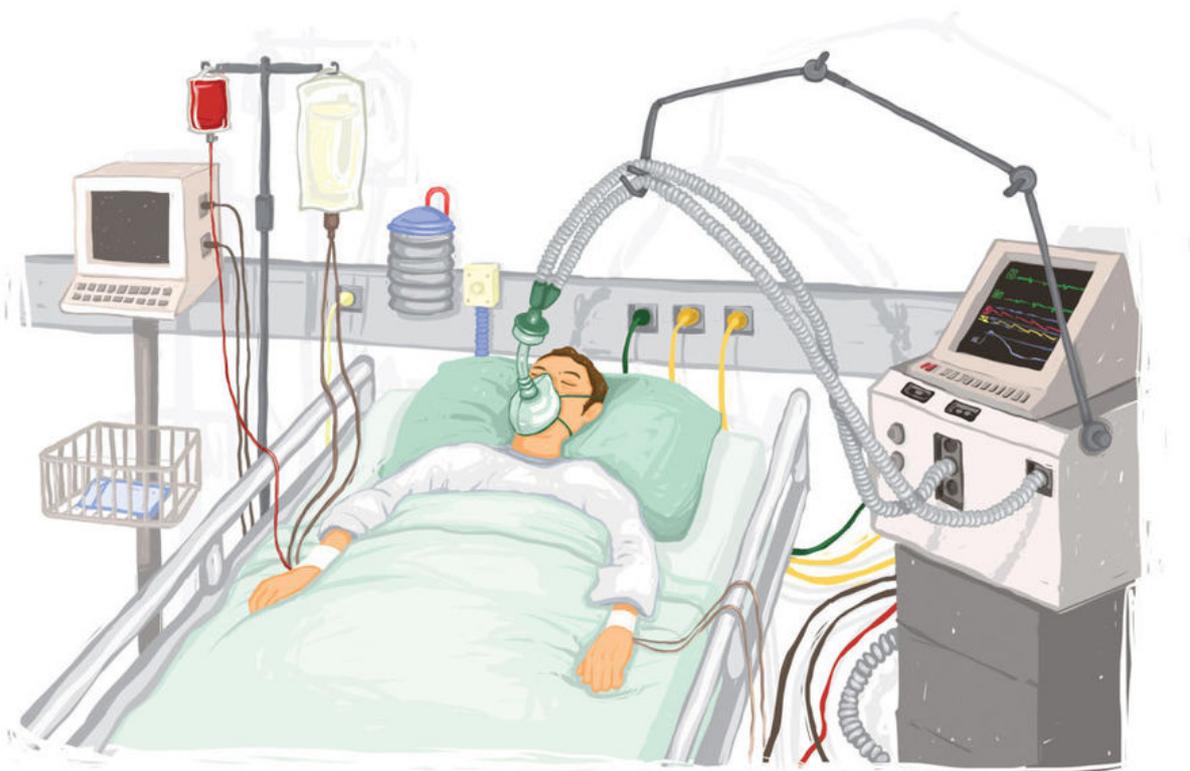




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

## **Patients, alarmes, stress : la trilogie du soignant de réanimation**



<https://www.usinenouvelle.com/article/coronavirus-comment-les-respirateurs-artificiels-sauvent-les-cas-critiques.N1813682>

Formateur référent mémoire : Christine LE BIHAN

CHAPPÉ Gwendoline  
Formation infirmière  
Promotion 2020-2023  
Date : Mai 2023



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'État d'Infirmier**

**Travaux de fin d'études :  
Patients, alarmes, stress : la trilogie du soignant de réanimation**

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

*J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme Diplôme d'État 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 2 mai 2023**

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

**CHAPPÉ Gwendoline**

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

## Remerciements

Avant tout, j'aimerais adresser à Madame Christine LE BIHAN, une mention particulière. En sa qualité de guidante de mémoire, elle a su m'apporter son soutien, ses conseils précieux et son expertise tout au long de ce projet. Grâce à ses encouragements et ses suggestions constructives, j'ai pu mener à bien ce travail de recherche.

Je tiens à remercier l'ensemble des formateurs de l'IFSI de Pontchaillou pour leur accompagnement et leur soutien durant ces trois années de formation.

Un grand merci à Clément COURSELAUD pour ses précieux conseils au cours de cette dernière année mais également pour son aide dans la recherche des infirmiers nécessaires pour la réalisation de ce mémoire.

Merci aux deux infirmiers pour leurs disponibilités et leur implication dans ce travail de recherche. Les entretiens réalisés auprès de ces deux professionnels ont été pour moi un vrai moment de partage.

Je remercie mon amie, Anne-Aymone, sans qui ces trois années n'auraient pas été si belles. Elle m'a aidée à sortir du brouillard lorsque certaines parties de ce mémoire étaient encore trop floues.

J'aimerais remercier ma marraine et mon amie Chann pour le temps qu'elles ont accordé à la relecture et la correction de mon mémoire.

Je souhaite, enfin, témoigner toute ma gratitude à ma maman, à mon papa et à ma soeur pour leur soutien sans failles et sans lequel je n'aurais pas pu poursuivre ma formation, sur les plans économique, moral et physique.

Encore une fois, je remercie ma maman, qui connaît aussi bien ce mémoire que moi après un nombre important de relectures. Sa confiance indéfectible m'a permis de croire en moi du début à la fin.

Merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ce mémoire.

## Sommaire

**Siglier**

**Citation**

<b>I. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>II. Le cheminement vers la question de départ</b>	<b>1</b>
1. Situation d'appel n°1	2
2. Situation d'appel n°2	4
<b>III. Le cadre théorique</b>	<b>5</b>
1. Le patient en réanimation	5
1.1. Patient intubé-ventilé	6
1.2. Patient conscient et inconscient	6
1.3. Une communication difficile	7
1.4. Les moyens de surveillances présents autour du patient	7
1.5. Le ressenti émotionnel du patient face à son environnement	8
2. La relation soignant-soigné	8
2.1. La place de relation en réanimation	9
2.2. Le bruit, un obstacle à la relation	9
2.2.1. Le bruit côté patient	9
2.2.2. Le bruit côté soignant	10
2.3. L'impact du bruit	10
3. Le soignant de réanimation	11
3.1. Les compétences infirmières	11
3.2. Définition du stress	12
3.3. Les répercussions sur le soignant	13
3.4. Les leviers	14
<b>IV. La méthodologie menée pour réaliser les entretiens</b>	<b>15</b>
<b>V. L'analyse des entretiens</b>	<b>16</b>
1. Présentation des soignants	16
2. La vision des soignants sur la sédation et l'impact sur la relation soignant-soigné	17
3. La représentation émotionnelle du patient par le soignant	18

4. Le bruit, l'ennemi commun	18
5. Les définitions du stress selon les soignants et son impact dans leur travail	20
6. Manque de formation rime avec alarmes à répétition ?	21
7. Les contres attaques des soignants face aux alarmes	21
<b>VI.Discussion</b>	<b>22</b>
1. L'arrivée dans un « autre monde »	22
2. La voix du soignant mais le patient sans voix	23
3. Les bruits alarmants	25
4. Si on vous dit « bruit », comprenez « stress »	28
<b>VII.Conclusion</b>	<b>30</b>
<b>VIII.Bibliographie</b>	<b>31</b>
<b><u>Annexe I</u> : Le guide d'entretien</b>	
<b><u>Annexe II</u> : Transcription entretien n°1</b>	
<b><u>Annexe III</u> : Transcription entretien n°2</b>	
<b><u>Annexe IV</u> : Réponse IDE 2 par mail</b>	
<b><u>Annexe V</u> : Tableau d'analyse des entretiens</b>	
<b><u>Annexe VI</u> : Abstract</b>	

## Siglier

<b>AET</b>	Aspiration endo-trachéale
<b>BHRE</b>	Bactéries hautement résistantes émergentes
<b>BPCO</b>	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
<b>DMS</b>	Décontamination multi-sites
<b>GDS</b>	Gaz du sang
<b>HGT</b>	Hémoglucotest = glycémie capillaire
<b>KTA</b>	Cathéter artériel
<b>KTC</b>	Cathéter central
<b>PAM</b>	Pression artérielle moyenne
<b>SE</b>	Seringues électriques
<b>SGA</b>	Syndrome général d'adaptation
<b>SIOT</b>	Sonde d'intubation oto-trachéale
<b>SNG</b>	Sonde naso-gastrique
<b>VAC</b>	Ventilation assistée contrôlée
<b>VNI</b>	Ventilation non invasive
<b>VSAI</b>	Ventilation spontanée avec aide inspiratoire
<b>VVC</b>	Voie veineuse centrale

« Tout bruit écouté longtemps devient une voix »

*Victor Hugo*

## **I. Introduction**

Au terme de ces trois années d'études en soins infirmiers riches en apprentissages et découvertes, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche appelé également MIRSI. Ce mémoire traduit une démarche de professionnalisation et de développement en recherche en soins infirmiers.

Depuis la découverte de la profession infirmière et du milieu hospitalier par les divers stages effectués dans le cadre de ma formation, j'ai très vite été attirée par les services délivrant des soins techniques.

Lors de mon premier stage en troisième année, j'ai eu la révélation, ce fameux sentiment qui nous fait dire que nous avons trouvé notre voie. L'univers de la réanimation, l'urgence, l'adaptation, les spécificités liées à ce service correspondent à ce que je souhaite retrouver plus tard dans mon exercice professionnel. La particularité de ce service se retrouve notamment par les importants équipements présents (scope, respirateur, pousses seringues électriques, ...). Au cours de mon stage, j'ai été frappée par les nuisances sonores présentes en permanence dans le service et plus particulièrement par la présence importante des alarmes. Ces dernières me procuraient une sorte de pesanteur voire du stress ce qui m'a poussée à me questionner sur leurs impacts dans le quotidien d'un(e) infirmier(ère) en réanimation. J'ai donc voulu approfondir mon questionnement et voir si ma perception était commune à d'autres soignants mais également si cela avait un impact sur le patient.

Le sujet de mon mémoire porte sur l'impact que peut avoir la présence des alarmes en unités de réanimation sur le soignant et par conséquent sur la prise en soin du patient intubé-ventilé.

Afin de mener à bien ce travail de recherche, je vais tout d'abord exposer les deux situations d'appel ainsi que le questionnement que ces dernières suscitent. Dans un second temps, je vais m'appuyer sur les propos d'auteurs pour définir les concepts et notions en lien avec la question de départ. Ensuite, j'analyserai les propos de deux infirmiers interviewés. Pour finir, je mettrai en parallèle les dires des auteurs avec ceux des professionnels du terrain en ajoutant mon positionnement en tant que future professionnelle. Ainsi, je pourrai au travers de ce cheminement mettre en évidence une question de recherche amenant à une réflexion plus approfondie de mon travail.

## **II. Le cheminement vers la question de départ**

Au cours de mon stage de semestre 5 en réanimation médicale, j'ai pu être confrontée à deux situations qui ont fait émerger un questionnement interne et ainsi contribuer à l'élaboration du sujet de mon mémoire.

## 1. Situation d'appel n°1

La situation que j'ai souhaité analyser s'est déroulée le lundi de la quatrième semaine de stage. Je prends en soin Monsieur P. hospitalisé pour détresse respiratoire aiguë sur exacerbation de sa BPCO. Le patient est à ce jour, intubé et ventilé en mode VAC. La veille au soir, un essai de passage en VSAI s'est soldé par un échec suite à une prise de volume inspiratoire insuffisante accompagné d'une polypnée. Il avait donc été repassé en VAC pour la nuit.

Il est 7H45, je suis dans la chambre de Monsieur P., le médecin de garde effectue son dernier tour de garde avant de passer la main à ses collègues de jour. Ce dernier décide de passer Monsieur P. en mode VSAI sur le respirateur au vu de son profil respiratoire favorable des dernières heures.

À ce moment, je m'interroge sur ce changement de mode ventilatoire, ayant eu un échec la veille au soir, le passer en aide ne me rassure pas à ce moment précis. D'une part parce que je ne me sens pas suffisamment « armée » à cet instant précis pour faire face à un éventuel souci relié au passage en VSAI. Et d'autre part parce que rien n'a été fait pour que ce nouvel essai soit positif (traitement, position dans le lit, test, examen).

