriser la construction d'une relation de confiance. Le patient pourra alors se sentir à l'aise et compris. Elle m'explique qu'une fois la confiance instaurée avec le patient, je pourrai essayer de faire des propositions, que j'essayerai de reformuler au mieux pour ne pas me tromper dans l'interprétation de ses propos.

Comme le souligne J-Claude Abric « écouter l'autre et le comprendre c'est à la fois entendre ce qu'il dit et observer et décoder les signes non verbaux qui accompagnent cette expression » (2016, page 62-63).

4.1.2 Les outils utilisés

Cette communication est particulière avec la mise en place d'outils. L'approche de l'ardoise est très utilisée en ORL. Les deux infirmières confirment qu'elles l'utilisent régulièrement même si parfois elles sont confrontées aux problèmes d'écriture ou à l'analphabétisme des patients. Lors de mon stage, j'avais utilisé cette aide. Elle s'était avérée très efficace mais j'avais constaté que certains patients n'étaient pas forcément à l'aise avec l'écriture ou l'orthographe. Dans certains cas, des patients se sont sentis gênés ou honteux de ne pas savoir écrire correctement. Je ne savais pas comment les rassurer, et c'était souvent l'infirmière qui était avec moi qui le faisait. Je pense qu'en première année, il est compliqué de trouver les bons mots. Il me semble plus facile de faire preuve d'empathie et de compréhension que de trouver les mots justes de réassurance, ce qui demande, de mon point de vue, du recul, de la distance et de l'expérience de situation afin d'être efficace.

L'IDE 1 m'a confié avoir réussi à développer un 'pouvoir', celui de lire sur les lèvres. La lecture labiale est en générale développée chez les personnes qui ont une déficience auditive. J'ai été surprise de constater que cette infirmière savait le faire. Elle a tout de même fait remarquer que cela demandait du temps, de la patience mais également de connaître le patient. De plus, elle doit reformuler ce qu'elle lit afin de faire valider ce qu'elle a compris au patient.

Les deux infirmières interrogées utilisent aussi les nouvelles technologies, comme le téléphone grâce à de nombreuses applications qu'elles ont téléchargées pour faciliter les échanges. L'utilisation des applications est aussi compliquée pour un certain nombre de patient comme par exemple avec les personnes âgées.

4.2 La trachéotomie : les conséquences pour le patient

4.2.1 L'impact physique

Les auteurs et les deux infirmières interrogées ont confirmés qu'il y a avait de nombreuses conséquences pour le patient qui était trachéotomisé. Tout d'abord, il y a un aspect physique. Le patient peut vivre cette intervention comme une mutilation. L'IDE 2 l'a souligné. Les patients peuvent exprimer des difficultés à faire face au « trou » qu'ils peuvent voir dans le reflet du miroir (Mélanie Moya, septembre 2015, page 51). A mon sens, la mutilation génère plus de souffrance psychique que de douleur physique. Je me suis souvenu d'un patient qui avait exprimé son ressenti et sa peur de rentrer chez lui. Il avait des

enfants en bas âge. Il craignait de les effrayer, et que ses enfants ne le reconnaissent pas.

4.2.2 L'impact psychologique

Toutes ces conséquences vont aussi avoir un impact sur l'état psychologique du patient. Tout d'abord, l'absence de la parole est à prendre en compte. Cet aspect n'est pas à négliger. A mon avis, les patients peuvent se sentir comme enfermé dans leur corps en ne sachant pas communiquer. L'apprentissage d'une autre manière de communiquer peut décourager certains patients.

La mutilation a un impact physique mais également un impact psychologique. L'IDE 2 confirme que le fait de ne pas pouvoir communiquer les renvoie directement sur le fait qu'ils ont vécu cette mutilation. La découverte et l'acceptation de leur nouveau corps est un long processus. Le patient peut, parfois, faire le deuil de sa vie d'avant, sa vie sans la trachéotomie. Il peut passer par différentes étapes comme le choc, le déni, la colère, la négociation, la douleur et enfin l'acceptation. Ces étapes ont été définies par la psychiatre Elisabeth Kubler-Ross. Le patient n'évolue pas nécessairement dans chaque étape. Chaque personne les vivra différemment. Les étapes de Kübler-Roos ne sont pas un standard. Elles évoluent dans le temps et en fonction des caractères des personnes. Afin d'être aidé, le patient peut demander à consulter le psychologue du service. Il pourra l'accompagner pour accepter sa pathologie.

4.2.3 L'impact social

Lors des entretiens, je n'ai pas abordé l'impact social que pouvait ressentir les patients trachéotomisés. Cependant, l'IDE 1 a précisé que la prise en soins des patients trachéotomisé était globale. A mon sens, les patients vont pouvoir rencontrer de nombreuses personnes au sein de leur hospitalisation comme un psychologue ou bien une assistante sociale. Certains patients trachéotomisés peuvent avoir une situation de précarité. D'autres patients vont rester plusieurs mois dans le service. Ils ne pourront plus exercer leur métier. L'assistante sociale va alors pouvoir les aider et les accompagner dans leurs démarches administratives.

La durée d'hospitalisation varie en fonction des patients. Cependant, il n'est pas rare que des patients restent neuf mois, et même une année dans le service, comme le souligne l'IDE 1. Ils seront loin de leur proche, de leur famille. Je pense que l'entourage sociale du patient qu'il soit trachéotomisé ou non à une place importante dans le processus de la

guérison et de l'acceptation. Nous avons besoin de sortir, de rencontrer des personnes, de discuter avec elles. Malheureusement, au début de la pose de la trachéotomie, les interactions sociales sont compliquées. L'entourage et le patient devront apprendre à communiquer d'une autre manière.

Comme tout handicap, les regards extérieurs peuvent être une souffrance. Il y a des regards bienveillants ou de compassions, mais aussi des regards critiques ou simplement des regards. De nombreux préjugés persistent, la trachéotomie étant associée à une maladie de fumeur de tabac. En revanche, ces préjugés oublient de dire que la trachéotomie est un appareillage nécessaire pour permettre au patient de respirer et de vivre.

4.3 L'adaptation et l'expérience

4.3.1 L'expérience

L'expérience d'un service permet d'évoluer le plus efficacement possible auprès des patients trachéotomisés. Dans son ouvrage, Patricia Benner a évoqué les différents types de profil par lesquels un infirmier doit traverser afin d'être une personne experte dans son domaine. Les deux infirmières font preuve d'une efficacité avec cette population de patient. En effet, elles arrivent à trouver des solutions, en toute circonstance, en s'appuyant sur les différents outils matériels ou humains pour réussir à établir une communication avec les personnes trachéotomisées. Elles n'oublient pas que malgré l'appareillage, cette population a des droits et des besoins, même si elle ne peut pas les exprimer par des mots et des sons. Cependant, elles ont déjà vécu des situations, où malgré tout leurs efforts, elles ne parvenaient pas à établir la communication. Néanmoins, elles persévéraient, et recommençaient. Elles s'appuyaient sur leurs collègues afin de trouver des solutions.

L'expérience fait de nous ce nous sommes aujourd'hui. A mon sens, les épreuves de la vie forge notre caractère. Notre personnalité d'aujourd'hui est l'empreinte du passé. Cette même personnalité ne sera peut-être plus la même dans le futur. Notre expérience évolue au fil du temps. Elle peut être modifiée par le vécu, les ressentis et les émotions.

4.3.2 Les échecs

Dans le soin, les échecs peuvent survenir. Il y a des échecs qui ont des conséquences plus importantes que d'autre. Cependant, je pense que les échecs sont indispensables pour l'évolution de notre expérience. Ils permettent de développer notre

adaptation aux situations. En effet, lorsque nous faisons des erreurs, nous essayons de les comprendre, pour ainsi les corriger. L'expression « nous apprenons de nos erreurs » prend tout son sens. Alors, je pense que l'apprentissage passe entre autre par nos erreurs.

4.3.3 La formation et la répétition

La répétition des soins permet de d'acquérir de l'expérience, mais aussi de s'adapter aux situations. Je pense que la répétition des gestes et des méthodes permet de prendre confiance en soi et ainsi être de plus en plus à l'aise.

Les novices vont apprendre les gestes de personnes qui ont une plus grande expérience. Benoit Grasser et José Rose indiquent que l'expérience est « à la fois un acquis et un mode d'acquisition » (2000, page 5). Elle permet d'apprendre des éléments mais aussi de les transmettre à d'autres personnes pour qu'elles, à leur tour, les transmettent. L'expérience et la formation sont liées, l'un n'évolue pas sans l'autre. Joel Cadière explique que « « faire l'expérience » et « avoir l'expérience » se nourrissent l'un l'autre dans une dynamique de transformation réciproque et d'acquisition créatrice permanente » (2017, page 10).

4.4 Le caractère soignant

Chaque soignant développe des stratégies d'adaptation en fonction de la pathologie à laquelle il fait face. Lors de l'entretien, l'IDE 1 a indiqué qu'elle a développé la lecture labiale, comme un « sixième sens ». Chaque service de soins est différent, et chaque soignant développera une qualité qui lui permettra de s'adapter aux situations. Dans le cas de la communication avec un patient trachéotomisé, la lecture labiale facilitera la mise en place de la communication. L'infirmière n'a pas de déficience auditive et pourtant, elle a su développer cette faculté. Malheureusement, comme tout outil, la lecture labiale a aussi ses limites. Cela demande plus de temps, et ne fonctionne pas sur tout les patients. Il faut une certaine connaissance de la personne soignée.