Une fois le médecin sorti de la chambre je commence mon tour de 8h. J'effectue ma prise de poste puis mes surveillances cliniques (T°, pupilles, GDS, HGT, AET, diurèse), je vérifie mes dispositifs (KTA, KTC, SIOT, SNG), je poursuis avec les prescriptions médicales (DMS, médicaments, SE). Je trouve mon patient de moins en moins confortable par rapport au moment où nous avons fait les transmissions. Ce dernier tousse beaucoup, il commence à devenir rouge vif puis un peu bleu au visage, des gouttes de sueur perlent sur son front. L'alarme de la pression max ( $P_{max}$ ) du respirateur sonne sans cesse. Je me demande quoi faire sur le moment. Mon réflexe est de couper l'alarme puisque je sais pourquoi elle sonne or je ne sais pas concrètement quoi faire. Je dis rapidement au patient que je vais chercher mon collègue. Ce dernier est inconfortable, il a les yeux grands ouverts, je pourrais presque interpréter son regard comme de la peur. Je me dirige dans la chambre voisine pour trouver Daniel. Je lui explique très rapidement la situation : « peux-tu venir voir Monsieur P. s'il te plaît, je ne le trouve pas confortable depuis le passage en aide. Il est rouge-bleu, l'alarme de la  $P_{max}$  sonne et il fait des efforts à vomir. Je trouve qu'il est gêné par quelque chose. »

Daniel me suit directement et me demande très calmement « dis-moi ce qui pour toi pourrait faire sonner le respirateur ? »

J'expose mes suppositions ; peut-être qu'il ne supporte pas le passage en aide comme cette nuit. Il a peut-être des sécrétions qui le gênent dans la trachée, je vais l'aspirer. Les aspirations sont peu productives. Ce n'est pas ça. Les alarmes sonnent toujours, j'inhibe ces dernières puis j'augmente le seuil max de l'alarme. Le patient est toujours rouge, il perle de sueur ++, ses yeux sont brouillés de larmes. Il est moite. Les alarmes sonnent encore, j'augmente le seuil une nouvelle fois. Il est

polypnéique à 33 cycles/minute en moyenne. Il prend cependant de bons volumes, sa tension artérielle systolique est très haute 220, sa PAM est de 140. Ça ne me plaît pas, je me sens impuissante. Le patient tousse encore et encore, l'alarme sonne encore et encore. J'augmente encore le seuil max de la  $P_{max}$  puis celui de la fréquence respiratoire. Je regarde Daniel et lui demande quoi faire dans ces cas-là. Et là Daniel me répond « Et bien tu dois attendre le mini-staff à 9h30 pour expliquer la situation et donner tous les paramètres nécessaire pour faire comprendre qu'il ne supporte pas le passage en aide. Avant ça on ne peut rien faire à notre niveau. Pendant ce temps, les alarmes continuent de sonner, c'est anxiogène voire stressant. Le patient montre des signes d'angoisse, il souhaite arracher son tube, il est contentonné heureusement d'ailleurs car il porte très souvent sa main à la sonde d'intubation. Il montre qu'il souhaite l'arracher. Il tousse encore, il est toujours rouge écarlate et ses yeux sont grands ouverts.

« On ne peut rien faire » ... Il n'y avait plus qu'à surveiller mon patient jusqu'à 9h30 soit pendant 1h30 ... Je demande à Daniel si augmenter les alarmes était une bonne chose. Il me dit « les alarmes sont importantes mais il faut qu'elles aient un sens. Si elles sonnent, tu dois avoir une action dessus ». En soi, j'ai une action dessus vu que je les modifie mais je n'apporte rien au patient en réponse à ces alarmes.

L'alarme de la  $P_{max}$  augmente lorsque le patient tousse ou qu'il fait des efforts à vomir. Or lorsqu'il est calme le seuil d'alarme de ma pression maximale est trop haut donc pas du tout significative. Si un bouchon muqueux obstrue la sonde, l'alarme ne va pas sonner puisque le seuil max de l'alarme de la  $P_{max}$  sera trop haut. Cela peut entraîner une mauvaise ventilation et donc une désaturation. C'est alors l'alarme de la désaturation qui va sonner et ce sera déjà en soi trop tard. J'aurai pu intervenir avant que ce soit l'alarme de la désaturation qui sonne.

Suite à cette situation, je me suis posée plusieurs questions :

- Le manque de connaissances a-t-il eu un impact avec ma prise en charge ?
- Les seuils d'alarmes sont-ils significatifs après que le patient ne tousse plus ?
- Ai-je bien réglé mes alarmes par rapport au nouveau mode ventilatoire ?
- Comment puis-je régler mes alarmes pour qu'elles puissent m'interpeller sans pour autant « gêner » le patient et mes collègues ?
- Y-a-t-il des seuils d'alarmes « préconçus » en fonction des pathologies des patients ?
- Le risque n'est-il pas de ne plus prêter attention aux alarmes si ces dernières sonnent tout le temps ?
- Le stress du patient est-il majoré lorsque ce dernier est conscient ?
- La prise en soin du soignant est-elle différente en fonction de l'état de conscience du patient (patient sédaté ou non sédaté) ?
- À quel moment peut-on craindre des barotraumatismes ? Quels impacts ces derniers peuvent-ils engendrer sur la suite de la prise en soin du patient ?

- Quel moyen efficace peut-on utiliser pour communiquer avec un patient intubé, angoissé, et contentonné ?
- Quels leviers le soignant peut-il utiliser lorsque la situation lui échappe ?
- Le stress engendré par cette situation a-t-il un impact sur la suite de la prise en soin du patient ? Est-il concomitant avec le sentiment de frustration ou d'inutilité ?
- Laisser le patient dans cet état d'angoisse peut-il impacter la relation soignant-soigné installée auparavant ?
- Le stress ressenti lors de cette situation m'a-t-il fait perdre confiance en moi ?
- Mon propre stress altère-t-il mes capacités d'analyse ?

## 2. Situation d'appel n°2

Une seconde situation a porté mon attention lors de mon stage en réanimation médicale. Cette dernière s'est déroulée lors de ma huitième semaine de stage. Je suis passée de nuit en 12h.

Il est 19h, l'équipe de nuit est arrivée. Nous devons répartir les sept patients présents dans la galerie pour les trois infirmières (IDE) de cette nuit. Lorsque les IDE regardent le nom des patients, l'une d'elles dit qu'elle n'aimerait pas prendre Madame L. car sa prise en soin est vraiment fatigante avec les alarmes qui sonnent sans cesse. Une autre IDE enchérit en disant qu'en plus il n'y a pas grand-chose à faire malheureusement. Je décide d'aller avec l'IDE prenant en soin cette patiente.

Madame L. est une patiente entrée pour coma hypoglycémiant. Suite à l'arrêt des sédations, la patiente ne se réveille pas. Elle a les yeux grands ouverts mais il n'y a aucun contact. Madame L. enrôle depuis plusieurs jours, a un faciès aux traits tirés et elle est toujours intubée et ventilée.

Lorsque je fais des soins à cette patiente, elle grimace énormément et fait d'importantes pauses respiratoires. Je n'arrive pas savoir si elle a mal, si elle n'aime pas que je la touche, si elle n'aime pas les soins que nous lui donnons ou bien si c'est pour tout autre chose.

La prise en soins de Madame L. est à ce jour très limitée au niveau médical. En effet, elle se retrouve dans une impasse thérapeutique. Au niveau respiratoire, elle fait des bradypnées très importantes avec une fréquence respiratoire à 8 cycles par minute. Le respirateur sonne quasiment toutes les dix minutes puisque la patiente prend très peu de volume et lorsqu'elle reprend sa respiration elle « explose » le seuil d'alarme du volume inspiratoire du respirateur.

Il est impossible de diminuer le seuil d'alarme minimal de la fréquence cardiaque à moins de 8 cycles par minute. Ainsi, lorsque la fréquence respiratoire passe à 7 pour un laps de temps l'alarme sonne une nouvelle fois. Les constructeurs des respirateurs ont pré-réglé les respirateurs et scopes ce qui veut dire qu'on ne peut pas aller au-delà de ces seuils. Je peux augmenter mon alarme mais je ne peux pas la

diminuer plus bas que 8 cycles par minute pour ma fréquence respiratoire. Je suis donc impuissante face à cette alarme.

Concernant mon alarme haute du volume inspiratoire, je peux l'augmenter mais dans ce cas je n'ai pas une surveillance adéquate et cohérente sur la respiration de ma patiente. Le fait de prendre des volumes importants et non physiologiques peut entraîner des barotraumatismes pulmonaires.

J'ai quasiment été toutes les 20 minutes voire plus dans la chambre de la patiente afin de voir pourquoi les alarmes sonnaient. Il est vrai qu'arriver à 4h du matin, les alarmes ne sont plus vraiment significatives pour moi. Je vais dans la chambre mais j'inhibe seulement ces dernières et je regarde si la patiente présente de nouveaux signes cliniques mais rien de plus. Madame L. a les traits tirés, elle semble tellement peu confortable et moi, je me sens tellement inutile, sans moyens pour comprendre ce qu'elle ressent à ce moment-là. Je suis impuissante face à la situation.

Suite à cette situation, je me suis posée plusieurs questions :

- L'impuissance face à la situation peut-elle engendrer un impact sur la prise en soin du patient ?
- La présence de ces alarmes incessantes engendre-t-elle un manque d'attention de la part du soignant dans cette situation ?
- Comment peut-on avoir une relation soignant-soigné avec un patient intubé-ventilé et avec qui nous n'avons aucun contact possible ?
- La présence d'alarmes intempestives entraîne-t-elle un désinvestissement du soignant ?

Ces deux situations sont très intéressantes par le questionnement qui en découle, ce qui me permet de construire petit à petit le sujet de mon mémoire sur lequel je souhaite axer mes recherches et apporter des éléments de compréhension. Ainsi, ma question de départ est la suivante :

**Dans une unité de réanimation, en quoi la présence des alarmes intempestives du respirateur et du scope pourrait générer un stress chez le soignant et influencer la prise en soin d'un patient intubé-ventilé ?**

### **III. Le cadre théorique**

#### 1. Le patient en réanimation

Selon le Larousse Médical (2000), la réanimation correspond à l'ensemble des moyens mis en œuvre soit pour pallier la défaillance aiguë d'une ou de plusieurs fonctions vitales, dans l'attente de la guérison, soit pour surveiller des malades menacés de telles défaillances du fait d'une maladie, d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale (pp.783-784).

La réanimation est un service de haute technicité accueillant les patients les plus graves. Ils y reçoivent une surveillance constante des fonctions vitales telles que les fonctions cardiaques, respiratoire et rénale (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation [SFAR], 2023).

### 1.1. Patient intubé-ventilé

À l'arrivée en réanimation, la dépendance aux dispositifs de suppléance d'organes et de surveillance s'impose très rapidement et brutalement au patient (Laurent et al., 2015). Rouichi et Prudhomme (2022) exposent les indications à l'intubation trachéale ; arrêt cardiorespiratoire, détresse respiratoire, troubles de la conscience ne permettant plus d'assurer la protection des voies respiratoires.

La Société de Réanimation de la Langue Française (2011) nous donne la définition d'une intubation cela consiste à l'introduction d'une sonde dans la trachée afin d'assurer une ventilation mécanique efficace à l'aide d'un respirateur. Le mode ventilatoire va ensuite être réglé selon les besoins du patient par le médecin. Il existe de très nombreux modes ventilatoires, leurs réglages et les surveillances associées devront être adaptés par l'équipe soignante (Roch & Mercier-IDE, 2011).

### 1.2. Patient conscient et inconscient

« L'état de conscience des patients admis en service de réanimation peut aller de normal au coma aréactif » (Delpierre, É., 2019). Le patient intubé-ventilé est tout d'abord inconscient. En effet, pour effectuer une intubation, le patient doit être sédaté. Ainsi, une stratégie de sédation visant à privilégier le confort, l'analgésie et l'adaptation du patient au respirateur est mise en place (De Jonghe et al., 2008).

Selon le site du ministère des affaires sociales et de la santé (s.d), la sédation correspond à l'utilisation de moyens médicamenteux afin de diminuer la vigilance voire même d'entraîner une perte de conscience. La sédation a pour but de diminuer ou faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient. Cette dernière peut être utilisée de manière intermittente, transitoire ou continue.

D'après les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, une fois le niveau de confort souhaité pour le patient atteint, le but consiste à trouver le niveau de conscience optimal. Ce dernier se traduisant par un patient facilement réveillable ou réveillé et coopérant. De cette façon, l'abaissement des doses de sédatifs est constamment recherché (De Jonghe et al., 2008).

### 1.3. Une communication difficile

Selon le schéma de Shannon-Wiener, la communication peut être schématisée comme étant un message transmis par un émetteur vers un récepteur dans un certain contexte (Cours de Le Bihan, C, document non publié [Support de cours], 29 janvier 2021). Christine Paillard (2021) souligne que « d'un point de vue technique, l'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission [...]. Le récepteur reçoit et décode le message, en s'assurant qu'il utilise le moyen adapté pour cela. Si le récepteur répond il devient émetteur et c'est ce que l'on appelle le feed-back » (p.108).

Grosclaude (2002) rappelle à quel point la communication est un pilier majeur dans la relation de soin entre un patient et un soignant. Pourtant, en service de réanimation, la communication est pour les patients et les professionnels de santé une source de frustration. Les agressions que peuvent représenter les soins en réanimation obligent le plus souvent l'équipe médicale à utiliser des produits sédatifs afin de garantir le confort du patient et de supporter ces agressions. Ainsi, comme l'explique Delpierre (2019) « leur état de conscience peut être altéré et le sevrage de ces produits peut également induire des réactions inadaptées telles qu'une agitation, une confusion, une amnésie et être source d'anxiété. Tous ces facteurs peuvent rendre la communication avec le patient difficile ».

D'un côté se trouve le patient intubé, conscient ou inconscient, stressé par sa situation et les appareillages autour de lui. De l'autre côté, les soignants voulant avoir une prise en soin la plus singulière possible sans avoir de feed-back (Grandidier, 2021).

### 1.4. Les moyens de surveillances présents autour du patient

Comme nous l'explique Berry (2022), une part importante de la surveillance des patients en réanimation est constituée par l'observation clinique et l'examen clinique. Cependant, les dispositifs de surveillance continue permettent de suivre les grandes fonctions de l'organisme et l'état du patient. Cette surveillance, continue et permanente, est assurée par des appareillages complexes exigeant une formation et une expérience particulière. « La plupart de ces dispositifs émettent un signal d'alarme si certaines normes physiologiques sont dépassées » (Berry, C., 2022).

Le moniteur de surveillance ou couramment appelé « scope » est un dispositif médical affichant de manière continue les paramètres de surveillance sur un écran. Il est, de plus, équipé d'alarmes de différents niveaux de gravité réglable selon le profil du patient et permettant d'alerter en fonction du problème détecté. La ventilation artificielle est assurée par un respirateur, ce dernier envoie de l'air dans les poumons par l'intermédiaire d'une sonde trachéale positionnée dans la trachée du patient. Ainsi, le sang peut être oxygéné et le gaz carbonique éliminé, les échanges gazeux sont restaurés. Le respirateur est muni d'un système de surveillance continue, lorsqu'un problème est détecté cela entraîne l'activation d'alarmes (Assistance Publique Hôpitaux de Paris, s. d.).

Le scope et le respirateur sont les deux dispositifs engendrant le plus de nuisances sonores en unité de réanimation. Le patient est entouré de dispositifs médicaux permettant de surveiller un grand nombre de paramètres et autant d'alarmes susceptibles de retentir.

### 1.5. Le ressenti émotionnel du patient face à son environnement

En tout point, l'admission et la sortie d'un patient en service de réanimation sont des situations stressantes pour ce dernier. Kentish-Barnes et Chaize (2010) décrivent un patient de réanimation comme étant vulnérable et dépendant, présent dans un contexte médical agressif et peu réconfortant. Ce dernier éprouve en permanence un sentiment de menace vitale.

Un communiqué de presse du CHU de Rennes et du groupe Philips (2022) expose que le bruit engendré par les alarmes du respirateur et du scope peuvent occasionner une source de stress pour les patients hospitalisés en réanimation. Il se pourrait même que suite à « plusieurs études » il existe « une possible corrélation entre le bruit et l'apparition d'un delirium, lui-même associé à une mortalité plus élevée, une durée de séjour rallongée ou encore l'apparition de troubles cognitifs sur le long terme ».

L'impact qu'engendre le bruit sur le patient peut potentiellement modifier la relation que le patient a avec son environnement voire même sa relation avec les soignants.

## 2. La relation soignant-soigné

Manoukian et Massebeuf (2008) posent le concept de base pour exprimer la nature de la relation, c'est-à-dire le lien. En effet, ces derniers abordent la relation comme « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ». Ils ajoutent qu'« au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens » (p. 9).

La relation est étroitement liée à la communication. « La parole n'a pas de pouvoir en soi », les échanges humains et la relation qu'entreprennent le patient et le soignant font de la communication une place fondamentale dans la relation soignant-soigné (Bioy et al., 2013, p.25). De ce fait, si la communication est de bonne qualité, la relation en sera toute autant, chacun pourra exprimer ses préoccupations, ses besoins et ses préférences. À l'inverse, une communication difficile entraînera une relation tendue et chargée de jugements et d'incompréhension (CHU de Nantes, s.d, p.22).

## 2.1. La place de relation en réanimation

Depuis maintenant de nombreuses années, « la profession infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins ». La relation soignant-soignée a évolué par rapport à autrefois, dans les soins, il est plus « question de technique, de protocole et d'instrumentation des soins que de relationnel. » (Formarier, 2007). Les soignants se trouvent alors devant un dilemme entre leurs valeurs professionnelles et la charge de travail imposée par le nombre de patients, les prescriptions médicales à appliquer et les imprévus toujours présents dans les soins.

En réanimation, la relation est en grande partie impactée par la communication le plus souvent à sens unique et rendue compliquée par la ventilation mécanique ou bien l'état neurologique du patient. « Pour le personnel soignant, la difficulté de communiquer avec les patients peut être frustrante. » (Glemée et al., 2019).

Des adaptations par rapport aux services conventionnels sont mises en place afin de préserver les soins relationnels et d'instaurer une relation de confiance entre le soignant et le patient. Ainsi, la communication non verbale est le moyen le plus adapté en réanimation devant un patient intubé et donc non communicant verbalement ou ayant une diminution de la vigilance due aux sédations. Le toucher relationnel est également une façon de rentrer en relation avec le patient (Novosad, 2016). Cependant malgré cela, certains éléments perturbateurs se trouvant dans l'environnement proche du patient peuvent impacter la relation soignant-soigné.

## 2.2. Le bruit, un obstacle à la relation

Selon l'Institut national de recherche et de sécurité (2022), « on parle de bruit lorsqu'un son ou un ensemble de sons est perçu comme gênant [...]. Au-delà d'une certaine limite (niveau sonore très élevé), tous les sons sont gênants voire dangereux, même les sons agréables comme la musique ». Le bruit est mesuré physiquement en décibels (dB). Le niveau habituel de conversation se situe à 50 dB. Quant au seuil de nocivité (pour une exposition de plus de 8h par jour), le niveau se situe à 80 dB.

### 2.2.1. Le bruit côté patient

Depuis 2007, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande des normes sonores pour les services hospitaliers à raison de 35 décibels le jour et 40 décibels la nuit. Or, le bruit auquel le patient de réanimation est soumis dans sa chambre est nettement supérieur à ces normes (APMnews - Réanimation: le bruit dans les chambres très supérieur aux normes, 2012). Selon une étude menée dans un service de réanimation polyvalente d'un hôpital à Paris, « le niveau sonore minimal continu

était de 50 dB que la porte soit ouverte ou fermée [...]. De plus, les alarmes atteignaient 86 dB ». (Infirmier.com, 2012).

Le bruit présent en réanimation peut engendrer du stress ou de l'inconfort pour le patient à court terme et également entraîner des perturbations du sommeil. Chez certains patients, de l'anxiété voire même de l'angoisse peut être générée suite aux bruits émis par les alarmes des dispositifs de surveillance et de suppléances présents dans la chambre (Degorre et al., 2017).

### 2.2.2. Le bruit côté soignant

Raffier-Peres et Estryn-Behar (2015) se sont intéressés aux bruits présents en service de réanimation, ils ont réalisé une mesure de l'exposition aux bruits auxquels les soignants sont exposés sur une journée entière. Ils ont relevé qu'à différents moments de la journée, le niveau sonore fluctue et atteint des niveaux de décibels importants. Ces derniers sont hors des normes préconisées par l'OMS. En effet, « au poste central de surveillance pendant l'activité habituelle on mesure 67,6 dBA, pendant la relève 74,3 dBA et pendant la réunion sur dossiers 61,6 dBA » (Raffier-Peres & Estryn-Behar, 2015).

En moyenne, dans un service de réanimation, c'est entre 150 et 350 alarmes qui sonnent par jour et par lit. Or parmi ces dernières, le groupe Philips relève que 83% des alarmes sonores ne nécessitent pas d'intervention et 85% sont considérées comme cliniquement non pertinentes. (Philips, 2020)

« Les sons émis par les alarmes des dispositifs médicaux ou de la ventilation régnant en réanimation » peuvent devenir néfastes et occasionner de l'anxiété voire de l'angoisse pour les professionnels de santé. Le bruit du respirateur ou encore des alarmes des moniteurs crée des dégradations des conditions de travail chez le personnel soignant (Degorre et al., 2017).

### 2.3. L'impact du bruit

Qu'il soit sur le lieu de travail ou sur la voie publique, le bruit peut occasionner des accidents pour plusieurs raisons. En effet, ce dernier « masque les signaux d'alertes (un piéton écoutant de la musique avec des écouteurs n'entend pas les voitures arriver), il perturbe la communication verbale, il détourne l'attention et est source de distraction » (Ameli, 2022).

Le sommeil peut être affecté par le bruit, il allonge le temps d'endormissement, rend le sommeil plus agité (réveils nocturnes, nombreux mouvements) et peut rendre le réveil plus matinal et difficile. Ainsi, la perturbation du sommeil lié aux bruits engendre une cascade de conséquences sur la journée telle que la sensation d'avoir mal dormi, la somnolence dans la journée, une fatigue permanente, un manque de concentration et de performance dans son travail au quotidien (Ameli, 2022).

Les bruits répétés peuvent avoir un impact sur le système cardiovasculaire. En effet, le bruit peut générer du stress et déclencher une réaction au niveau du corps, notamment la libération d'hormones (cortisol et adrénaline) ce qui potentialise le risque de développer des maladies cardiovasculaires.

Dans les soins et plus particulièrement dans un service de réanimation, « 55% du personnel infirmier pense que le bruit a un impact sur leur travail. » (Philips, 2020). Le nombre important d'alarmes générées par les systèmes de surveillance (scope) et de suppléance (respirateur) entraînent une réduction du taux de réponse des professionnels de santé et un allongement du temps de réaction. De ce fait, l'exposition des soignants à un nombre excessif d'alarmes engendre une fatigue liée à ces alarmes (Philips, 2020).

« Ignorer une alarme peut porter préjudice au patient voir mettre sa vie en danger. » (Ruskin, K.J., & Bliss, J.P., 2019). Ainsi, si les alarmes impactent les soignants, elles impactent indirectement les patients.

### 3. Le soignant de réanimation

#### 3.1. Les compétences infirmières

L'infirmière de réanimation doit être capable de maîtriser un grand nombre de gestes et à effectuer autant de soins et de surveillances spécifiques aux patients présents de ce même service. Le soignant assure les surveillances et les mesures hémodynamiques, respiratoires, les soins des patients intubés-ventilés, l'administration de thérapeutiques (du type catécholamine), les soins de confort et d'hygiène, etc. (Aissani, 2006).

Cependant, Lailia Aissani (2006), affirme que la formation initiale dispensée durant trois ans n'est pas suffisante pour prendre un poste sereinement dans un service de réanimation du fait, notamment, d'un manque de connaissances sur les appareils de monitoring (scope) ou de suppléance d'organe (respirateur).

Pourtant, les articles R.4311-5 et R.4311-7 mentionnent que l'infirmier doit être capable d'effectuer :

- « Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé » ;
- « Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin » ;
- « Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier étant effectué par un médecin » ;
- « Mesure de la pression veineuse centrale » ;
- « Vérification du bon fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils », etc.

Selon Christensen, Doods, Sauer et Watts, les infirmières ayant le moins d'expérience admettent manquer de compréhension et de connaissances sur l'importance de moduler des paramètres, alors que Wung et Schatz affirment que les jeunes infirmières acceptent davantage la présence d'alarmes, car elles seraient moins confiantes (Milhomme, D. & Pomerleau, E, 2020).

Ainsi, l'infirmière peut être confrontée à éprouver de l'appréhension voire du stress face à certaines prises en soins et situations au sein du service de réanimation.

### 3.2. Définition du stress

Pour la première fois, le stress est étudié dans les années 1920 par Hans Selye, endocrinologue. Ce dernier est alors étudiant en médecine, lorsqu'il trouve une similitude chez tous ses patients. Selon lui, ils subissaient tous un stress physique provoqué par la maladie. En découle par la suite, la première définition du stress comme étant « une contrainte non spécifique sur le corps causée par des irrégularités dans son fonctionnement normal » (CESH, 2019). Or selon le site du centre d'études sur le stress humain (2019), de nombreux chercheurs sont en désaccord avec Selye sur le phénomène « non spécifique » car pour eux, le stress est subjectif et propre à chaque individu. Ce qui stress une personne ne va pas forcément être le cas pour une autre personne.

Ainsi on peut définir le stress comme une « agression de l'organisme par un agent physique, psychique, émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation » (FRC, s.d)

Des hormones seraient également impliquées dans le mécanisme du stress. De ce fait, une cascade d'événements biologiques se produit dans tout le corps suite à l'action de deux hormones : le cortisol et l'adrénaline. Le cortisol permet au corps de transformer la graisse en sucre afin de disposer des ressources nécessaires pour affronter le danger. Quant à l'adrénaline, sa sécrétion entraîne une série de réponses physiologiques immédiates dans l'ensemble du corps : accélération du rythme cardiaque, hausse de la pression artérielle ainsi qu'une dilatation des pupilles (Beifuss & Le Sueur-Almosni, 2018, p.308-312).

Ces réactions biologiques proviennent toute du même exécuteur : le cerveau et plus particulièrement le système nerveux central. « Selye comparait notre cerveau à une banque munie d'un système d'alarme reliée à un poste de police. Quel que soit le mode d'effraction pour pénétrer cette banque, l'alarme est déclenchée et entraîne l'intervention de la police. » (Boissières-Dubourg, 2012, p.32). Il nomme cette réaction le « syndrome général d'adaptation » (SGA). Le SGA est décliné en trois phases, la phase d'alarme, la phase de résistance puis la phase d'épuisement.

Les alarmes sonnent pour avertir le soignant d'un problème (phase d'alarme), le soignant traite l'alarme en l'inhibant et en traitant le problème associé (phase de résistance), au bout d'un moment les alarmes deviennent nuisibles, elles n'ont plus la fonction « d'alarme » et le soignant ne les entendent plus (phase d'épuisement) (INRS, 2017).

Le stress est bon jusqu'à un certain point. Ce dernier peut passer du statut protecteur (= alarme) au statut perturbateur voire handicapant. Selye divise le stress en deux familles : le « bon » et « mauvais » stress.

Le mauvais stress utilise principalement de l'énergie pour la part émotionnelle et très peu pour l'action. De cette façon, la personne se fatigue inutilement, « l'énergie dépensée est disproportionnée par rapport à la réaction utile », des conséquences psychologiques et somatiques peuvent se développer à moyen et long terme. À l'inverse, le bon stress « correspond à une dépense énergétique adaptée à l'action et minimale pour l'émotion » (Cungi, 2012).