Le caractère soignant peut également se traduire par des qualités plus développées comme la patience, l'empathie, la compréhension. Les soignants font preuve d'une écoute assidue. De mon point de vue, le caractère qui définit une personne est majoré lorsqu'elle devient un soignant. J'entends par cela la différence de caractère entre la maison et l'hôpital. En effet, un soignant va être plus patient sur son lieu de travail et donc avec ses patients, qu'avec sa propre famille.

Dans la communication avec le patient trachéotomisé, les deux infirmières ont indiqué qu'elles prenaient plus de temps pour établir un lien. Comme la communication verbale est altérée, c'est la communication non-verbale qui aura une plus grande importance. Cependant, la communication non-verbale est présente dans toutes les situations.

Avec l'expérience, le caractère soignant évolue et se fortifie. Il devient plus riche en outils et en stratégies d'adaptation. La persévérance est une qualité essentielle. Elle montre l'envie et l'acharnement de quelqu'un à vouloir réussir. Lors d'un échec de la communication, les soignants ne vont pas se décourager, ni baisser les bras et ils vont continuer à trouver des solutions pour réussir. Je pense que la persévérance est remarquable chez beaucoup de personnes, mais cette qualité est encore plus indispensable et nécessaire chez les soignants.

4.5 La place des émotions dans la communication

Les émotions ont une importance dans toute relation humaine et plus particulièrement entre le soignant et le soigné. Elles permettent de donner des informations sur le ressenti d'une personne, et ce dont elle a besoin. Dans la communication avec un patient trachéotomisé, les émotions sont encore plus importantes. Pour le soignant, elles permettent d'observer les réactions du patient, d'obtenir des informations sur son caractère et sa manière d'accepter et de gérer l'appareillage. Les émotions sont donc un vecteur de connaissance sur les peurs du patient.

Les deux infirmières interrogées expliquaient, que parfois, lors que la communication était difficile à s'établir, il y avait de l'énervement de la part du patient. Il y a aussi de la frustration qui peut émerger, principalement quand le patient n'arrive pas à expliquer ce qu'il souhaite exprimer et lorsqu'il n'arrive pas à se faire comprendre. Il peut alors baisser les bras et se renfermer sur lui-même. Dans cette situation, je pense qu'il faut encourager le patient, et ne surtout pas le laisser se refermer sur lui-même. A mon sens, il peut y avoir un risque de lâcher prise du patient, et une envie de ne plus se battre pour recommencer une nouvelle vie malgré la trachéotomie. En revanche, lorsque les outils pour communiquer facilement ont été trouvés, la relation entre le soignant et le soigné est encore plus forte. L'IDE 1 expliquait que la relation de confiance permettait de développer « une communication entre nous et avec le patient qui est vachement plus riche ».

Dans la communication entre deux personnes, le feed-back est présent et il permet de savoir si le récepteur a reçu les informations données par l'émetteur. Je pense que les émotions ont aussi un rôle de feed-back dans la communication. De nombreuses

expressions du visage permettent d'identifier les émotions. Il faut alors savoir les reconnaître pour ainsi accompagner le patient à pouvoir les exprimer par des mots, par des gestes ou encore par l'écriture. De plus, les soignants sont présents pour accompagner les patients, mais également d'autres intervenants comme le psychologue ou encore l'orthophoniste.

La question de départ a permis de comprendre comment s'instaurait la communication entre le patient trachéotomisé et le soignant. Cette communication n'est pas toujours comme allant de soi, elle demande une adaptation de la part des soignants mais aussi du patient. Elle demande également de savoir prendre le temps d'observer le patient, d'observer ses réactions, ses gestes qui permettront de donner des indices sur le ressenti du patient, sur ses besoins. Dans cette situation, la communication non-verbale a toute son importance. Cette observation et cette connaissance du langage corporel permet ainsi d'instaurer une relation de confiance. Cependant, lors des entretiens infirmiers, un concept que je n'avais pas exploré a émergé, celui de la place des émotions dans la communication. En effet, certaines émotions comme l'énerverment ont été exprimées par les patients. Le fait de ne pas réussir à communiquer peut également déclencher beaucoup de frustration. Il faut donc persévérer et trouver des solutions. Il faut savoir prendre du recul et de la distance. En cas d'échec, la remise en question peut être nécessaire, en revanche, la culpabilité n'a pas sa place.

Grâce à ce cheminement, une question de recherche a émergé. Elle est centrée sur la place des émotions au sein de la communication avec un patient trachéotomisé. La question est : en quoi les émotions dans la relation soignant-soigné peuvent elles d'avoir un impact sur la communication avec les patients trachéotomisés ?

Conclusion

Pour la réalisation de ce travail d'initiation à la recherche, je me suis appuyée sur une situation d'appel que j'ai vécue lors d'un stage de première année dans un service d'ORL. Cette situation m'a interpellée et je me suis posée de nombreuses questions. A partir de ces interrogations, la question de départ est née. Cette problématique m'a permis d'étudier trois grands concepts : la communication dans le soins, le patient trachéotomisé et l'expérience du soignant.

Ce travail m'étant totalement inconnu, pour le débiter j'ai commencé par lire des articles et des ouvrages en lien avec les différentes notions de ma question de départ. J'ai

réussi à comprendre le cheminement du travail attendu. A la suite de ces lectures, j'ai pu mieux appréhender le sujet et construire mon cadre théorique.

Une fois le cadre théorique bien avancé, j'ai rédigé une grille d'entretien avec de nombreuses questions que je me posais afin de les soumettre lors des deux entretiens infirmiers que j'ai effectués. Les entretiens se sont bien passés et j'ai pu recenser beaucoup d'informations. Les réponses des infirmières aux questions convergeaient mais parfois elles étaient complètement différentes. Ensuite j'ai retranscrit les entretiens que j'avais enregistré sur mon téléphone portable.

Le travail de l'analyse fut la partie la plus difficile à réaliser. Il fallait réussir à classer les différentes informations pour obtenir une analyse cohérente et en concordance par rapport à la question de départ. Elle est centrée sur trois parties distinctes : la communication dans le soin, le patient trachéotomisé comme difficulté dans la communication et l'expérience dans l'art de communiquer. Grâce à l'analyse des entretiens, de nouvelles notions ont émergé comme les émotions. Je n'ai pas abordé cette notion dans mon cadre théorique et elle m'a semblée intéressante de l'aborder dans ma discussion.

La partie discussion fut la plus facile à rédiger. C'était le moment où je pouvais exprimer mon ressenti. J'ai voué cette partie à la convergence et à la divergence des idées des auteurs et des deux infirmières. Elle se compose de cinq parties : la particularité de la communication en ORL, la trachéotomie et les conséquences pour le patient, l'adaptation et l'expérience, le caractère soignant et enfin la place des émotions dans la communication. Cette discussion reprend le plan de mon cadre théorique, mais avec de nouveaux concepts et de nouvelles notions.

Grâce à ce travail, j'ai découvert que la persévérance est la clé de la réussite. Lorsque je n'arrivais pas à écrire la partie « analyse », l'abandon m'a semblé la solution. Mais je n'aime pas les échecs, aussi j'ai redoublé d'effort et j'ai réussi à surmonter cet obstacle. J'ai pris confiance en moi et en mon écriture. Ce travail clôt presque vingt années de scolarité. Je n'ai rien connu d'autre que l'école malgré mes expériences de travail saisonnier. J'arrive aux portes du « monde adulte ». L'entrée dans ce monde me fait moins peur qu'au début de ma troisième année de formation. Ce travail m'a fait grandir et redécouvrir mon caractère de battante.

J'ai conscience qu'une fois que je serai diplômée, je ne serai pas apte à exercer d'un point de vue de l'expérience professionnelle. Je serai une débutante. Je vais continuer à apprendre, tous les jours, à développer et à mettre en application mon savoir jusqu'à arriver à devenir experte dans un domaine de soins. Se poser des questions aujourd'hui permet de

favoriser l'acquisition de l'expérience, de réutiliser les situations, de ne pas refaire les mêmes erreurs. L'expérience permet de s'améliorer de jour en jour, d'approfondir les connaissances, de se perfectionner dans les soins techniques et dans l'approche de l'humain.