### 3.3. Les répercussions sur le soignant

D'un individu à un autre, la réaction face au stress va différer (Hesbeen, 1997). Dans un service de réanimation, le stress présent chez certains soignants peut être du bon ou du mauvais stress.

Selon le groupe Philips, un environnement de travail stressant et bruyant contribue au surmenage du personnel. « Le personnel infirmier passe environ 10% de sa journée de travail à répondre à des alarmes qui ne sont pas cliniquement pertinentes. » (Philips, 2020).

Le stress peut avoir un impact négatif sur la confiance en soi des soignants. Lorsque les soignants sont confrontés à un stress prolongé, ils peuvent ressentir de l'anxiété, de la frustration et de l'épuisement, ce qui peut affecter leur confiance en leur capacité à prendre soin des patients de manière adéquate dans certaines situations. Cela peut à moyen ou long terme conduire à une diminution de la qualité des soins. (Ponchet & Geeraerts, 2011).

Le stress et la confiance en soi sont deux facteurs interconnectés pour les soignants. Les soignants de réanimation font face à un environnement professionnel stressant en raison de la nature de leur travail qui implique la prise en charge de patients dans des états pathologiques graves comprenant des procédures diagnostiques et thérapeutiques complexes avec des moyens techniques sophistiqués, et une évolution rapide des connaissances ce qui exige une coordination importante entre les différents professionnels de santé. (Laurent & Capellier, 2018).

D. Raffier-Peres et M. Estry-Béhar explique qu'une infirmière de réanimation est accompagnée un cinquième de son temps par le bruit des alarmes au cours de sa journée. « Qu'il s'agisse d'une alarme

rouge ou non, même si l'activité en cours n'est pas forcément interrompue, le cours de la pensée l'est, car chaque soignant cherche toujours à identifier l'origine de l'alarme, la cause et la gravité. » (Raffier-Peres & Estryn-Behar, 2015).

Cependant, tant que l'alarme persiste, l'infirmière continue à l'entendre, elle n'est donc pas concentrée à la tâche qu'elle est en train de réaliser. En découle une « exposition stressante » qui « ne cesse quasiment jamais [...] » (Raffier-Peres & Estryn-Behar, 2015).

Les alarmes fréquentes peuvent causer de la fatigue chez le personnel soignant, qui doit y répondre rapidement et efficacement, ce qui peut affecter leur vigilance et leur capacité à fournir des soins de qualité. Ces dernières peuvent également causer une surcharge sensorielle chez le personnel soignant, ce qui peut les rendre moins attentifs aux signaux importants. Cela peut entraîner des erreurs médicales qui pourraient mettre en danger la vie des patients. (Seifert et al., 2021)

### 3.4. Les leviers

La gestion des alarmes est un problème complexe qui peut être travaillé au sein des services de réanimation.

L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) (2020) liste plusieurs recommandations sur l'utilisation des systèmes de monitoring cardiorespiratoire (= scope).

- Paramétrer les alarmes en fonction des besoins du patient afin d'éviter les fausses alarmes et d'améliorer la précision des alarmes.
- Mettre en place des protocoles de surveillance écrits pouvant inclure des instructions sur la fréquence de surveillance, les seuils d'alarmes appropriés et les actions à faire en cas d'alarme.
- Vérifier la configuration après toute action sur les équipements.
- Former les nouveaux soignants et renouveler la formation de manière régulière pour les équipes soignantes

Pour attirer l'attention, il est souvent pensé que le niveau sonore des alarmes doit être le plus fort possible. Or selon une étude expérimentale, les alarmes n'ont pas besoin d'être à un niveau plus élevé que le bruit ambiant ainsi le volume sonore des alarmes peut être diminué tout en restant audible pour les soignants et permettre ainsi la réduction du niveau sonore global (Schlesinger et al., 2018).

Une étude réalisée sur la relation entre la charge de travail perçue et le taux de réponse aux alarmes met en évidence que lorsqu'une modification des paramètres d'alarmes est adaptée au patient, le soignant ressent une charge de travail moins importante et moins de stress. L'étude démontre également que les alarmes superflues, telles que plusieurs alarmes pour le même problème, peuvent être épuisantes pour les professionnels de santé et causer des erreurs de diagnostic c'est pour cela

qu'en désactivant ces alarmes superflues et en réalisant une simple adaptation des limites d'alarmes cela améliore la réactivité aux alarmes et diminue la fatigue liée à ces dernières (Shanmugham et al., 2018).

Certains artefacts liés aux dispositifs médicaux peuvent générer de fausses alarmes notamment les capteurs de saturation lorsqu'ils sont trop lâches ou mal positionnés ou encore les électrodes du scope. L'adaptation des dispositifs médicaux doit également être prise en compte dans la prise en soin du patient pour ainsi limiter les alarmes non pertinentes et intempestives (Keith J. Ruskin & James P. Bliss, 2019).

#### **IV. La méthodologie menée pour réaliser les entretiens**

Afin de confronter la théorie à la pratique ou les écrits au terrain, j'ai souhaité réaliser mes entretiens auprès d'infirmiers exerçant en réanimation médicale. J'ai eu l'occasion de travailler avec ces deux derniers au cours de mon stage de troisième année.

J'ai fait le choix d'interviewer une infirmière jeune diplômée et un infirmier ayant plus d'expérience en réanimation. Je souhaitais m'entretenir avec deux soignants ayant une expérience différente afin de voir leur positionnement face aux bruits liés aux alarmes et l'impact que ces dernières pouvaient avoir sur eux.

Mon premier soignant était une évidence suite à notre collaboration lors de mon stage cependant je n'avais pas de piste pour l'entretien avec l'infirmière jeune diplômée. C'est grâce à ce premier que j'ai pu avoir un contact avec cette dernière.

J'ai pu convenir d'un créneau pour réaliser les deux entretiens dans de bonnes conditions. L'infirmière étant de nuit m'a demandé de faire notre entretien par visio. Quant à l'infirmier, j'ai pu le retrouver dans son service pour réaliser l'entretien. J'ai pu enregistrer mes deux entretiens à l'aide du dictaphone de mon téléphone avec leur accord.

En amont, je me suis appuyée sur mon cadre théorique pour construire mon guide d'entretien. J'ai choisi de conduire des entretiens semi-directifs pour mener une enquête qualitative. Ce type d'entretien permet aux soignants de répondre librement et d'exprimer leur point de vue par rapport aux questions posées.

Plusieurs objectifs alimentaient la conduite de mes entretiens. Je souhaitais connaître le ressenti et le positionnement des soignants face aux alarmes. De plus, je souhaitais voir si la différence d'expérience changeait le positionnement et le ressenti du soignant, connaître l'éventuel impact que

les alarmes pouvaient avoir sur la prise en soin du patient et les solutions qui pouvaient être mise en place. De manière plus globale, j'avais la volonté de mettre en regard ce que les auteurs ont pu exposer lors de mes recherches et ce que les soignants ont pu exprimer lors des entretiens.

J'ai rencontré quelques difficultés lors de la réalisation des entretiens. Tout d'abord, j'étais stressée par l'enjeu qui se trouvait derrière ces derniers avec la peur de ne pas avoir assez d'informations pour analyser les données. J'ai eu des difficultés à ne pas ajouter de questions supplémentaires pour orienter les réponses et faire dire aux soignants ce que je souhaitais qu'ils disent. Lors de l'entretien en visio, j'ai été surprise de constater que l'interface avait changé, je n'avais plus la possibilité d'enregistrer le meet, j'ai donc dû enregistrer avec mon téléphone, collé au micro de mon ordinateur cela a généré un stress supplémentaire. Lors de la transcription du deuxième entretien, je me suis aperçue que j'avais oublié de poser une question à l'infirmier, je lui ai donc envoyé un mail en lui posant cette question.

En prenant du recul sur le choix des soignants pour les entretiens, je pense qu'il aurait fallu interviewer une infirmière ou un infirmier avec un petit peu plus d'expérience ou alors un troisième soignant. En effet, l'infirmière jeune diplômée n'avait pas encore assez d'expérience dans le service pour apporter des données précises ou du moins que je recherchais. Sur la manière de conduire les entretiens, je me suis sentie plus à l'aise en réalisant l'entrevue en présentiel qu'en distanciel.

Suite à la transcription des entretiens, j'ai construit un tableau d'analyse afin de regrouper les données intéressantes, similaires et contradictoires qui pouvaient s'en dégager et ainsi les exploiter avec plus de facilité.

## **V. L'analyse des entretiens**

### **1. Présentation des soignants**

Les entretiens réalisés auprès des deux soignants vont venir compléter l'apport théorique vu en amont. Manon est une jeune infirmière diplômée depuis juillet dernier. Suite à son diplôme, elle a choisi de travailler en réanimation médicale. Nicolas est infirmier depuis 23 ans. Il a fait plusieurs services avant d'arriver en réanimation médicale telle que les urgences et une soixantaine de services différents en intérim. Nicolas travaille en réanimation depuis 17 ans, il a d'abord exercé durant 15 ans de nuit puis il est passé de jour depuis 2 ans. Pour lui, la nuit, les interruptions de tâches sont moins importantes qu'en journée. Il se dit « beaucoup plus maître de son organisation » la nuit que le jour.

Pour ces deux soignants, leur appétence pour la réanimation s'est révélée lors de leur formation au cours d'un stage en troisième année. Ces deux derniers avaient besoin d'un service en mouvement avec de la technicité. Comme le dit Manon : « je n'étais pas faite pour un service de soins classique où c'est un peu redondant et où c'est toujours la routine ».

## 2. La vision des soignants sur la sédation et l'impact sur la relation soignant-soigné

La visée de la sédation, pour Manon, repose sur la recherche du problème, elle va permettre de « voir comment on va prendre la prise en charge ». Manon insiste sur la notion de confort que peut apporter la sédation au patient. Tandis que pour Nicolas, la sédation permet d'« assurer l'hématose » et d'« assurer l'oxygénation des organes, des tissus qui n'est plus assurée en raison d'une défaillance qu'elle soit pulmonaire, cardiaque, septique, hémorragique ». Ce dernier ajoute que la sédation est « un des moyens qui nous permettent de contrôler tous les paramètres physiologiques du patient ». Les soignants s'accordent à dire que la régulation de cette sédation va dépendre du patient et de sa pathologie. De plus, ils ajoutent que cette régulation repose sur des critères médicaux « qui ont été définis par la recherche ». Nicolas nous donne comme exemple pour appuyer ses propos : un patient admis pour un SDRA « ça va être 48h de curarisation avant de voir au niveau pulmonaire ce qui se passe et en fonction de la FiO<sub>2</sub>. Si on arrive à baisser la FiO<sub>2</sub>, on va peut-être faire un essai de décurarisation et de désédation.

Les deux soignants admettent que le patient doit être sédaté le moins longtemps possible au vu des potentiels effets secondaires. Nicolas expose ces derniers comme étant « les effets liés au décubitus, aux infections des poumons liées à la sédation et à l'intubation ».

Lorsque les soignants sont confrontés à un patient de réanimation, le plus souvent sédaté et intubé, ils ressentent des difficultés dans leurs relation soignant-soigné. Pour Nicolas et Manon, en fonction du niveau de sédation des patients, les difficultés à comprendre ces derniers sont importantes. Manon s'exprime à plusieurs reprises à ce sujet : « tu ne les comprends pas, ils ne comprennent pas », « tu n'arrives pas à comprendre s'ils ont des douleurs, s'ils comprennent où ils sont », « Tu n'arrives pas à vraiment comprendre ses besoins ». Nicolas appuie plus ses difficultés sur l'orientation des propos des patients : « les patients essaient de nous dire des choses en fait qui ne sont pas du tout contextuelles, ce n'est pas par rapport à leur position, à leur confort, à leur douleur et ça c'est assez difficile à comprendre ».

Les deux soignants interrogés ajoutent une autre difficulté face au patient intubé-sédaté, la communication. Comme Manon l'expose : « quand ils sont sédatés, s'ils sont vraiment bien sédatés il n'y a pas vraiment de communication [...] qu'elle soit verbale ou non verbale ». De cette façon, les soignants s'accordent à dire que la relation est à sens unique : « il n'y a pas de retour en face quoi et là, la relation, elle va que dans un sens au final ». Nicolas ajoute que certains patients peuvent présenter des délires ou être choqués par leur arrivée en réanimation mettant à mal la mise en place ou la continuité de la relation soignant-soigné. De plus, il explique que pour lui « la relation soignant-soigné [...] est importante dans le soin et si on n'arrive pas à la mettre en place [...] là ça devient difficile au niveau relationnel ».

Les difficultés liées à la sédation impact indéniablement la relation soignant-soigné pour ces deux soignants de réanimation. Cependant, ces deux derniers n'ont pas le même ressenti face à cet impact. Pour Manon, c'est le sentiment de frustration qui est présent lorsqu'elle s'occupe d'un patient intubé-sédaté qui ne peut pas lui parler et qu'elle ne peut pas comprendre, mettant à mal sa relation soignante avec ce patient. Quant à Nicolas l'incertitude et le doute prennent plus leur place face à ce même patient. Ne pas savoir si ce qui est fait est la bonne chose pour le patient mais « dans le doute en fait il faut le faire même si en fait ça n'atteint pas son cerveau ». Il aborde également le côté interprétatif que chaque soignant peut avoir face à un patient de réanimation que Manon n'avait pas souligné : « chaque soignant va comprendre quelque chose de différent, chaque patient pour un même symptôme, que ce soit une douleur par exemple, va l'exprimer différemment ».