Bibliographie

Ouvrage :

- Patricia Benner. (1995). De novice à expert, excellence en soins infirmiers. édition Elsevier Masson
- Jean-Claude Abric. (2016). Psychologie de la communication, théories et méthodes. édition Coursus

Article :

- Mélanie Moya. (septembre 2015). Prise en charge psychologique des patients souffrant de cancers ORL. Soins, n°798, pages 50-52
- Laurence Nicouleau, Claude Cotto. (Septembre 2015). Les soins infirmiers aux patients trachéotomisés et trachéostomisés. Soins, n°798, pages 46-49
- Sophie Semal. (Janvier-Février 2009). Le soin de trachéotomie et de trachéostomie. La revue de l'infirmière, n°147, pages 43-44

Article en ligne :

- Grasser Benoît, Rose José. (2000). L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à la formation. Formation à l'emploi, n°71, pages 5-19. Repéré à : https://www.persee.fr/doc/forem_0759-6340_2000_num_71_1_2372
- Reich Michel. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. L'information psychiatrique, Volume 85, pages 247-254. Repérer à : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm#>
- Baudry Patrick. (2000). Le non verbal : un point de vue sociologique. Communication et organisation, n°18, pages 1-7. Repéré à : <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/2395>
- Cadière Joël. (2017). Introduction : qu'est-ce que l'expérience. Forum, n°151, pages 8-12. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-forum-2017-2-page-8.htm>
- Aeltermann Hélène. (2014). Que les patients ne perdent pas la face. Jusqu'à la mort

accompagner la vie, n°118, pages 69-74. Repérer à : <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2014-3-page-69.htm#>

- Bosc-Miné Christelle. (2014). Caractéristiques et fonctions des feed-back dans les apprentissages. L'année psychologique, volume 114, pages 315-353. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2014-2-page-315.htm>
- Paquette Guy. (1987). Feedback, rétroaction, rétroinformation, réponse... du pareil au même. Communication et langage, n°73, page 5-18. Repéré à : https://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1987_num_73_1_984?pageid=t1_5

Dictionnaire :

- Communication. (2012). Dans Le Petit Larousse Illustré. Paris : Larousse
- Trachéotomie. (2012). Dans Le Petit Larousse Illustré. Paris : Larousse
- Paillard Christine (Avril 2015). Expérience Dans Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, 2ème édition, page 181, Noisy-le-Grand : Setes

Image :

- Le monde de Nalya. (2008). Shannon – Wiener – Weaver : modèle de la communication.

Repéré à : <http://nalya.canalblog.com/archives/2008/01/09/7499662.html>

- Image page de garde de libre droit.

Repéré à <https://stock.adobe.com/fr/images/communication-papier-mit-symbole/135419108>

ANNEXES

Annexe I : Le guide d'entretien

Annexe II : Retranscription de l'entretien n°1

Annexe III : Retranscription de l'entretien n°2

Annexe IV : Les tableaux d'analyse

Annexe I : Le guide d'entretien

J'ai établi un guide d'entretien afin de répondre au mieux à mes interrogations. Je vais réaliser un entretien semi-directif. Deux infirmier(e)s du service d'ORL seront interviewées. Je choisis des infirmier(e)s avec des expériences différentes (de préférence un infirmier(e) expérimenté qui aura su développer des modes de communication adaptés aux patients non communicant et un jeune diplômé qui sort de l'école afin de voir comment il/elle s'adapterait à chaque situation.

Introduction :

Je m'appelle Pauline Le Carou et je suis actuellement en 3ème année d'école d'infirmière. Mon sujet de MIRS (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers) porte sur la communication auprès de patient trachéotomisé.

Les objectifs de cet entretien est de comprendre quelle est la place de la communication dans les soins, de démontrer que la communication avec un patient non communicant n'est pas aisée et de montrer l'investissement du soignant pour pallier à cette difficulté. Je souhaite comprendre comment s'instaure une relation de confiance avec le patient malgré une communication altérée, d'identifier les différentes stratégies d'adaptation mises en place consciemment ou inconsciemment par les soignants et de préciser s'il existe une différence d'adaptation en fonction de l'expérience de chacun.

Cet entretien va environ durer une vingtaine de minutes. Mes entretiens seront enregistrés vocalement via un téléphone portable. Je rappelle que l'anonymat est conservé

J'ai établi une liste de questions sur différents thèmes avec des questions dites principales et des questions dites de relance :

Quel est votre parcours professionnel ?

Développement :

Thème 1 : La place de la communication dans les soins

- Pour vous, qu'est ce que la communication ?
- Quelle place accordez-vous à la communication dans la prise en soins ?
 - En quoi la communication est-elle importante pour vous ?
 - Comment la caractérisez-vous ?

Objectifs : quelle est la place de la communication dans les soins et comment s'instaure une

relation de confiance avec le patient malgré une communication altérée

Thème 2 : Patient non communicant (parole / patient trachéotomisé) comme difficulté dans la prise en soins

- En quoi la non communication verbale du patient peut-être considérée comme étant une difficulté dans la prise en soins ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la communication avec les patients trachéotomisés ?
 - Vous êtes-vous déjà retrouvés dans une situation d'échec lors d'une communication avec un patient trachéotomisé ? Pouvez-vous me la raconter ?
 - Comment vivez-vous les situations d'échecs ?

Objectifs : démontrer que la communication avec un patient non communicant n'est pas aisée et comment s'instaure une relation de confiance avec le patient malgré une communication altérée

Thème 3 : L'investissement du soignant dans la prise en soin d'un patient trachéotomisé

- En quoi l'investissement du soignant est important dans une prise en charge ?
- Pour vous, en quoi le soignant modifie-t-il l'investissement qu'il porte dans sa prise en soin ?

Objectifs : montrer l'investissement du soignant pour pallier à cette difficulté

Thème 4 : Adaptation en fonction de l'expérience

- Vous souvenez-vous de votre réaction d'adaptation la première fois que vous avez été confrontés à un patient trachéotomisé ? Quelle était-elle ? Comment vous-êtes vous sentis ? Comment vous-êtes vous adaptés ?
- En quoi l'expérience personnelle aide à s'adapter dans ces situations ?
- Pouvez-vous évoquer les situations difficiles ou d'échec en communication au sein de l'équipe ?

Objectifs : identifier les différentes stratégies d'adaptation mise en place consciemment ou inconsciemment par les soignants, et préciser s'il existe une différence d'adaptation en fonction de l'expérience de chacun

L'entretien est à présent terminé, je vous remercie d'avoir répondu le plus clairement possible à mes questions. J'espère que ces dernières étaient compréhensibles. Je vous garanti l'anonymat de cet entretien. Avez-vous d'autres informations à rajouter ?

Annexe II : Retranscription de l'entretien n°1

Pauline : Alors les objectifs de cet entretien est de comprendre quelle est la place de la communication dans les soins, de montrer que la communication avec un patient non communicant n'est pas évidente, de démontrer l'investissement du soignant, quelle est son importance. Du coup j'essaie de comprendre comment s'instaure une relation de confiance avec le patient qui ne communique pas malgré une communication altérée de permettre, d'identifier les différentes stratégies d'adaptation mises en place consciemment ou inconsciemment de la part du soignant et de préciser s'il existe une différence d'adaptation en fonction de l'expérience de chacun. C'est pourquoi je vais interroger 2 personnes afin de pouvoir ensuite effectuer une comparaison.

Je pense que l'entretien va durer une vingtaine de minutes environ. Mes entretiens sont enregistrés et, bien entendu, l'anonymat est conservé.

J'ai établi différents types de questions sur différents objectifs. Il y a 4 thèmes. Mais avant de commencer, j'aimerais connaître ton parcours professionnel.

IDE 1 : Je suis diplômée depuis 2016. Je suis arrivée au CHU au début en chirurgie ORL Ophtalmologie. J'avais fait mon stage pré-pro ici et j'ai continué l'été. Après je suis passée de nuit dans le même service pendant 4 mois à peu près. J'ai été quasiment tout le temps dans le même service. J'ai dû faire 2 mois sur le pôle neurosciences où là il y avait neurochirurgie, neurologie, ORL ophtalmo, rééducation fonctionnelle adulte et rééducation fonctionnelle enfant. Et après j'ai dû faire un mois à l'unité de soins continus neurochir-ORL et après je suis revenue en ORL quand l'ortho traumatologie a été mise en place en plus.

Pauline : OK sacré parcours (rire)

IDE 1 : (rire) Je n'ai pas trop bougé moi pour une jeune diplômée.

Pauline : (rire) Oui mais quand même si ça te plaît

On va commencer à parler de la place de la communication dans le soin. Donc pour toi qu'est-ce que la communication ?

IDE 1 : La communication c'est un échange entre le soignant et le soigné. Après il y a la communication dite verbale classique où là on va communiquer par des phrases, par des mots, voilà, par des sons. Et puis après il y a tout ce qui est communication non verbale, ça peut être par des gestes, par des attitudes, ça peut être par la touche aussi. Voilà tout ce qui n'est pas compris dans la communication au sens classique du terme vraiment verbale.

Pauline : OK. Et qu'est-ce que tu accorde comme place dans le soin à la communication ?

IDE 1 : Oh ben pour moi c'est primordial parce que cela permet de savoir quelles sont les attentes de l'autre, quelles sont les peurs de l'autre, quelles sont vraiment ... communiquer permet de comprendre le mieux possible l'autre personne en fait. Sans la communication

c'est vraiment compliqué de savoir ce que l'autre pense. On n'est pas encore télépathe (rire).

Pauline : (rire) c'est sûr. Comment tu la caractérises ? Je veux dire : tu la caractérises par la parole, mais au niveau des gestes, pour toi c'est de la communication aussi ?

IDE 1 : oui tout à fait.

Pauline : par le touché aussi ?

IDE 1 : En chirurgie ORL vu qu'on a énormément de patients trachéotomisés c'est vrai qu'on n'utilise pas..., on utilise le verbal, même s'ils ne peuvent pas parler, ils nous entendent très bien donc on utilise le verbal, mais c'est vrai que souvent on se rend plus compte qu'on gestualise beaucoup plus avec les patients trachéotomisés qu'on le fait avec les patients communicants classiques on va dire. Ce sont vraiment les gestes et le touché vont beaucoup plus venir...

Pauline : ils ont une plus grande importance...