### 3. La représentation émotionnelle du patient par le soignant

Les deux soignants interrogés sont tous les deux d'accord pour définir le service de réanimation comme un endroit très stressant pour le patient. Comme nous l'explique Nicolas, la réanimation est un « environnement technique avec le scope, le respirateur, les pousse-seringues » ainsi « le bruit est important, lié au nombre de soignants, aux alarmes des différents dispositifs médicaux ». Cela paraît donc évident lorsque les deux soignants décrivent les patients de réanimation comme stressés, angoissés voire même parfois apeurés.

Selon Nicolas, « la réaction émotionnelle d'anxiété est adaptée à la situation ». En effet, lorsqu'ils décrivent l'environnement de réanimation ces deux soignants insistent à de nombreuses reprises sur le fait que c'est un service très anxiogène et stressant voire même, d'après Nicolas, que « le passage en réanimation est générateur de stress post-traumatique chez la majorité des patients ».

Nicolas aborde d'autres émotions qu'il retrouve chez certains patients notamment liés aux « soins prodigués » en réanimation car pour lui, ils « sont générateurs de nombreux inconforts : immobilisation, prise de sang, incontinence, faim, soif ... » et « cela peut faire émerger des sentiments de honte, de colère ou de replis sur soi, de dépression. ». Selon ce même soignant, « l'environnement de la réanimation est [...] le miroir de la gravité de leur état de santé. »

Manon et Nicolas appuient plusieurs fois sur l'importance du bruit généré par les alarmes qui est une source de stress pour le patient. Au-delà du patient le bruit est également présent dans le quotidien du soignant.

### 4. Le bruit, l'ennemi commun

Lorsque la question par rapport à la perception du bruit au sein du service de réanimation a été posée aux deux soignants, ces derniers ont directement abordé le bruit généré par les alarmes. Pour

Nicolas, cela le « dérange beaucoup », il perçoit le bruit « d'une manière très désagréable ». Les deux soignants sont convaincus que cela impacte leur quotidien.

Manon s'exprime sur la fatigue éprouvée à la fin d'une journée ou d'une nuit lorsque les alarmes ont sonné à répétition, elle dit même en avoir « plein la tête ». Quant à Nicolas, « ça m'arrivait de me coucher, de fermer les yeux et d'entendre les alarmes », « ça a un impact très fort ». Selon Manon, le bruit généré par les alarmes augmente deux fois plus la fatigue du soignant. En plus de la fatigue ressentie par ce dernier, Nicolas aborde l'alarme fatigue qui correspond au « risque de rater des alarmes », il explique qu'à force d'entendre des alarmes à longueur de temps au bout d'un moment « on ne va pas s'en rendre compte et on va rater une alarme importante ». Pour cet infirmier, il faut que « les alarmes qui sonnent soient des alarmes pertinentes et qu'elles entraînent une réaction derrière » quant aux « alarmes non pertinentes, il faut absolument les éliminer enfin au maximum ».

Le bruit présent au sein du service est selon les soignants une source de stress supplémentaire pour le patient. Nicolas explique que s'il était patient et qu'il entendait les machines censées le surveiller faire autant de bruit, il se demanderait forcément s'il n'était pas en train de se passer quelque chose de grave en découle une succession d'émotions : stress, angoisse, peur. Pour Manon, le bruit perpétuel du service a un impact sur le patient, même le patient inconscient. Cependant, elle ne saurait vraiment comment l'expliquer mais pour elle, c'est une forte hypothèse.

Ces deux infirmiers sont d'accord pour dire que le bruit a un impact dans la relation soignant-soigné notamment par rapport aux interruptions de pensées et de tâches. Manon explique que lorsqu'une alarme sonne, elle perd sa concentration : « je ne vais plus être concentrée sur ce que je fais, je vais être concentrée sur l'alarme qui est en train de sonner, me demander pourquoi ça sonne », « on arrête ce que l'on fait avec le patient pour aller voir », « même si on est en train de parler avec un patient, même un patient pas intubé, s'il a une alarme qui se met à sonner on va arrêter ce que l'on fait ». Elle ajoute « notre attention ne va plus être portée sur la même chose. Elle va être portée sur l'alarme qui est en train de sonner ».

Nicolas raconte qu'il a dû arrêter un soin à cause d'une alarme rouge, « sur un bilan sanguin ça m'est arrivé de lâcher mes tubes et de repartir, d'aller voir ce qui sonnait ». Pour lui comme pour Manon, les alarmes sont « stressantes » surtout lorsqu'il s'agit d'une alarme rouge, « quand elle est rouge, il n'y a pas de délai, on est obligé d'arrêter ce que l'on est en train de faire ». Ce dernier ajoute que « les alarmes génèrent pas mal d'interruptions de tâches parce que l'on est obligé d'arrêter ce que l'on fait pour s'assurer de ce qui se passe, surtout les alarmes rouges ».

Ainsi pour les deux soignants interrogés, le bruit généré par les alarmes a des répercussions sur leurs relations soignant-soigné telles que des interruptions de tâches, « du stress », « de la fatigue et de la déconcentration » voire pour Nicolas une « lassitude parfois qui va avec l'alarme fatigue ». Les deux soignants prennent le même exemple pour expliquer l'inconvénient des alarmes : les capteurs de

saturation. Selon Manon, c'est l'une des alarmes qui sonnent le plus souvent dans une journée. Les pinces ou capteurs à saturation peuvent se détacher ou tomber du doigt du patient, ce qui génère une alarme bleue (problème technique). Cela peut arriver plusieurs fois dans une même journée et, comme l'exprime Nicolas, « c'est lassant à force ».

Cette multitude d'alarmes peuvent causer des tensions au sein même du service. Nicolas pense que cela peut avoir des répercussions dans les relations entre collègues. En reprenant les propos de ce dernier, il dit que travailler dans un environnement bruyant peut « faire monter la pression [...] les uns [...] contre les autres ». Il est donc important pour ces deux soignants de faire le nécessaire pour éviter que les alarmes soient non pertinentes et incessantes pour le bien-être du patient et des soignants.

## 5. Les définitions du stress selon les soignants et son impact dans leur travail

De nombreuses fois, les soignants ont abordé le stress. Il est intéressant de se pencher sur leur propre définition du stress. Nicolas donne comme définition « un état d'hyper vigilance désagréable, qui nous fait sortir de notre zone de confort ». Il distingue deux types de stress :

- Le stress positif qui va être source de motivation permettant d'avancer sur sa journée par l'anticipation des soins et de garder une certaine vigilance.
- Le stress négatif qui va survenir lorsque le soignant est submergé ou dépassé par la charge de travail et les imprévus de la journée.

Il est plus difficile pour Manon de donner une définition du stress. Elle ne se dit pas stressée dans la vie quotidienne, cependant elle admet avoir éprouvé du stress en tant que jeune infirmière en réanimation. Elle évoque le stress dans les situations d'urgence comme un « mélange d'adrénalines » où, pour elle, il est évident de ressentir ce dernier. Manon définit ce stress comme non paralysant et bénéfique dans ce genre de situation car il l'aide à aller vite. Nicolas ajoute que le stress a « un effet tunnel » « qui te fait focaliser sur le problème et la résolution ».

Nicolas reconnaît que les alarmes sont des éléments générateurs de stress : « ce qui me stress c'est que quand il y a beaucoup d'alarmes qui sonnent on peut rater une alarme véritable parce qu'on va s'habituer » « ça sonne en continue dans le service ». Le stress qu'exprime Nicolas par rapport aux alarmes n'est pas ressenti ou alors pas exprimé par Manon. Cependant, Nicolas ajoute que pour lui, il existe peut-être une disparité dans le ressenti face aux bruits générés par les alarmes.

Ce même soignant aborde la période COVID comme très stressante. Le stress était devenu permanent voire chronique. Lorsque Nicolas relate cette période, il ne voit que la présence d'un stress négatif, contreproductif et épuisant. Cela montre que la COVID a également laissé des traces chez les soignants.

## 6. Manque de formation rime avec alarmes à répétition ?

Les deux soignants s'accordent à dire qu'il réside un manque de connaissances à la sortie du diplôme empêchant une arrivée confortable au sein du service de réanimation. Nicolas ajoute que ce problème est même « plus large » et non « spécifique à la réanimation ». Les soins techniques et les connaissances sont les deux points qu'il faudrait élargir durant la formation notamment avec la création d'un « module réanimation » comme le suggère Nicolas ou encore « une formation complémentaire pour les infirmiers de réanimation ». Manon rejoint Nicolas sur ces idées car comme l'exprime cette infirmière : « tu as trop de nouveautés d'un coup ».

Indéniablement, toutes ces nouveautés, ces connaissances et ces techniques propres à la réanimation génèrent un stress chez le soignant. Nicolas se confie sur ces craintes lors de ses débuts en réanimation : « j'avais la boule au ventre ». Tout comme Manon qui stressait lorsqu'elle devait se rendre au scanner avec un patient intubé et sédaté.

Nicolas soulève un point intéressant par rapport à l'absence de formation pour les professionnels confrontés aux différents appareillages présents en réanimation. Cet infirmier nous explique que les soignants n'avaient pas eu de formation pour apprendre et comprendre l'utilisation des scopes et des respirateurs. Cette méconnaissance serait une des causes aux nombreuses alarmes non pertinentes du service selon Nicolas.

## 7. Les contres attaques des soignants face aux alarmes

Conscient de ces lacunes collectives, le service dispense dorénavant une « formation obligatoire pour tous les nouveaux arrivants ». En ce qui concerne les soignants déjà en poste, ils ont également eu cette même formation. D'après Nicolas, suite à ces dispositifs, « même les aides-soignants savent se servir des scopes, ils savent la différence entre inhiber une alarme et pause alarme pendant 3 minutes ou 5 minutes », « ils savent comment bien positionner les électrodes et ça aussi ça génère moins d'alarmes ».

Nicolas et Manon s'accordent à dire qu'il serait possible de mettre en place certains moyens pour diminuer la présence des alarmes. L'utilisation du paramétrage par défaut ou le réglage des alarmes sont des choses qu'utilisent les deux soignants interrogés. Manon se fie aux objectifs du patient de manière à pouvoir régler les alarmes et éviter que ces dernières se déclenchent inutilement. Nicolas explique qu'il effectue tous les matins un check-up de ses alarmes « de manière assez serré au départ » puis « si on voit que ça sonne, on peut les élargir en fonction des soins de la journée ».

Ce même soignant nous indique que certains soins peuvent engendrer des alarmes comme la toilette puisqu'il faut changer les électrodes, le prélèvement artériel ou encore la fibroscopie bronchique.

Ainsi, pour éviter cela, les soignants inhibent les alarmes relatives à l'appareil concerné pendant le soin évitant le déclenchement d'une alarme non pertinente. Nicolas et Manon s'accordent à dire qu'il faut « aller rapidement inhiber l'alarme et de ne pas la laisser sonner », une fois l'alarme connue, il faut comprendre pourquoi elle sonne.

Malgré ces moyens, Manon admet que parfois les alarmes ne font « que de sonner ». Elle donne un exemple d'un patient qui « mord sur le tube ». Nicolas donne celui d'un patient faisant de la tachycardie ventriculaire, l'alarme sonne donc à de nombreuses reprises mais rien ne peut être fait pour éviter l'alarme.

Le but des soignants dans les moyens utilisés est de diminuer les alarmes non pertinentes car selon Nicolas, « il y a des conséquences à laisser les alarmes sonner pour nous ».

## **VI. Discussion**

Suite à l'élaboration du cadre théorique et à l'analyse des entretiens, la suite de ce travail de recherche va à présent reposer sur une discussion composée de trois acteurs : les auteurs, les professionnels et moi-même. Pour cela, je vais élaborer mes propos en déroulant des moments clés d'une journée de soin.

### **1. L'arrivée dans un « autre monde »**

Je débute ma journée à 7<sup>h</sup> par les transmissions effectuées par l'équipe de nuit. Je n'ai qu'un seul patient à prendre en soin pour débiter la journée. J'ai ainsi le temps d'aller faire ma prise de poste et mon premier tour de surveillance auprès de mon patient avant qu'une potentielle entrée arrive.

Les patients arrivent très souvent dans un état critique et beaucoup de soins s'enchaînent au cours des premières heures. L'arrivée du patient en réanimation peut être brutale pour lui-même. Nicolas, infirmier interviewé, décrit le service de réanimation comme « un environnement technique avec le scope, le respirateur, les pousse-seringues ». Laurent et al. (2015) ajoute que la dépendance aux dispositifs de suppléance d'organes et de surveillance s'impose très rapidement et brutalement au patient.

Un appel de la régulation nous informe qu'une entrée pour une décompensation BPCO va arriver d'ici peu. Très rapidement, après son arrivée, la patiente, Madame S. est placée sous VNI. L'alarme du scope ne cesse de sonner, elle désature. Madame S. est très inconfortable, elle est polypnéique, en sueur et n'arrive pas à s'exprimer. L'alarme de la fréquence respiratoire ainsi que celle de la saturation sonnent encore et encore. Son regard me transperce, elle a l'air terrifiée. Voyant l'état de la patiente se

dégrader, l'interne décide d'intuber Madame S., en amont, une sédation et une curarisation sont réalisées.