IDE 1 : Voilà. Et puis ce qui est marrant entre guillemets, c'est qu'on va avoir des patients trachéotomisés et on va aussi avoir des patients malentendants. Du coup c'est vrai que niveau communication, on est habitué à devoir jongler soit à ce qu'on nous entende pas, soit qu'on ne puisse pas nous répondre. Cela permet effectivement de développer nos moyens de communication.

Pauline : des stratégies d'adaptation.....

IDE 1 : Voilà c'est ça.

Pauline : (rire) On va changer de thème un peu. On va parler plutôt du patient non communicant, en particulier la personne trachéotomisée pour savoir qu'est-ce qu'elle a comme difficultés dans la prise en soin. Donc en quoi la non communication verbale du patient peut être considérée comme étant une difficulté dans le soin, dans la prise en soin ?

IDE 1 : Ce qui est difficile c'est quand, comme la communication verbale elle est pas faisable et ben que des fois la communication ne passe pas tout court en fait. On va mettre en place des ardoises des choses comme ça mais des fois on va avoir des patients qui ont des problèmes avec l'écriture également.

Pauline : Ok

IDE 1 : Qui de fait de l'opération, d'autres problèmes personnels ils vont avoir une écriture vraiment illisible

Pauline : Ok

IDE 1 : et du coup sachant qu'ils ne peuvent pas communiquer verbalement et que si ce sont des nouveaux patients on va avoir, comment dire, on n'a pas encore développé nos capacités d'adaptation par rapport à eux, on n'arrive pas forcément encore à lire sur leurs lèvres ça prend quand même un petit peu de temps pour arriver à bien comprendre, en fait, la lecture labiale en fonction des personnes et du coup si on n'arrive pas à trouver un moyen

de communiquer que ce soit gestuel, écriture, tout ce qu'on veut ça peut déclencher beaucoup de frustration pour le patient et pour le soignant parce qu'il n'y a pas de communication possible en fait. On n'y arrive pas. Du coup il y a de l'énerverment qui vient surtout du patient parce qu'il se sent incompris voilà on a beau essayé de multiplier justement les moyens de communiquer, on n'arrive pas à trouver forcément. On y arrive toujours au bout d'un moment mais c'est très long et c'est très frustrant.

Pauline : (rire) Je veux bien te croire. Et pour toi quelles sont les difficultés rencontrées justement avec, enfin, avec les personnes non communicantes ? Tu m'as dit là le fait de ne pas pouvoir se faire comprendre, enfin que lui n'arrive pas à se faire comprendre et que vous vous n'arriviez pas à vous faire comprendre. Est-ce que tu t'es déjà retrouvée dans une situation d'échec où une communication est quasi....

IDE 1 : Ah oui oui oui. Ca m'est arrivé où je n'arrivais pas à comprendre ce qu'une personne voulait. Elle n'arrivait pas à me communiquer ça. Ben c'était, ben j'étais étudiante tiens à ce moment là, donc du coup j'avais moins d'expérience on va dire et c'était dans un foyer logement.

Pauline : D'accord

IDE 1 : C'était une personne qui était trachéotomisée qui voulait quelque chose et je ne comprenais pas, pas du tout et du coup j'ai fini pas aller chercher une collègue en fait ...

Pauline : Oui

IDE 1 : Et qui elle la connaissait par cœur et savait exactement ce quelle voulait. Elle m'a dit il veut ça, ça et ça dans cet ordre là, etc. Voilà, c'était une personne très ritualisée en plus et du coup je lui cassais totalement son environnement parce que je ne respectais pas justement ses besoins quoi. Et je ne comprenais pas !

Pauline : D'accord. Et comment toi tu les vis ces situations d'échec ?

IDE 1 : Ce n'est pas se remettre en question dans le sens qu'est-ce que je pourrais trouver comme support qui pourrait aider mais pas se sentir responsable personnellement parce que c'est pas, enfin, c'est.. Il y a des fois on a beau aller chercher tous les collègues qu'on veut, personne ne vas y arriver en fait il y a vraiment un problème de communication. On n'y arrive pas.

Pauline : D'accord

IDE 1 : Et puis c'est prendre du recul, se dire ben on revient, c'est réessayer. En général on essaie des trucs un peu basiques, est-ce que vous avez mal, est-ce que vous avez soif, est-ce que vous avez envie d'aller aux toilettes, est-ce que vous avez froid, est-ce que vous avez chaud. Parce que voilà on essaie de faire ça. Après moi j'ai aussi des logiciels sur mon téléphone... qui permettent ben de dire des actions justement avec des dessins et des choses comme ça... ben j'ai froid, j'ai faim, j'ai mal, je veux ça, je veux ci et ça peut être

pratique.

Pauline : Et ça fonctionne plutôt bien ?

IDE 1 : Ça fonctionne, ça fonctionne (rire)

Pauline : (rire) Ok

IDE 1 : après c'est aussi un problème, des fois si c'est des personnes assez âgées la technologie ça ne marche pas trop bien.

Pauline : C'est un peu une barrière quand même.

IDE 1 : Voilà. Et puis là on a un combo aussi on a en ce moment des personnes qui sont trachéotomisées et étrangères.

Pauline : Ah oui d'accord.

IDE 1 : Voilà on en a beaucoup. Je pense que dans leur pays le suivi n'est pas optimal donc ils viennent en France et on a la barrière de la communication par la trachéo et par la langue. Ca donne des situations très très cocasses.

Pauline : (rire)

IDE 1 : Mais c'est bien parce que ce sont en général des personnes qui sont justement, on va dire, plus patientes avec nous. Parce que comme il y a la barrière de la langue elles savent que déjà on a un handicap pour communiquer avec eux, voilà. Et du coup en général ce sont des personnes très patientes et c'est eux qui vont nous trouver des solutions. J'utilise Google trad beaucoup.

Pauline : Ok

IDE 1 : Et ça aide beaucoup

Pauline : ah oui il y a de plus en plus de personnes étrangères ?

IDE 1 : Ah oui oui oui beaucoup de Géorgie, on a où, d'Ukraine un peu je crois. Beaucoup de Géorgiens surtout.

Pauline : D'accord. Ah oui

IDE 1 : Oui

Pauline : Ok. D'accord (rire)

IDE 1 : (rire)

Pauline : Du coup tu as enchaîné sur l'investissement du soignant. On va continuer la-dessus. Tu m'as parlé de tes logiciels sur ton téléphone etc. Est-ce que, est-ce que le fait d'être beaucoup plus investi dans cette prise en soin car il y a la barrière de la trachéotomie permet-elle, modifie-t-il la prise en soin ?

IDE 1 : Ben oui. En général déjà avec l'expérience j'ai vu la différence. Au début j'avais du mal à comprendre les personnes et au plus je travaillais avec des personnes trachéotomisées au plus maintenant je vois les étudiants qui viennent dans le service qui disent « Ah t'as compris là ? »

Pauline : (rire)

IDE 1 : Oui oui à force de faire on a le mixte de lecture labiale, de gestuelle, de non verbal, tout ça. Et du coup il y a des demandes, à force aussi il y a des patients qui restent longtemps, à force de les côtoyer on sait les attentes qu'ils ont en général donc c'est plus facile et du coup plus on est investi dans ce sens là plus la communication devient facile et plus c'est agréable dans les deux sens parce que le patient il se sent écouté, il se sent compris et du coup lui aussi il est plus à même que, si jamais à un moment on ne se comprend pas ben d'être aussi plus patient et de, et de savoir que si on se comprend ce sera bénéfique pour la suite en fait.

Pauline : Ok ah oui. En fait tu as un peu développé un sixième sens quoi (rire)

IDE 1 : (rire)

Pauline : (rire) Non ?

IDE 1 : On dit le sens infirmier que ce soit en communication ou autre en fonction des spécialités tout le monde a son petit super pouvoir on va dire...

Pauline : Mais c'est bien ça ! C'est.. Voilà si chacun est différent du coup... Et par rapport à l'expérience du coup, vu que tu m'as parlé de ton expérience professionnelle, et le fait que maintenant tu as plus d'expérience qu'au début c'est plus facile pour toi, est-ce que tu te souviens de ta réaction la première fois que tu as dû être confrontée justement à un patient trachéotomisé, et comment était la personne et comment toi tu t'es sentie par rapport à ça ?

IDE 1 : Alors la première fois, j'ai un doute de quand c'était. Heu il me semble que c'était en foyer logement quand j'étais en stage. C'était en quelle année ça ? En deuxième année ou en troisième ? Deuxième année il me semble d'étude. Mais j'ai eu on va dire la chance entre guillemets de tomber sur un patient qui avait une trachéostomie donc définitive qui n'utilisait plus du tout de canule donc c'était que l'orifice en fait le trachéostome à nu et c'était un patient qui avait eu un accident de vélo et voilà du jour au lendemain il s'est retrouvé très très handicapé avec une trachéostomie définitive etc. et voilà. Sauf que c'était un patient qui était, même s'il n'avait plus du tout de communication et même, comment dire, physiquement il était incapable de communiquer quoi. Il avait même des problèmes, je n'ai pas entendu de son sortir de sa bouche. C'était vraiment un défaut de communication, voilà, total. Il était très peu expressif du visage. Mais un patient qui avait gardé un sens de l'humour mais hors normes. Il arrivait à faire des blagues avec un, comment ça s'appelle, une table où il y a les lettres, où il y a des bouts de mots construits qui lui permettait de communiquer ...

Pauline : ah ok. Ah oui. Ah d'accord

IDE 1 : Il faisait des blagues, il arrivait à faire des blagues tout le temps. C'était le genre de patient qui piquait de l'alcool dans les magasins pour offrir à tous les résidents le midi. Voilà.

Du coup il avait par rapport à ses handicaps parce qu'il en avait de nombreux, il se déplaçait en fauteuil roulant et tout ça, eh ben il avait vraiment pris un recul très très impressionnant et du coup quand je devais le prendre en charge pour sa trachéostomie, parce qu'il venait dans l'infirmerie en fait pour qu'on l'aspire, qu'on l'aide à nettoyer parce que du coup il avait pas mal de sécrétions, il ne pouvait pas être autonome avec ça, eh ben il avait vraiment un, un oui un regard sur lui comme si, voilà, il avait vraiment accepté sa situation et du coup il était très bienveillant par rapport aux gens qui découvraient sa situation et qui pouvaient avoir un petit peu de recul. Par ce qu'en fait ça ne se voyait pas du tout. Il avait un petit foulard autour de sa gorge Du coup moi je le voyais comme un patient qui avait effectivement un handicap physique, puisqu'il était en fauteuil roulant mais je n'avais pas conscience, en fait, de tous les handicaps qu'il pouvait avoir. Dont la communication altérée du fait de ça. Du coup je pense que ça m'a aidé à voir que justement la communication n'était vraiment pas que verbale et ça m'a vraiment, oui, aidé à appréhender par la suite parce que j'avais vraiment vu une situation très, très complexe. Parce que la trachéostomie c'est assez impressionnant... quand on n'a jamais vu, même plus que les trachéotomies parce que ce n'est pas vraiment le même appareillage on va dire....

Pauline : Non parce qu'on sait qu'il y en a une qui est définitive donc on va la garder à vie et l'autre c'est juste temporaire...

IDE 1 : c'est transitoire. Ça n'a pas le même impact physiquement et tout

Pauline : Même psychologiquement...

IDE 1 : oui oui oui. Mais du coup après ça j'ai rencontré plein de personnes et j'ai vu, voilà. En général, enfin souvent dans le métier on dit qu'il y a des chirurgies qui sont plus propres que d'autres on va dire entre guillemets. On va toujours neurochir, cardio oh là là là et puis souvent l'ORL et les gastros c'est un peu....

Pauline : sale quoi...

IDE 1 : Voilà un peu sale, voilà. Moi j'ai jamais ressenti ça pour, pour les trachéo etc. J'ai toujours trouvé ça intéressant dans la sorte qu'on arrive à trouver un système, surtout pour les trachéotomies, un système pour permettre d'éradiquer la source du problème tout en maintenant les fonctions respiratoires sans avoir besoin de mettre les gens dans un semi-coma, ou des choses comme ça. C'est quand même impressionnant la médecine tout ce qu'on peut, tout ce qu'on arrive à faire quoi. A enlever des gros cancers. Ce n'était pas forcément parti, parti. Des fois il y a besoin de chimio, de radio derrière mais c'est quand même impressionnant qu'on arrive à faire ce type d'opération et à conserver les cordes vocales, tout ça et que les gens récupèrent après leurs fonctions de communication

Pauline : Oui

IDE 1 : Voilà. Trachéostomie c'est plus définitif mais même ça ils arrivent à trouver des

systèmes pour que les gens puissent après retrouver la voix, que ce soit une voix oesophagienne ou avec les résonnances osseuses.

Pauline : Alors ça veut dire que pour la voix oesophagienne ils ont besoin après de rencontrer l'orthophoniste

IDE 1 : Ben souvent

Pauline : ils ont besoin de rééducation...

IDE 1 : Voilà. On met ce qu'on appelle un implant phonatoire...

Pauline : Oui

IDE 1 : Entre la paroi de la trachée et de l'œsophage qui permet à l'air de passer vers la bouche, mais par contre les aliments ne peuvent pas passer vers la trachée. Et du coup ça en général ils essaient de le placer au moment de l'opération à part s'il y a vraiment un risque de fistule s'ils ont eu de la radiothérapie avant et du coup ils ont d'abord un premier temps de cicatrisation puis ils refont une opération pour mettre l'implant phonatoire. Et après il y a quand même un bon temps de cicatrisation où on essaie pas de les faire parler mais souvent six mois après ils commencent à faire une rééducation avec l'orthophoniste.

Pauline : Ok, six mois après. Et ça c'est que pour les trachéostomie...

IDE 1 : Voilà.

Pauline : Définitive quoi. Ce n'est pas pour les temporaires....

IDE 1 : Les temporaires ça va être par étape où là au début on a une canule avec ballonnet, après on va enlever le ballonnet pour voir s'ils sont capables de gérer leurs sécrétions et de les faire remonter tout seul puis on va passer à ce qu'on appelle une canule parlante avec une chemise interne fenêtrée pour que l'air puisse passer à nouveau dans les cordes vocales et puis là on va passer à des clapets phonatoires qui vont permettre de faire passer l'air quand ils inspirent et quand ils parlent ça va boucher la sortie de l'air par la canule et ça va permettre de parler en faisant passer l'air par les cordes vocales, comme on le fait normalement quoi. Et puis après on passe sur un bouchon et s'ils supportent bien le bouchon c'est-à-dire qu'ils n'ont plus besoin de la canule pour respirer et du coup on va pouvoir les décanuler.

Pauline : D'accord. Donc après ils reprendront une respiration dite normale...

IDE 1 : Voilà c'est ça

Pauline : OK. En quoi pour toi l'expérience professionnelle t'a-t-elle aidée dans les différentes situations que tu m'as racontées ? Enfin, par rapport à la première situation où c'était un peu, où tu n'étais pas très à l'aise on va dire, et où maintenant où c'est...

IDE 1 : He bien je pense déjà c'est, comment dire, distinguer le patient de ses appareillages en fait. Je pense que ce qui aide le plus c'est de pas juste, comment dire, ...

Pauline : Considérer la personne pas juste comme une trachéostomie

IDE 1 : Voilà c'est pas se fixer que sur ça en fait. En général ce qui est, comment dire, ce qui est important dans la relation soignant/soigné c'est vraiment de faire la part des choses entre, ben oui il est porteur d'une canule, mais voilà, derrière c'est un patient comme ci comme ça et du coup, de distinguer les deux ça permet de prendre un certain recul et voir vraiment l'appareillage tout seul et du coup s'il y a un problème, un problème respiratoire grave ou des choses comme ça on va être à même de le gérer dans l'urgence en se focalisant là-dessus en n'oubliant pas le patient bien sûr et en communiquant avec lui mais ça va permettre de prendre une certaine distance et d'être plus efficace on va dire. Et par contre dans la relation au quotidien pas forcément être fixé sur la canule et prendre en compte le patient dans sa globalité exactement comme une personne ayant des besoins comme tout le monde etc. au niveau de la communication, voilà tout ça

Pauline : Même si la personne a une trachéotomie, ça reste une personne qui a des besoins...

IDE 1 : Voilà exactement...

Pauline : Ok. Est-ce que au sein de l'équipe ORL, est-ce que vous parlez des situations qui sont compliquées où c'est en échec au niveau de la communication, où la personne est en isolement social parce que la trachéotomie en général c'est vécu comme une mutilation, du coup est-ce que vous en parlez tous ensemble ?

IDE 1 : Oui oui ça arrive. On a plutôt de la chance dans l'ensemble ça se passe bien.

Pauline : D'accord.

IDE 1 : On va avoir en équipe, on est une équipe très soudée c'est vraiment très agréable il y a bonne ambiance, et c'est vrai qu'on parle naturellement en fait des patients parce que aussi on a des patients qui vont rester très longtemps souvent quand c'est de la cancérologie ORL ils vont rester trois semaines, un mois, voir plus s'il y a des complications post opératoires. Des fois, je crois que le record c'est presque un an et sinon il y a eu neuf mois ...

Pauline : Un an sans coupure ?

IDE 1 : Oh si de toutes petites coupures genre de deux semaines, des trucs comme ça quoi...

Pauline : ah oui d'accord

IDE 1 : Mais par contre celui qui est resté neuf mois c'était sans coupure...

Pauline : ah oui quand même...

IDE 1 : du coup effectivement on va vraiment avoir une relation qui va être différente c'est-à-dire que même quand on va être dans d'autres secteurs de soins on va demander à notre collègue qui est dans le secteur là « et M. Machin, comment il va ? Ca va, machin et tout ». Du coup je pense que naturellement on communique sur les prises en soins des patients

comme ça qui vont rester très longtemps. Ça va développer, je pense, une communication entre nous et avec le patient qui est vachement plus riche en fait parce qu'on va avoir un peu le déroulé de toute la prise en soins dans la tête parce qu'on se renseigne au fur et à mesure et parce que voilà c'est une prise en soins différente et c'est plutôt agréable parce qu'on est maintenant dans un, dans une institution on va dire hospitalière où il faut faire du séjour, qu'il y ait du turn-over, les patients, dès que ça va mieux, voilà, on s'en va, on s'en va. Du coup en fin de compte, dans les autres secteurs de soin, on va avoir un turn-over mais impressionnant où on n'a presque plus le temps de s'intéresser au patient. Il faut qu'on soigne le problème pour lequel ils sont. Des fois les autres problèmes qu'ils ont sont un peu négligés. C'est très frustrant et voilà quoi. Alors que là on va avoir en prise en soin beaucoup plus satisfaisante pour le soignant parce qu'on va avoir vraiment une prise en charge globale du patient, on va pouvoir vraiment s'intéresser à tout ce qui pourrait améliorer ses conditions de vie.