Manon, infirmière interviewée, insiste sur le confort que va apporter la sédation et partage les propos de De Jonghe et al. (2008) qui explique que la sédation vise à privilégier le confort, l'analgésie et l'adaptation du patient au respirateur. Nicolas, second infirmier interviewé, ajoute que la sédation permet d'« assurer l'oxygénation des organes, des tissus qui n'est plus assurée en raison d'une défaillance qu'elle soit pulmonaire, cardiaque, septique, hémorragique » et « d'« assurer l'hématose ». Ainsi, l'adaptation du patient au respirateur va permettre d'assurer l'oxygénation des tissus qui étaient jusqu'ici en souffrance et ainsi l'hématose. Par conséquent, l'inconfort du patient ne sera plus perçu. De plus, le ministère des affaires sociales et de la santé mentionne que cette sédation a pour but de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable pour le patient. Pour moi, la sédation est une manière de reposer le patient pour pouvoir s'occuper de l'étiologie du problème.

Un point non abordé par les auteurs mais ajouté par les soignants est que la régulation de cette sédation va dépendre du patient et de sa pathologie. De Jonghe et al. (2008) expliquent qu'une fois que le niveau de confort du patient souhaité est atteint, le but ensuite va être de chercher le niveau de conscience optimal. Les soignants rapportent que la régulation des doses sédatives repose sur des critères médicaux. Ces derniers ajoutent que le patient doit être sédaté le moins longtemps possible afin d'éviter tout effet secondaire. Je suis en accord avec les soignants, la sédation est censée être bénéfique au patient dans le sens où elle permet de diminuer un inconfort, une douleur, une détresse voire une défaillance vécue comme désagréable pour le patient. Or elle ne doit pas occasionner de conséquences nuisibles à ce dernier tel que des effets secondaires. Pour moi, l'infirmière a pour rôle de transmettre toute évolution favorable ou défavorable au médecin de manière à ce que ce dernier puisse apprécier l'état du patient et envisager une diminution des sédations. L'infirmière est en avant-poste, elle représente, selon moi, le premier regard du médecin.

## 2. La voix du soignant mais le patient sans voix

Madame S. est à présent intubée et sédatée. Elle est inconsciente ce qui empêche toute communication avec cette patiente. Je réalise les premiers soins relevant de son admission en réanimation : prélèvement sanguin, prélèvement BHRE, pose d'une sonde urinaire, pose d'une sonde nasogastrique, etc. J'explique chaque soin réalisé à la patiente. Je me demande si la patiente ressent quelque chose ou si elle entend ma voix.

Selon le CHU de Nantes (s.d), la relation est étroitement liée à la communication. Grosclaude (2002) voit la communication comme un pilier majeur dans la relation de soin entre un patient et un soignant. Nicolas et Manon s'accordent avec Glemée et al. (2019) pour dire que la relation est en grande partie

impactée par la communication, le plus souvent, à sens unique et rendu compliqué par la ventilation mécanique ou bien l'état neurologique du patient. Comme Manon l'expose : « quand ils sont sédatisés, s'ils sont vraiment bien sédatisés il n'y a pas vraiment de communication [...] qu'elle soit verbale ou non-verbale ».

Manoukian et Massebeuf (2008), expliquent qu' « au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens ». Pour ces mêmes auteurs, le concept de base pour exprimer la nature de la relation, c'est le lien. Je m'accorde avec ces deux écrivains puisque selon moi, la communication a bien une place importante dans la relation. Cependant, malgré l'absence de communication, un lien peut être créé avec le patient. Expliquer ce que l'on fait lors des soins, situer le patient dans le temps et l'espace permet de garder contact avec ce dernier. Cela permet de prendre en considération le patient et de ne pas banaliser l'être humain présent dans le lit de soin. Comme l'expose Fournier (2007), « la profession infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins ». Selon moi, la relation peut exister à certains moments en fonction du contexte et malgré l'absence de feedback. Le patient étant un être vulnérable et dépendant comme le décrivent Kentish-Barnes et Chaize (2010), le fait de s'occuper de ce patient crée une relation entre le soignant et le patient inconscient par le sentiment de prendre soin.

Grosclaude (2002) et Glemée (2019) abordent un sentiment commun que Manon a abordé : la frustration du soignant. En effet, Grosclaude (2002) voit la communication comme une source de frustration pour les patients et les soignants dans un service de réanimation. Glemée (2019) quant à lui suppose que « pour le personnel soignant, la difficulté de communiquer avec les patients peut être frustrante. » Manon illustre les propos de ces deux auteurs en expliquant que lorsqu'elle prend en soin un patient qu'elle ne comprend pas ou qui n'est pas en mesure de lui répondre à cause de la sédation, elle éprouve un sentiment de frustration. Nicolas n'aborde pas de la même façon les difficultés de la relation soignant-soigné. Pour lui, l'incertitude et le doute prennent plus leur place face à un patient intubé-sédatisé.

Je partage les propos de Glemée (2019) et de Manon, lorsque l'on prend en soin un patient intubé et sédatisé comme Madame S., le fait de ne pas avoir de retour de la part de cette dernière me prive d'une partie de mon soin. Je n'ai pas la participation de la patiente et pour moi cela génère un sentiment de frustration. J'ajoute à cela le sentiment d'incertitude comme évoqué par Nicolas. Lorsque j'explique le dérouler d'un soin à Madame S. ou à un autre patient, je ne sais pas si la personne m'entend mais dans le doute, je le fais quand même.

Nicolas évoque également un point non abordé par les auteurs et par Manon, le côté interprétatif face aux réactions du patient par les soignants : « chaque soignant va comprendre quelque chose de différent, chaque patient pour un même symptôme, que ce soit une douleur par exemple, va l'exprimer différemment ». Je suis du même avis que Nicolas, l'interprétation des signes du patient varie en

fonction du soignant qui les perçoit. Pour moi, il existe une part de subjectivité lorsque l'on prend en soin un patient.

Pour Manon et Nicolas, en fonction du niveau de sédation des patients, les difficultés à comprendre ces derniers sont importantes. Je rejoins ces derniers, par exemple, lorsque l'on commence à diminuer les doses sédatives, le conscient va reprendre petit à petit sa place et le patient va commencer à vouloir s'exprimer or la compréhension de ce dernier va être très faible. Manon s'exprime plusieurs fois à ce sujet : « tu n'arrives pas à comprendre s'ils ont des douleurs, s'ils comprennent où ils sont ». Pour Nicolas, les difficultés se portent sur l'orientation des propos des patients « les patients essaient de nous dire des choses en fait qui ne sont pas du tout contextuelles, ce n'est pas par rapport à leur position, à leur confort, à leur douleur et ça c'est assez difficile à comprendre ».

Delpierre (2019) explique que « leur état de conscience peut être altéré et le sevrage de ces produits peut également induire des réactions inadaptées telles qu'une agitation, une confusion, une amnésie et être source d'angoisse. Tous ces facteurs peuvent rendre la communication avec le patient difficile ». Nicolas rejoint les propos de Delpierre en ajoutant que certains patients peuvent présenter des délires ou être choqués par leur arrivée en réanimation mettant à mal la mise en place ou la continuité de la relation soignant-soigné.

### 3. Les bruits alarmants

Après avoir « techniquée » Madame S. pendant plus d'1h30, je retourne voir mon premier patient pour réaliser mes surveillances. Ce dernier va bien, il est stable. Je m'apprête à valider mes soins sur le logiciel lorsqu'une alarme se met à sonner. Je regarde sur le scope de mon patient, c'est une alarme jaune provenant de la chambre de Madame S. Je laisse la validation de mes soins pour plus tard et me rends rapidement chez Madame S. La saturation est à 85%, l'alarme du respirateur se met également à retentir, la patiente ne doit pas être confortable, quelque chose doit certainement obstruer la sonde trachéale. Je tente d'aspirer mais cela bloque. N'étant plus curarisée, je suppose qu'elle mord sur sa sonde. Les alarmes sonnent toujours. Je les inhibe pour avoir moins de bruit et trouver une solution. Je place une canule de Guédel à l'intérieur de la bouche de la patiente pour éviter qu'elle morde le tube. Je suppose qu'elle ne doit pas être assez bien sédaturée pour pouvoir mordre sur sa sonde. Je tente une nouvelle fois d'aspirer à l'intérieur de la sonde mais je ne retire pas grand-chose. L'alarme se remet à sonner vu que j'ai obstrué la sonde en aspirant. Je l'inhibe. J'instille pour décoller les sécrétions et j'aspire. J'obtiens une aspiration sale et épaisse. La saturation remonte. Une nouvelle alarme sonne mais cette fois-ci dans la chambre de mon premier patient, une alarme bleue. Je vais rapidement voir pourquoi ça sonne. J'inhibe l'alarme et remets l'électrode rouge qui s'était décollée. Je peux à présent tracer tous mes soins avant qu'une nouvelle alarme se mette à sonner.

Berry (2022) place l'observation clinique et l'examen clinique comme les moyens de surveillance les plus importants en réanimation. Pour effectuer ces surveillances ce même auteur explique que ces dernières sont réalisées de manière continue et permanentes par des appareillages complexes exigeant une formation et une expérience particulière. « La plupart de ces dispositifs émettent un signal d'alarme si certaines normes physiologiques sont dépassées » (Berry, 2022).

L'INRS définit le bruit « lorsqu'un son ou un ensemble de sons est perçu comme gênant ». Malgré des recommandations établies par l'OMS en 2007, les services approchent souvent des niveaux sonores élevés. Degorre et al. (2017) alertent sur les conséquences que cela peut engendrer chez le patient tel que du stress, de l'anxiété ou encore des perturbations du sommeil. Nicolas partage les propos des auteurs, pour lui les machines censées le surveiller ne sont pas censées faire de bruit à moins d'un grave problème. Je rejoins ces derniers, en tant que soignant, il est important de veiller aux bruits présents dans l'environnement du patient. Sachant que l'environnement de réanimation est déjà assez anxiogène, le fait d'ajouter des nuisances sonores ne peut que contribuer à l'inconfort du patient mais également à celui du soignant.

Les deux infirmiers interviewés rejoignent le point de vue de Lailia Aissani (2006) quant à la justesse des apports délivrés par la formation infirmière pour prendre un poste sereinement en service de réanimation. Pour Nicolas et Lailia Aissani (2006), le manque de connaissances réside notamment sur l'utilisation des scopes et des respirateurs. Pour Christensen et al. (2014), il existe également un manque de compréhension et de connaissance sur l'importance de moduler les paramètres des appareils de surveillance (Milhomme, D. & Pomerleau, E., 2020). Pour remédier à cela, Nicolas suggère « une formation complémentaire pour les infirmiers de réanimation ». En effet, selon cet infirmier, l'absence de formation auprès des professionnels confrontés aux différents appareillages présents en réanimation entraîne une méconnaissance qui serait une des causes aux nombreuses alarmes non pertinentes du service.

Selon moi, il est vrai qu'il est difficile d'arriver en réanimation confortablement après la formation dispensée, sans apports spécifiques pour la réanimation. Je rejoins Nicolas quant à la mise en place de « formations complémentaires pour les infirmiers de réanimation ». Il existe de nombreuses spécificités propres à ce service et le fait de ne pas connaître les appareillages peut avoir un impact direct sur le soignant. En effet, si les alarmes sont réglées sans comprendre, elles vont, selon moi, être moins pertinentes et efficaces que si leur réglage est réfléchi et sensé. De plus, des paramètres mal réglés vont générer des alarmes non pertinentes et donc du bruit inutile. Wung et Schatz (2014) affirment que les jeunes infirmières acceptent davantage la présence des alarmes, car elles seraient moins confiantes (Milhomme, D. & Pomerleau, E., 2020). Je ne partage pas cette affirmation, une alarme qui sonne ne doit pas être déclenchée pour rassurer le soignant, elle doit engendrer une action. Si l'alarme n'est pas pertinente alors les paramètres doivent être revus. Or en reprenant les dires de

Christensen et al. (2014), j'ajoute qu'un manque de connaissances ou de compréhension entraîne un manque de pertinence et par la suite des conséquences pour le patient et le soignant.

Lors d'une étude, le groupe Philips (2020) recense que « 55% du personnel infirmier pense que le bruit a un impact sur leur travail ». Le site Améli (2022) et Nicolas soulignent les conséquences que le bruit peut avoir sur la surveillance des patients. Nicolas explique qu'à force d'entendre des alarmes à longueur de temps, le risque de rater une alarme importante augmente. Le bruit « masque les signaux d'alerte » (Améli, 2022). En moyenne, le nombre d'alarmes présentes dans un service de réanimation est compris entre 150 et 300 alarmes par jour et par patient. Or parmi celles-ci, 83% d'entre elles ne nécessitent pas d'intervention et 85% sont considérées comme cliniquement non pertinentes (Philips, 2020).

Selon Manon, le bruit généré par les alarmes augmente deux fois plus la fatigue du soignant. Degorre et al. (2017) rejoignent les propos de Manon, pour eux le bruit des dispositifs médicaux crée des dégradations des conditions de travail chez le personnel soignant. La plupart des alarmes déclenchées ne sont donc pas nécessaires selon les chiffres relevés par le groupe Philips (2020). En ce qui me concerne, lorsque les alarmes sonnent beaucoup au cours d'une journée de travail, je vais ressentir une fatigue plus importante à la fin de cette journée. Je rejoins les propos de Nicolas lorsqu'il dit entendre les alarmes en fermant les yeux le soir ou encore ceux de Manon qui dit « en avoir pleins la tête ». Les alarmes prennent beaucoup de place dans le cerveau, elles embrument le cours de la pensée selon mon point de vue.