Pauline : Et puis il y a un suivi du fait qu'ils restent plus longtemps, donc il y a une relation de confiance ...

IDE 1 : Oui...

Pauline : je ne pensais pas que, je n'avais pas le souvenir qu'ils pouvaient rester aussi longtemps dans le service. Je savais qu'ils revenaient plusieurs fois par an pour faire des soins, mais...

IDE 1 : Oui... Actuellement on a deux trois qui sont là depuis trois mois presque déjà...

Pauline : ah oui d'accord...

IDE 1 : Oui oui oui

Pauline : Ok

IDE 1 : Oui malheureusement dès qu'il y a une petite complication post opératoire ça peut durer très longtemps. On a beaucoup de fistule, de choses comme ça...

Pauline : Comme ça touche les voies aériennes, c'est un peu la vie donc...

IDE 1 : c'est ça ...Et puis il y a les risques infectieux, tout ça, voilà, ce n'est pas viable de rentrer à la maison avec ce genre de problème de santé.

Pauline : Et puis il y a l'éducation thérapeutique qui est mise en place avec le patient pour lui apprendre à s'aspirer lui-même, à changer sa canule lui-même...

IDE 1 : Voilà... Changer la canule ce sont toujours des infirmiers extérieurs qui viennent le faire, à part si c'est une trachéostomie où là ce n'est pas vraiment un changement de canule mais effectivement ils sont autonomes. En général ce sont souvent les trachéostomies qui sortent à domicile avec leur larytube parce que les trachéotomies, en général, on essaie de les sevrer de la canule avant la sortie. Après ça arrive qu'il y en ait qui doivent sortir avec la canule à la maison effectivement.

Pauline : Après il y a des soins qui sont relayés ..

IDE 1 : C'est ça. Continuité des soins à la maison.

Pauline : Bon je pense qu'on a,..., enfin tu m'as parlé de beaucoup de choses...

IDE 1 : (rire)

Pauline : Donc du coup l'entretien est terminé maintenant. Je te remercie beaucoup d'avoir répondu à mes questions et d'avoir surtout pris le temps de le faire...

IDE 1 : pas de souci

Pauline : J'espère que toutes mes questions étaient assez compréhensibles et je répète encore que l'anonymat est garanti. Et je voulais savoir, est-ce que tu as d'autres choses à rajouter ?

IDE 1 : Non pas que je sache (rire)

Pauline :Ok d'accord. Merci beaucoup (rire)

Annexe III : Retranscription de l'entretien n°2

Pauline : Donc les objectifs de cet entretien est de comprendre la place de la communication dans les soins, de démontrer que la communication avec un patient non communicant n'est pas évidente et de montrer que l'investissement du soignant pour pallier à cette difficulté est importante. Je souhaite comprendre comment s'instaure une relation de confiance avec le patient malgré une communication altérée, d'identifier les différentes stratégies d'adaptation mises en place consciemment ou inconsciemment par les soignants et de préciser s'il existe une différence d'adaptation en fonction de l'expérience de chacun. Donc cet entretien va durer à peu près une vingtaine de minute grand maximum. Les entretiens sont enregistrés vocalement mais l'anonymat est conservé.

J'ai établi différents types de questions sur quatre thèmes différents. Avant tout, avant de commencer sur les thèmes, j'aimerais savoir un peu quel est ton parcours professionnel ?

IDE 2 : Du coup, ça fait 16 ans que je travaille sur le CHU de Rennes...

Pauline : Oui...

IDE 2 : j'ai fait beaucoup de gériatrie, j'ai fait de la médecine, médecine interne et depuis trois ans de la chirurgie ORL, ophtalmo et orthopédie maintenant.

Pauline : D'accord. Là je vais commencer à rentrer dans les différents thèmes. Donc le premier thème c'est la place de la communication dans le soin. Donc je voudrais savoir, pour toi, qu'est-ce que la communication ?

IDE 2 : La communication c'est déjà la parole. Ca peut être aussi des gestes, comment... un regard. Il y a la communication verbale et non verbale. C'est assez large pour moi.

Pauline : Ok

IDE 2 : Voilà

Pauline : Quelle place accordes-tu à la communication dans la prise en soin ?

IDE 2 : Je pense que c'est hyper important parce que si on arrive, si on ne communique pas, on ne peut pas présenter le soin, on ne peut pas se présenter, on ne peut pas, voir ce que..., montrer ce qu'on attend du patient, ce qu'il attend de nous, enfin. Bon enfin voilà, c'est hyper important. Ca fait partie complète du soin pour moi.

Pauline : Ok. Et comment tu caractérises la communication auprès des personnes trachéotomisées ?

IDE 2 : Eh bien elle est encore plus importante parce que justement il n'y a pas le verbal la plupart du temps donc il faut regarder le visuel, utiliser des objets, des façons pour qu'on puisse de toutes façons communiquer et faire les soins ensemble.

Pauline : Ok. Maintenant on va parler plus sur le deuxième thème qui est le patient non communicant, donc en l'occurrence le patient trachéotomisé. Comme difficultés dans la prise

en soin, savoir quelle est la principale difficulté. Donc en quoi la non communication verbale du patient peut être considérée comme étant une difficulté dans la prise en soin ?

IDE 2 : Déjà c'est plus long. Donc si on a des contraintes au niveau du temps des fois donc effectivement ça peut être problématique. Après ça arrive aussi que les patients veulent nous dire des choses et c'est ... ils ont des soucis au niveau de l'écriture ou ils n'écrivent pas forcément très bien, des fois on ne comprend pas, on n'y arrive pas. Du coup ça énerve parce qu'ils aimeraient être bien compris et du coup ils voient qu'il y a des fois des difficultés donc ça peut énerver. Après, quand on a le temps, ça se passe bien. Il suffit de se poser et de reposer les questions mais des fois ils ont tellement de choses à subir que ça fait encore quelque chose dans la difficulté pour accepter ce qu'ils ont, les trachéotomies.. Je trouve que c'est pas toujours évident.

Pauline : Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la communication avec le patient trachéotomisé ? Tu m'as parlé de l'écrit ...

IDE 2 : Voilà...

Pauline : Y a-t-il d'autres difficultés ?

IDE 2 : Ben déjà ils sont mutilés déjà...

Pauline : oui

IDE 2 : physiquement, et du coup le fait de ne pas pouvoir communiquer ça rajoute sur le fait qu'ils ont eu cette intervention et que... ils se rendent encore plus compte que ...

Pauline : Accepter la nouvelle image corporelle ... et tout ça. Ok. Est-ce qu'il y a des patients avec la barrière de la langue aussi ? En plus de la trachéotomie

IDE 2 : En plus... Ah oui oui. On a beaucoup aussi de personnes qui ne parlent pas français. Ça rajoute encore.... Là actuellement on a quelqu'un effectivement qui est trachéotomisé et qui est étranger.

Pauline : D'accord

IDE 2 : Donc il a appris quelques mots et tout, et ça se fait bien, on y arrive c'est vrai, mais bon ça rajoute.

Pauline : Ok. Est-ce que toi tu t'es déjà retrouvée en situation d'échec avec un patient, lors d'une communication avec un patient trachéotomisé ?

IDE 2 : Ben on met des choses en place mais comme je disais tout à l'heure, ben des fois ça énerve. Ils ont plein de choses à dire, ils ont déjà accepté, ils ont des questions, tout ça c'est ... effectivement le fait que des fois on dise « désolée, je ne comprends pas » ça énerve et qui... enfin ça les énerve aussi certains ne savent pas lire ni écrire, ça ... C'est plus dans ce cas là. Après je trouve quand même des petites choses on prend le temps, on repose la question voilà, on retente, on appelle quelqu'un, on trouve toujours des solutions. Après même pour les patients étrangers on arrive quand même avec les technologies

actuelles on arrive quand même à essayer de faire passer les choses. Il y a des difficultés, mais en échec complet, non pas forcément. J'ai toujours réussi à mettre des petites choses en place et pouvoir quand même communiquer correctement.

Pauline : OK. Là je vais changer de thème. Je vais passer dans l'investissement du soignant dans la prise en soin avec des personnes, avec des patients trachéotomisés. En quoi l'investissement du soignant est-il important dans la prise en charge ?

IDE 2 : Ben il faut plus de temps, enfin clairement. On ne peut pas arriver faire le soin, enfin il faut se mettre en face pour bien le regarder, pour voir si on décèle des petites choses, lui donner l'ardoise, lui donner les outils pour le faire donc il faut clairement du temps. Si on arrive et qu'on fait vite, on peut aussi rentrer dans une chambre et dire « ben voilà je fais ça et tout » et pas regarder le patient mais je ne vois pas l'intérêt...

Pauline : Ok

IDE 2 : donc il faut, il faut être plus acteur, d'attendre une réponse et d'avoir le temps de capter aussi ...

Pauline : l'attention ...

IDE 2 : oui voilà. Ce n'est pas quelque chose qui se fait facilement. Il faut vraiment dire je vous écoute, qu'est-ce qu'il en est quoi.

Pauline : OK. Pour toi en quoi le soignant modifie-t-il l'investissement qu'il porte à la prise en soin ? Quelle est la différence pour toi entre la prise en soin d'un patient trachéotomisé et d'un patient... enfin un patient non communicant et un patient communicant aisément ?

IDE 2 : Ben ça rejoint un petit peu ce que je viens de dire. C'est..., il y en a on peut continuer à..., je trouve que je me détache plus de ce que j'ai à faire. Par exemple si je dois passer des médicaments des choses comme ça à quelqu'un qui communique, on peut le faire en regardant, ben oui oui, on est plus dans l'écoute, il y a plusieurs stimulus à côté qui font que ... je ne sais pas si je suis très claire,...

Pauline : si si je comprends...

IDE 2 : là il faut vraiment se poser et prendre le temps.

Pauline : il faut rester en face de la personne ...

IDE 2 : Oui voilà ...

Pauline : lui montrer l'attention qu'on lui porte...

IDE 2 : Voilà. On ne peut pas faire notre truc dans un coin et ...

Pauline : l'ignorer...

IDE 2 : ben voilà. Et ça pourrait se faire si on ne fait pas attention.

Pauline : Oui. Au niveau de l'expérience est-ce que tu te souviens de ta réaction la première fois où tu as dû t'adapter par rapport... où tu as été en contact avec un patient trachéotomisé, la première fois que tu as pris en charge...

IDE 2 : La première fois j'étais venue voir un peu ce qui se passait dans le service avant de postuler donc j'avais déjà été confrontée à tout ça, donc je savais à quoi m'attendre et ça ne m'a pas dérangé. Je savais que ça faisait partie du soin donc je me suis adaptée en fait, enfin ça ne m'a pas posé de problème.

Pauline : Et en quoi pour toi l'expérience professionnelle aide à s'adapter dans ces situations, entre ta première expérience avec un patient trachéotomisé et aujourd'hui maintenant après plusieurs années de travail avec eux.

IDE 2 : Alors je pense que là de toute façon j'avais déjà un petit peu d'expérience. J'avais beaucoup d'expérience, enfin beaucoup..., j'avais mon expérience qui était ... ben oui j'avais quand même 12 ans d'expérience en soin, donc j'avais déjà eu le cas effectivement avec des patients étrangers ou des patients avec des troubles cognitifs des choses comme ça où il faut prendre le temps aussi de s'adapter donc je ... forcément au plus on fait des soins auprès de patients trachéotomisés au plus on s'adapte, mais moi ça ne m'a pas posé de problème plus que ça. Je n'ai pas vu..., enfin je pense qu'au début j'étais pas,... j'étais pas ... je me suis adaptée assez vite j'ai l'impression. Ca ne m'a pas, je ne me rappelle pas avoir eu de problème par rapport à ça.

Pauline : Ok. Est-ce que lorsqu'au sein de votre équipe infirmiers ou aides-soignants, est-ce que vous évoquez des situations difficiles ou compliquées au niveau de la communication pour essayer de trouver d'autres solutions...

IDE 2 : Oui pendant les transmissions on en parle si jamais il y a des difficultés, si le patient reste un peu fermé ou si justement il s'énerve un peu si on ne comprend pas, c'est plus ça vraiment qui m'a, c'est plus dans ce cas là vraiment où j'ai des difficultés, on en parle oui effectivement, et puis on peut être amené à trouver des solutions. Il faut en parler ça c'est sûr.

Pauline : Ok. Ok. Eh bien c'était tout. Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter par rapport aux questions que j'ai posées ...

IDE 2 : Non ben je ne sais pas si j'ai été claire ou pas ?

Pauline : Ah si si si. Personnellement pour moi oui. Ben du coup je n'ai plus d'autres questions à te poser. L'entretien est terminé. Je te remercie d'avoir répondu à ces questions le plus clairement possible également. J'espère que mes questions étaient assez compréhensibles.

IDE 2 : oui. Non ça va. Il y a des fois où ça peut se rejoindre forcément, ça reste dans le même thème, mais ...

Pauline : Je te rappelle aussi que je garantis aussi l'anonymat de cet entretien. Ca ne servira que pour mon mémoire.

IDE 2 : Pas de souci

Annexe IV : Les tableaux d'analyse

Chapitre 1 : La communication dans le soin

Objectif n°1 : Définir la communication (en général)

Catégories	Thèmes	Idées des infirmières / items
Instauration d'une relation		« Échange entre le soignant et le soigné » (IDE 1, p1)
Les Caractéristiques / Les différents types de communication	Communication verbale	- Communication dites verbale classique » (IDE1, p1) - « Communiquer par des phrases, des mots, [...], par des sons » (IDE 1, p1) - « C'est déjà la parole » (IDE 2, p1) - « Il y a une communication verbale » (IDE 2, p1)
	Communication non verbale	- « Communication non verbale, ça peut être par des gestes, par des attitudes, [...], par le touché » (IDE 1, p1) - « Ça peut être des gestes [...], un regard » (IDE 2, p1) - « Il y a la communication [...] non verbale » (IDE 2, p1)

Objectif n°2 : Identifier l'intérêt de la communication avec un patient trachéotomisé durant le soins

Catégories	Thèmes	Idées des infirmières / items
	Émotions	- « Permet de savoir quelles sont [...] les peurs de l'autre » (IDE 1, p2)

Connaissance de l'autre	Besoins	- « Permet de savoir quelles sont les attentes de l'autre » (IDE 1, p2) - « Montrer [...] ce qu'il attend de nous » (IDE 2, p1)
	En général	- « Communiquer permet de comprendre le mieux possible l'autre personne » (IDE 1, p2) - « Sans la communication c'est vraiment compliqué de savoir ce que l'autre pense » (IDE 1, p2) - « Ça fait partie complète du soin » (IDE 2, p1)
Permet de se présenter / Vecteur de présentation	Du soignant	- « Si on ne communique pas, [...] on ne peut pas se présenter, on ne peut pas [...] montrer ce qu'on attend du patient » (IDE 2, p1)
	Du soins	- « Si on ne communique pas, on ne peut pas présenter le soin » (IDE 2, p1)

Objectif n°3 : Utilisation de la communication avec un patient trachéotomisé

Catégories	Thèmes	Idées des infirmières / Items
Verbale		- « On utilise le verbal, même s'ils ne peuvent pas parler, ils nous entendent très bien » (IDE 1, p2)
Non verbale		- « on se rend plus compte qu'on gestualise beaucoup plus » (IDE 1, p2) - « Ce sont vraiment les gestes et le touché [qui] vont beaucoup plus venir » (IDE 1, p2) - « Il faut regarder le visuel » (IDE 2, p2)

Les outils

- « Il faut [...] utiliser des objets » (IDE 2, p2)

Chapitre 2 : Le patient trachéotomisé comme difficulté dans la communication

Objectif n°4 : Distinguer les limites et les difficultés lors d'une communication avec un patient trachéotomisé

Catégories	Thèmes	Idées des infirmières / Items
Les limites	Matérielles (ardoises, téléphone)	Avec l'ardoise : - « Des patients qui ont des problèmes avec l'écriture également » (IDE 1, p2) - « Avoir une écriture illisible » (IDE 1, p2) - « Ils ont des soucis au niveau de l'écriture ou ils n'écrivent pas forcément très bien » (IDE 2, p2) Patients âgés
	Humaines	- « Des fois on ne comprend pas, on n'y arrive pas » (IDE 2, p2) - « Des fois la communication ne passe pas tout court » (IDE 1, p2) - « Ne pas pouvoir se faire comprendre » (IDE 1, p3)
Les difficultés	La langue	- « Il y a la barrière de la langue » (IDE 2, p2) - « On a aussi beaucoup de personnes qui ne parlent pas français » (IDE 2, p2)
	Le temps	- « Déjà c'est plus long » (IDE 2, p2) - « Contrainte au niveau du temps (IDE 2, p2)
	Du patient	- « Certains ne savent pas lire ni écrire » (IDE 2, p3) - « Lui n'arrive pas à se faire comprendre »

		<p>(IDE 1, p3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - physiquement « Ils sont mutilés » (IDE 2, p2) - « Le fait de ne pas pouvoir communiquer ça rajoute sur le fait qu'ils ont eu cette intervention » (IDE 2, p2) - « Accepter sa nouvelle image corporelle » (IDE 2, p2) - Trachéostomie/trachéotomie : « ça n'a pas le même impact physiquement et psychologiquement » (IDE 1, p6)
--	--	--

Objectif n°5 : Identifier les outils mis en place par les soignants pour établir une communication avec un patient trachéotomisé

Catégories	Thèmes	Idées des infirmières / Items
Les outils	Humains	<ul style="list-style-type: none"> - « On essaie des trucs un peu basiques, est-ce que vous avez mal, est-ce que vous avez soif [...] » (IDE 1, p4) - « On prend le temps, on repose la question, on retente, on appelle quelqu'un » (IDE 1, p3)
	Matériels	<ul style="list-style-type: none"> - « On va mettre en place des ardoises » (IDE 1, p2) - « Même avec les patients étrangers on [y] arrive quand même avec les technologies actuelles » (IDE 2, p3) - « J'ai aussi des logiciels sur mon téléphone » (IDE 1, p4) - « J'utilise google trad » avec les patients de langue étrangère (IDE 1, p4)

Objectifs n°6 : Identifier les émotions exprimées chez le patient et le soignant lors d'une communication