Les deux infirmiers interviewés soulignent que le bruit a un impact dans la relation soignant-soigné par rapport aux interruptions de pensées et de tâches. Manon explique que lorsqu'une alarme sonne, elle perd sa concentration. Raffier-Peres et Estry-Behar, (2015) explicitent les dires de cette infirmière, pour eux tant que l'alarme persiste, l'infirmière continue à l'entendre, elle n'est donc pas concentrée à la tâche qu'elle est en train de réaliser. Manon rejoint ces auteurs puisqu'elle raconte que « l'attention ne va plus être portée sur la même chose. Elle va être portée sur l'alarme qui est en train de sonner ». Pour moi lorsqu'une alarme sonne, elle prévaut sur ce que je suis en train de faire puisque je vais m'arrêter pour identifier quelle alarme sonne. Même si je reprends la tâche que j'étais en train de faire, j'aurais fait passer l'identification de l'alarme avant. Selon mon point de vue, les alarmes ont un fort pouvoir de distraction.

Pour Raffier-Peres et Estry-Behar, (2015) « qu'il s'agisse d'une alarme rouge ou non, même si l'activité en cours n'est pas forcément interrompue, le cours de la pensée l'est, car chaque soignant cherche toujours à identifier l'origine de l'alarme, la cause et la gravité. » Cependant, l'expérience de Nicolas lui permet d'affirmer que « les alarmes génèrent pas mal d'interruptions de tâches ». Selon moi, même si je reprends ce que je suis en train de faire, j'aurai été interrompu dans la continuité de mon soin ce qui favorise grandement le risque d'erreur. Dans la situation de Madame S., le fait de

répondre à l'alarme interfère avec ce que je m'apprêtais à faire. Le risque d'oublier de tracer un soin est ainsi plus important. Comme appris lors de ma formation tout ce qui n'est pas marqué est considéré comme non fait et inversement. Les interruptions de tâches sont pour ma part un enjeu majeur dans la prise en soin d'un patient.

#### 4. Si on vous dit « bruit », comprenez « stress »

Une nouvelle entrée arrive accompagnée par le SAMU dans le service. Mes deux collègues infirmiers prennent en soin l'entrée avec une des deux aides-soignantes tandis que je reste au niveau de la banque centrale afin d'avoir un œil sur les scopes ainsi que l'ensemble des patients avec la seconde aide-soignante. Mes collègues m'ont transmis les informations nécessaires pour prendre en soin leurs patients. L'entrée est assez grave et de nombreuses alarmes retentissent dans la chambre mais également dans tout le module à cause du répéteur des scopes. L'ambiance est pesante, je suis aux aguets et je scrute les scopes pour ne pas rater une alarme. Marc, un des infirmiers fait des allers-retours entre la chambre et les différents chariots de matériels. Parallèlement, je regarde mes prescriptions afin de voir si aucun changement n'a été effectué avant de réaliser mon dernier tour avant que l'équipe de nuit arrive d'ici trois-quarts d'heure. Je m'assure auprès de Marc que tout va bien. Il m'informe que l'interne s'apprête à poser un KTA et une VVC pour injecter des drogues afin de stabiliser le patient. Au même moment, une alarme provenant d'un pousse seringue retenti. Je me dirige vers la chambre concernée, c'est un des patients de Marc. L'alarme informe qu'un relais de noradrénaline va se lancer. Je valide pour inhiber l'alarme, j'entends deux nouvelles alarmes, je m'assure tout de même que le relais se fait correctement. L'entrée étant déjà bruyante, les autres alarmes ne font qu'augmenter la gêne sonore. Je me dirige vers les chambres concernées pour effectuer le nécessaire. L'alarme du respirateur de Madame S. se déclenche à son tour. C'est une vraie cacophonie dans le service comme si les alarmes se donnaient le change. Je ressens une sensation particulière, une sorte de pression mais avec une volonté d'enchaîner les choses de manière soutenue et orchestrée ajouté à cela un élan d'adrénaline qui fait que j'avance rapidement.

18h58, la fatigue de cette journée est bien présente. Nous échangeons entre collègues sur l'entrée et je ne peux m'empêcher de repenser au stress que le bruit généré par les alarmes a pu me procurer. C'est comme si mon cœur battait au rythme de ces alarmes.

Pour Nicolas et Manon, les alarmes sont « stressantes » surtout les alarmes rouges comme l'explique Nicolas « quand elle est rouge, il n'y a pas de délai, on est obligé d'arrêter ce que l'on est en train de faire ». Le groupe Philipps a analysé qu'un environnement de travail stressant et bruyant contribue au surmenage du personnel. Nicolas reconnaît que les alarmes sont des éléments générateurs de stress.

Le stress est défini pour la première fois dans les années 1920 par un endocrinologue, Hans Selye, comme « une contrainte non spécifique sur le corps causée par des irrégularités dans son

fonctionnement normal » (CESH, 2019). Suite à cette définition le terme « non spécifique » met de nombreux chercheurs en désaccord avec Selye. Pour ces derniers, le stress est subjectif et propre à chaque individu ainsi ce qui stress une personne ne va pas forcément stresser une autre personne.

Selon moi, la perception du stress va dépendre de la relation que l'individu a avec le stress. Prenons l'exemple d'une personne entrant dans un état de stress avant un prélèvement sanguin ou une injection, le plus souvent cet état est lié à une expérience passée traumatisante voir à une peur.

Nicolas donne sa définition du stress qui peut refléter cet exemple. Pour lui, cela correspond à « un état d'hypervigilance désagréable qui nous fait sortir de notre zone de confort ». La définition de cet infirmier fait écho à celle de Nathalie Sellier qui définit le stress comme « une agression de l'organisme par un agent physique, psychique ou émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation (FRC, s.d). Ainsi cette agression engendre un état d'hypervigilance désagréable qui oblige l'individu à sortir de sa zone de confort en effectuant un travail d'adaptation. Les deux définitions se complètent.

Ce travail d'adaptation est également appelé « syndrome général d'adaptation » (SGA). Boissières-Dubourg (2012) le décline en trois phases : la phase d'alarme, la phase de résistance puis la phase d'épuisement. Je pense que parfois, inconsciemment, nous passons par ces trois phases sans nous en rendre compte. Cependant, Nicolas a abordé une sorte de lassitude liée aux alarmes qui peut être ressentie au cours d'une journée lorsque les alarmes n'ont pas arrêté de sonner. Ce ressenti pourrait correspondre à une des phases du SGA.

Il est intéressant de voir que Manon ne perçoit pas le stress de la même manière que Nicolas. En effet, le stress qu'exprime Nicolas par rapport aux alarmes n'est pas ressenti ou alors pas exprimé par Manon. Il est difficile pour Manon de donner une définition du stress. Pour elle ce serait un « mélange d'adrénaline » ressenti lors de situations d'urgence mais non paralysant, qui lui permet « d'aller vite » Nicolas rejoint Manon dans le sens où le stress a, selon lui, un « effet tunnel » « qui te fait focaliser sur le problème et la résolution ».

Je suis étonnée de constater que la perception du stress est si différente pour les deux soignants. Cela rejoint les dires du Centre d'Étude sur le Stress Humain [CESH] (2019) comme quoi le stress est subjectif et propre à chaque individu. Je tiens à souligner un point intéressant relevé par Nicolas, ce dernier se dit « beaucoup déranger par le bruit » voire « intolérant au bruit », il ajoute que pour lui, il existe peut-être une disparité dans le ressenti face aux bruits générés par les alarmes. Je partage complètement cette hypothèse, le fait de percevoir le bruit d'une certaine manière pourrait peut-être modifier les conséquences qu'il génère sur une personne et l'attention que cette dernière pourrait lui porter.

Le service de réanimation est par avance un environnement très technique et stressant par la spécificité des soins apportés et l'état de gravité des patients. Au cours de mes recherches et de mes échanges avec les professionnels de santé interviewés, j'ai pu constater que l'absence de communication pouvait être handicapante et frustrante dans la prise en soin du patient. De plus, la présence de nombreux dispositifs médicaux peut complexifier la relation soignant-soigné mais également la continuité des soins par l'existence de nombreuses alarmes sonores engendrant des interruptions de tâches et augmentant le risque d'erreur. Enfin, j'ai pu me rendre compte à quel point la perception du stress pouvait différer d'une personne à une autre mais également que le bruit n'était pas perçu de la même manière en fonction de chaque individu. C'est ainsi que nous pouvons nous poser la question de recherche suivante :

**En quoi la perception du stress impacte le niveau d'attention du soignant au sein d'une unité de réanimation ?**

## **VII. Conclusion**

Ce travail de recherche arrive à son terme. À travers ce dernier, j'ai pu trouver des réponses à mes interrogations de départ. Les nuisances sonores présentes au sein du service ont de multiples répercussions sur la relation soignant-soigné puisqu'elles impactent le patient et le soignant. Elles créent un climat anxigène et peu rassurant pour le patient. Quant au soignant, ces alarmes sont synonymes d'interruptions de tâches et de fatigue. Le bruit généré par les alarmes est vécu comme désagréable par de nombreux infirmiers. Les auteurs comme les soignants interrogés s'accordent à dire que les alarmes ont un impact dans le quotidien des professionnels de santé. Cependant, la perception du stress n'est pas perçue de la même façon par chaque individu. Suite à ce travail, je retiens que le stress est subjectif à chaque personne. Les réactions et adaptations face au stress vont être différentes en fonction de chaque soignant.

Au-delà de ce travail de fin d'études, je peux affirmer que ma vision en tant que future professionnelle a évolué grâce aux apports théoriques et aux échanges effectués avec les infirmiers de réanimation. Pour ma part, cette expérience de travail de recherche a été très enrichissante. J'ai apprécié de lire des articles et effectuer des recherches sur mon sujet. J'ai appris sur moi et sur les spécificités du service dans lequel je souhaiterais travailler. Mon approche auprès des patients sera plus réfléchie suite aux apprentissages que j'ai pu tirer de ce mémoire. Grâce à ce dernier, j'ai pu développer et affirmer mon raisonnement et mon positionnement en tant que future infirmière. J'ai également pris conscience que chaque personne ressent et perçoit le stress de manière différente, il faut ainsi en avoir conscience pour que le travail en équipe soit agréable et efficace.

Si je devais terminer ce mémoire en une seule phrase, je dirai qu'il est essentiel de bien moduler ces alarmes pour le bien du patient, des collègues et de soi-même.

## VIII. Bibliographie

- Adnet, F., De La Coussaye, J.-E., & Jabre, P. (2010). Intubation en séquence rapide : Quels médicaments utiliser en préhospitalier ? *Réanimation*, 19(7), 622-626. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.10.002>
- Aissani, L. (2006). Infirmière en réanimation : Une spécialisation ? *Recherche en soins infirmiers*, 87(4), 140-149. <https://doi.org/10.3917/rsi.087.0140>
- ANSM. (2020). *L'ANSM publie un rapport sur la gestion des alarmes des dispositifs médicaux*. <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-publie-un-rapport-sur-la-gestion-des-alarmes-des-dispositifs-medicaux>
- APMnews. (2012). *Réanimation : Le bruit dans les chambres très supérieur aux normes*. <https://www.apmnews.com/freestory/10/222209/reanimation-le-bruit-dans-les-chambres-tres-superieur-aux-normes>
- Assistance Publique Hopitaux de Paris. (s. d.). Scope. *Médecine Intensive Réanimation*. <https://reamondor.aphp.fr/familles/les-techniques-de-reanimation/scope/>
- Assistance Publique Hopitaux de Paris. (s. d.). Ventilation artificielle. *Médecine Intensive Réanimation*. <https://reamondor.aphp.fr/familles/les-techniques-de-reanimation/ventilation-artificielle/>
- Beifuss, K., & Le Sueur-Almosni, F. (2018). *Anatomie et physiopathologie en soins infirmiers*. Elsevier Masson.
- Berry, C. (2022). *Surveillance et examens complémentaires en soins intensifs - Réanimation*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/r%C3%A9animation/prise-en-charge-du-patient-en-phase-critique/surveillance-et-examens-compl%C3%A9mentaires-en-soins-intensifs1>
- Berthelot, E., & Dérès, S. (2011). Société de Réanimation de la Langue Française [SRLF]. Fiches techniques. <https://www.srlf.org/paramedicaux/fiches-techniques>
- Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2013). *La communication entre soignant et soigné : Repères et pratiques (3e éd)*. Bréal.
- Boissières-Dubourg, F. (2012). *Les soignants face au stress : Comment se prémunir contre l'épuisement professionnel (2e éd)*. Éd. Lamarre.
- Cannesson, M., Abry, P., et al., & Lehot, J.-J. (2012). *Les monitorages des paramètres physiologiques en situation critique*. Arnette.