Catégories	Thèmes	Idées des infirmières / Items
Communication compliquée	Ressenti patient	<ul style="list-style-type: none"> - « Ça peut déclencher beaucoup de frustration pour le patient (IDE 1, p3) - « Il y a de l'énerverment qui vient surtout du patient parce qu'il se sent incompris » (IDE 1, p3) - « Ça peut énerver » (IDE 2, p2)
	Ressenti soignant Patience francophone	<ul style="list-style-type: none"> - « Ça peut déclencher beaucoup de frustration pour soignant » (IDE 1, p3) - « on y arrive toujours au bout d'un moment mais c'est très long et très frustrant » (IDE 2, p3) - « Je trouve que c'est pas toujours évident » (IDE 2, p2)
Communication établie		<ul style="list-style-type: none"> - « Le patient se sait écouté, il se sent compris » (IDE 1, p5) - Si on se comprend ce sera bénéfique pour la suite » (IDE 1, p5)
Communication avec des patients de longue durée		<ul style="list-style-type: none"> - « On va avoir une relation qui va être différentes » (IDE 1, p9) - « C'est une prise en soins différente » (IDE 1, p9) - « On va avoir une prise ne soins beaucoup plus satisfaisant pour le soignant » (IDE 1, p9) - « Avoir une prise en charge globale » (IDE 1,

		p9) - « Une communication entre nous et le patient qui est vachement plus riche » (IDE 1, p9)
--	--	--

Objectif n°7 : Comprendre la gestion des situations d'échec

Catégorie	Thèmes	Idées des infirmière / Items
Découverte du caractère soignant	Persévérance	- « Mettre des petites choses en place et pouvoir quand même communiquer correctement » (IDE 2, p3) - « On en parle, et puis on peut être amené à trouver des solutions » (IDE 2, p5) - « Se dire on revient, c'est réessayer » (IDE 1, p4)
	Remise en question	- « Ne pas se sentir responsable personnellement » (IDE 1, p3) - « C'est prendre du recul » (IDE 1, p3)

Chapitre 3 : L'expérience dans l'art de communiquer avec les patients trachéotomisés

Objectif n°8 : Définir l'investissement du soignant dans la prise en soins d'un patient trachéotomisé

Catégories	Thèmes	Idées des infirmières / items
Investissement	Connaissances des patients	<ul style="list-style-type: none"> - « Il y a des patients qui restent longtemps, à force de les côtoyer on sait les attentes qu'ils ont en général » (IDE 1, p5) - « C'est plus facile » (IDE 1, p5) - « Plus on est investi dans ce sens là plus la communication devient facile et plus c'est agréable dans les deux sens » (IDE 1, p5)
	Caractère soignant	<ul style="list-style-type: none"> - « On a le mixte de lecture labiale, de gestuelle, de non verbale » (IDE 1, p5) - « Se mettre bien en place pour bien le regarder, pour voir si on décèle des petites choses, lui donner l'ardoise, lui donner les outils » (IDE 2, p3) - « Il faut être plus acteur, d'attendre une réponse et d'avoir le temps de capter l'attention » (IDE 2, p3) - « Il faut dire je vous écoute » (IDE 2, p3) - « il faut rester en face de la personne, lui montrer l'attention qu'on lui porte » (IDE 2, p4) - Savoir « distinguer le patient de ses appareillages » (IDE 1, p8) - « Prendre en compte le patient dans sa globalité, comme une personne ayant des besoins comme tout le monde » (IDE 1, p8)

	En lien avec le ressenti du soignant pour cette spécialité	<ul style="list-style-type: none"> - « La trachéostomie c'est assez impressionnant » (IDE 1, p6) - « On va toujours [dire] neurochir, cardio oh là là là et puis souvent l'ORL et les gastros c'est un peu...sale quoi... » (IDE 1, p7) - « Je n'ai jamais ressenti ça » (IDE 1, p7) - « J'ai toujours trouvé ça intéressant dans la sorte qu'on arrive à trouver un système, surtout pour les trachéotomies, un système pour permettre d'éradiquer la source du problème tout en maintenant les fonctions respiratoires sans avoir besoin de mettre les gens dans un semi-coma, ou des choses comme ça » (IDE 1, p7)
--	--	---

Objectif n°9 : Déterminer l'adaptation du soignant grâce à son expérience

Catégories	Thèmes	Idées des infirmières / Items
Expérience	La première fois	<ul style="list-style-type: none"> - « La première fois [...] j'étais en stage. Deuxième année » (IDE 1, p5) - « Ça m'a aidé à voir que [...] la communication n'était [...] pas que le verbale » (IDE 1, p7) - « Au début j'avais du mal à comprendre les personnes » (IDE 1, p5) - « Parce que la trachéostomie c'est assez impressionnant, quand on en a jamais vu » (IDE 1, p6)

		<ul style="list-style-type: none"> - « J'étais venue voir un peu ce qui se passait dans le service avant de postuler » (IDE 2, p4) - « J'avais beaucoup d'expérience [...] j'avais quand même 12 ans d'expérience en soin » (IDE 2, p4)
	Aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> - « Avec l'expérience j'ai vu la différence » (IDE 1, p5) - « Maintenant je vois des étudiants qui viennent dans le service qui disent « Ah t'as compris là » (IDE 1, p5) - « J'avais déjà été confrontée à tout ça donc je savais à quoi m'attendre » (IDE 2, p4)
Adaptation	Développement d'un sixième sens	<ul style="list-style-type: none"> - « Développé un sixième sens » (IDE 1, p5) - « En fonction des spécialités tout le monde a son petit super pouvoir » (IDE 1, p5) - « On a le mixte de lecture labiale, de gestuelle, de non verbal » (IDE 1, p5) - « Avec les nouveaux patients, on n'a pas encore développé nos capacités d'adaptation par rapport à eux » (IDE 1, p3) - « on n'arrive pas forcément encore à lire sur leurs lèvres ça prend quand même un petit peu de temps » (IDE 1, p3)
	Répétition	<ul style="list-style-type: none"> - « Dans la relation soignant-soigné c'est vraiment faire la part des choses » (IDE 1, p8) - « Ça ne m'a pas dérangé » (IDE 2, p4) - « Je savais que ça faisait partie du soins donc je me suis adaptée » (IDE 2, p4) - « Au plus on fait des soins auprès de

patients trachéotomisés au plus on s'adapte »
(IDE 2, p4)

Objectif n°10 : Définir l'importance du travail en équipe

Catégories	Thèmes	Idées des infirmières / Items
Collaboration	Ressources	<ul style="list-style-type: none">- « Je n'arrivais pas à comprendre ce qu'une personne voulait » (IDE 1, p9)- « J'ai fini par aller chercher une collègue » (IDE 1, p9)- « Pendant les transmissions, on en parle si jamais il y a des difficultés » (IDE 2, p5)- « Il faut en parler ça c'est sûr » (IDE 2, p5)
	Cohésion	<ul style="list-style-type: none">- « On est une équipe très soudée, c'est vraiment très agréable il y a une bonne ambiance, et c'est vrai qu'on parle naturellement » (IDE 1, p9)- Ça va développer [...] une communication entre nous et le patient qui est vachement plus riche » (IDE 1, p9)

Nom : LE CAROU
Prénom : PAULINE

TITRE : Communiquer en communicant / Communication by communicating

My work of initiation to scientific research concerns communication with tracheotomized people. During my three years of nursing training, I had the chance to gain work experience in the ENT service. In this care service, I was able to experience this particularity of communication. I have found that setting up this communication was not easy. Indeed, it was necessary to take time to adapt. How does the nurse's professional experience enable communication with a tracheostomized patient? That's the first interrogation of this essay. Communication can be verbal with words or non-verbal with movement. Tracheostomy patients must learn to accept their new body image, but also to communicate in a different way. Caregivers will help and escort them through this change. I interviewed two nurses working in an ENT service. These interviews provided information concerning communication with tracheostomy patients, the experience and the management of failure situations, but other concepts emerged such as the place of emotions in this communication.

Mon travail d'initiation à la recherche scientifique concerne la communication auprès des personnes trachéotomisées. Durant ces trois années de formation d'infirmière, j'ai eu la chance d'effectuer un stage en ORL où j'ai pu faire l'expérience de cette particularité. J'ai constaté que la mise en place de cette communication n'était pas simple et qu'il fallait prendre le temps de s'adapter à ces patients. La question de départ de ce travail est : en quoi l'expérience professionnelle de l'infirmier(e) permet-elle la mise en place d'une communication fluide et adaptée avec un patient trachéotomisé ? La communication peut être verbale, avec des sons, des mots, ou non verbale, avec des gestes, des mimiques. Les patients qui ont subi une trachéostomie ou une trachéotomie doivent apprendre à accepter leur nouvelle image corporelle mais aussi à communiquer d'une autre manière. Les soignants vont les aider et les accompagner à vivre cette évolution. J'ai interrogé deux infirmières exerçant dans un service d'ORL. Ces entretiens ont apporté des informations concernant la communication avec les patients trachéotomisés, l'apport de l'expérience professionnelle et la gestion des situations d'échecs mais d'autres concepts ont émergés comme la place des émotions dans cette communication.

Keyword : Communication / Tracheostomized patient / Experience / Caregiver investment / Adaptation

MOTS CLES : Communication / Patient trachéotomisé / Expérience / Investissement du soignant / Adaptation

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :
2 Rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 9

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2020