- CESH / CSHS. (2019). *Historique du stress*. <https://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/historique-du-stress/>
- CHU Nantes. (s. d). *Relation soignant-soigné*. [https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne\\_1459520255564-pdf](https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf)
- CHU Rennes. (2022). Communiqué Philips. *Gestion des alarmes*. [https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/02-Le\\_chu/13-espace\\_presse/Communique\\_Philips\\_CHURennes-GestionAlarmes\\_30082022.pdf](https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/02-Le_chu/13-espace_presse/Communique_Philips_CHURennes-GestionAlarmes_30082022.pdf)
- Cungi, C. (2012). *Psychologie positive et bien être au travail*. 154-169.
- De Jonghe, B., Appéré-De-Vecchi, C., & Outin, H. (2008). Prise en charge du patient sédaté. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 27(7), 641-654. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2008.05.003>
- Debue, A.-S. (2022). *Construire le sens du soin en réanimation : Les apports du travail narratif à l'humanité des prises en charge*. Seli Arslan.
- Degorre, C., Ghyselen, L., Barcat, L., Dégrugilliers, L., Kongolo, G., Leké, A., & Tourneux, P. (2017). Nuisances sonores en réanimation néonatale : Impact d'un outil de monitoring. *Archives de Pédiatrie*, 24(2), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.10.023>
- Delpierre, É. (2019). Communiquer avec le patient et ses proches, une priorité en réanimation. *L'Aide-Soignante*, 33(205), 12-15. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2019.01.002>
- Ameli. (2022). Effets du bruit sur la santé. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/bruit-sante/effets-du-bruit-sur-la-sante>
- Evrard, S., & Schayes, K. (s. d.). *USI et coma : Perception auditive, conséquences et adaptations aux bruits*.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Glemée, D., Gigandet, C., & Zouad, S. (2019). Établir une relation avec un patient sous ventilation mécanique. *L'Aide-Soignante*, 33(205), 16-19. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2019.01.002>
- Grandidier, É. (2021). La communication soignant-soigné en réanimation. *L'Aide-Soignante*, 35(232), 14-16. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2021.10.004>
- Grosclaude, M. (2002). *REANIMATION ET COMA : SOIN PSYCHIQUE ET VECU DU PATIENT*. Masson.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Masson

- Infirmiers.com. (2012). *Trop de bruit en réanimation !* <https://www.infirmiers.com/profession-ide/trop-de-bruit-en-reanimation>
- INRS. (2017). Stress au travail. *Effets sur la santé - Risques*. <https://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html>
- INRS. (2022). Bruit. *Définitions - Risques*. <https://www.inrs.fr/risques/bruit/definitions.html>
- Kentish-Barnes, N., & Chaize, M. (2010). Critères de jugement du « mieux vivre » en réanimation. *Réanimation*, 19(3), 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.03.009>
- Laurent, A., & Capellier, G. (2018). Stress professionnel en médecine intensive réanimation, de quoi parle-t-on ? *Médecine Intensive Réanimation*, 27(1), 75-79. <https://doi.org/10.3166/rea-2018-0010>
- Laurent, A., Magalie, B., Ansel, D., Aubert, L., Mellier, D., Quenot, J.-P., & Capellier, G. (2015). Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient. *L'Évolution Psychiatrique*, 80(4), 809-820. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.12.007>
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE (3 éd.). Lamarre.
- Milhomme, D. et Pomerleau, E. (2020). Facteurs influençant la décision de l'infirmière de régler et moduler les paramètres d'alarmes des instruments de monitoring aux soins intensifs : une revue intégrative de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 140, 57-68. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-1-page-57.htm>
- Ministère des affaires sociales et de la santé (s. d.). *Fiche pratique à destination des professionnels de la santé*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichesedation.pdf>
- Montravers, P., Ichai, C., Dupont, H., Payen, J.F., Orliaguet, G., Blanchet, P., Malledant, Y., Albanèse, J., Asehnoune, K., Bastien, O., Collange, O., Duranteau, J., Garrigues, B., Lepape, A., & Paugam-Burtz, C. (2013). Organisation de la ventilation artificielle dans les unités de réanimation en France. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 32(11), 736-741. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2013.08.003>
- Novosad, J. (2016). Les soins relationnels au cœur des pratiques en réanimation. *La Revue de l'infirmière*, 65(219), 34. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2015.12.028>
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné 718 définitions, 2116 références bibliographiques, 227 citations (5e éd)*. Setes éditions.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping : Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Presses universitaires de France.
- Petit Larousse de la médecine (Nouv. éd.). (2000). Larousse.

- Bien être des patients et des soignants. (2016). *Soins intensifs : Des nuisances sonores deux fois trop élevées*. [www.pourquoidocteur.fr](http://www.pourquoidocteur.fr). <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/15911-Soins-intensifs-des-nuisances-sonores-deux-fois-trop-elevees>
- Ponchet, M., & Geeraerts, T. (2011). Le stress de l'anesthésiste-réanimateur. 183-190. [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Le\\_stress\\_de\\_l\\_anesthesiste-reanimateur.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Le_stress_de_l_anesthesiste-reanimateur.pdf)
- Prenons soin de nos soignants en réanimation. (2022). Philips. <https://www.philips.fr/healthcare/ressources/landing/prenons-soins-de-nos-soignants-en-reanimation>
- Raffier-Peres, D., & Estryn-Behar, M. (2015). Audit ergonomique en réanimation polyvalente. Bruit ambiant, alarmes et impact sur le travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 76(2), 115-130. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2014.09.003>
- Recueil de textes - Profession Infirmier - Édition 2020
- Roch, A., & Mercier-IDE, E. (2011). Le point sur la ventilation mécanique invasive—Principaux modes ventilatoires en ventilation mécanique invasive chez l'adulte. *Réanimation*, 20(S2), 530-534. <https://doi.org/10.1007/s13546-010-0026-4>
- Rouichi, Y., & Prudhomme, C. (2022). *L'infirmière en réanimation* (7e éd). Maloine.
- Ruskin, K.J., & Bliss, J.P. (2019). *Fatigue liée aux alarmes et sécurité des patients*. 2(1).
- Schlesinger, J. J., Baum Miller, S. H., Nash, K., Bruce, M., Ashmead, D., Shotwell, M. S., Edworthy, J. R., Wallace, M. T., & Weinger, M. B. (2018). Acoustic features of auditory medical alarms - An experimental study of alarm volume. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 143(6), 3688-3697. <https://doi.org/10.1121/1.5043396>
- Seifert, M., Tola, D. H., Thompson, J., McGugan, L., & Smallheer, B. (2021). Effect of bundle set interventions on physiologic alarms and alarm fatigue in an intensive care unit : A quality improvement project. *Intensive and Critical Care Nursing*, 67, 103098. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103098>
- Sellier, N. (s. d). Le stress. Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/a-la-decouverte-du-cerveau/le-stress/>
- Shanmugham, M., Strawderman, L., Babski-Reeves, K., & Bian, L. (2018). Alarm-Related Workload in Default and Modified Alarm Settings and the Relationship Between Alarm Workload, Alarm Response Rate, and Care Provider Experience : Quantification and Comparison Study. *JMIR Human Factors*, 5(4), e11704. <https://doi.org/10.2196/11704>
- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. (2023). Information médicale sur la réanimation. <https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medicaled-sur-la-reanimation/>

- Vaysse, J. (2022). Du coma et de l'éveil : Reprise de conscience et image du corps en réanimation. *L'Évolution Psychiatrique*, 87(1), 75-93. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.06.018>
- Xavier. (2022). Stress. *Définition du stress : Qu'est-ce que le stress ?*. <https://www.stress.eu.com/comprendre-le-stress/definition-du-stress/quest-ce-que-le-stress/>

## Annexe I : Le guide d'entretien

Sous-partie	Questions	Questions de relances
<b>Présentation du soignant</b>		
Parcours soignant	Pouvez-vous me raconter votre parcours soignant ?	
Le service de réanimation	Qu'est-ce qui vous a fait choisir un poste en unité de réanimation ?	
<b>1. Le patient en réanimation</b>		
1.1. Patient intubé-ventilé 1.2. Patient conscient et inconscient	Quelle est la visée de la sédation chez le patient intubé-ventilé ?	Comment régule-t-on la sédation ?
1.3. Une communication difficile 1.4. Les moyens de surveillances présents autour du patient	Quelles difficultés le soignant rencontre-t-il face aux réactions du patient sédaté ?	En quoi est-il difficile pour vous de déchiffrer les besoins des patients en fonction des symptômes ou du non verbale observé ?
1.5. Le ressenti émotionnel du patient face à son environnement	Quelle est votre représentation émotionnelle du patient de réanimation ?	
<b>2. La relation soignant-soigné</b>		
2.1. La place de relation en réanimation	D'un point de vue relationnel, qu'est-ce qui est difficile dans la prise en soin du patient en réa ?	
2.2. Le bruit, un obstacle à la relation	Comment percevez-vous le bruit au sein du service de réanimation ?	
2.3. L'impact du bruit sur la prise en soin	Le bruit a-t-il un impact sur votre relation de soin ?	

### 3. Le soignant de réanimation

3.1. Les compétences infirmières	Selon vous, les 3 ans d'études infirmières, suffisent-elles à arriver en réanimation confortablement ?	Ressentez-vous le besoin d'apports supplémentaires ?
3.2. La définition du stress	Quelle est votre définition du stress ?	Vous arrive-t-il de ressentir du stress lorsque vous travaillez ?
3.3. Les répercussions sur le soignant	Pour vous, quelles sont les répercussions que le bruit lié aux alarmes peut générer ?	
3.4. Les leviers	Quels leviers avez-vous ou pouvez mettre en place pour faire face aux alarmes ?	

## **Annexe II : Transcription de l'entretien n°1**

*Manon (prénom d'emprunt) infirmière diplômée depuis 8 mois, travaille actuellement en réanimation médicale depuis l'obtention de son diplôme.*

**ESI :** Peux-tu te présenter globalement et me raconter ton parcours soignant très brièvement s'il te plaît ?

**IDE 1 :** Je suis diplômée depuis juillet, juillet dernier. Donc ça fait à peu près 8 mois je crois. Mon parcours soignant et ben ... j'ai directement été en réa du coup. J'étais diplômée le 8 et le 11 je faisais mon premier jour. Je n'ai fais que ça pour l'instant. Je suis en réa depuis le début quoi.

**ESI :** Et du coup, tu as quel âge ?

**IDE 1 :** J'ai 21 ans.

**ESI :** D'accord. Qu'est-ce qui t'a fais choisir un poste en unité de réanimation ?

**IDE 1 :** Et ben déjà tous mes stages. J'ai bien remarqué pendant mes stages que je n'étais pas faite pour un service de soin classique où c'est un peu redondant et où c'est toujours la routine et puis tout ça. Donc voilà et quand j'ai fais mon stage en réa ça m'a énormément plu. J'hésitais entre les urgences et la réa, j'ai eu un poste en réa du coup ben j'ai pas hésité et au final je ne regrette pas du tout.

**ESI :** Vous êtes doublés lorsque vous arrivez ?

**IDE 1 :** Quand tu fais un stage, on est doublé deux jours.

**ESI :** Ah c'est rapide.

**IDE 1 :** Oui c'est rapide, il faut se remettre dedans surtout que moi ce n'était pas mon stage pré-pro, c'était le stage autour d'avril et du coup il faut se remettre dedans hyper rapidement parce que sinon c'est un peu galère.

**ESI :** On va commencer maintenant. Je t'avais donner mon thème : les alarmes en réanimation.

**IDE 1 :** Oui c'est ça.

**ESI :** Donc pour commencer, quelles est la visée de la sédation chez le patient intubé-ventilé pour toi ?

**IDE 1 :** ... Ça dépend en fait ... Ça dépend de ... Ça peut être au début de son hospitalisation où tu cherches encore à élucider le problème et du coup ils sont forcément tous sédatisés pour le début pour pouvoir voir comment on va prendre la prise en charge. C'est aussi en terme de confort. C'est des patients qui ne sont pas du tout confortables. Tu vois là en ce moment, on a une patiente qui est juste sédatisée mais pour but qu'elle soit confortable, elle a des mouvements de clonies et tout ça c'est pour les réduire et qu'elle soit confortable. Ça dépend en faite de chaque patient. La plupart du temps, c'est pour ... Ils sont sédatisés au moment où ils sont intubés pour une période qui varie et c'est en fonction de ça que l'on va trouver l'étiologie, commencer les nouveaux traitements et après on les désédates au fur et à mesure si ça va mieux. Mais c'est surtout pour leur confort.

**ESI :** D'accord. Et du coup, comment régule t-on la sédation ?

**IDE 1** : Comment enfin ... après ça dépend de chaque patient ... c'est ... je ne sais pas trop les critères sur lesquels ils se basent, les médecins mais après tu vois ... tu ... quand le patient vient pour une détresse respi et qu'il est sédaté enfin qu'il est intubé-sédaté, ils commencent à ... désédater les médecins quand tu vois bien que la FiO2 commence à baisser quand le patient a moins besoin d'oxygène, quand les antibiotiques commencent à faire effet, quand au niveau ... au niveau urinaire c'est bien. Fin tu vois, ils commencent à bien désédater à ce moment là quand tu sens que ... sur tous les plans les plus importants ça commence à se réguler ... surtout au niveau de la détresse respi quoi ... s'ils viennent pour ça.

**ESI** : D'accord, ok. En gros, il faut avoir une amélioration au niveau du patient sur les différents plans pour pouvoir entamer une diminution de la sédation ?

**IDE 1** : Oui. Après c'est ce que j'ai remarqué moi, enfin de l'expérience que j'ai (rire). Tu vois bien que ... Par exemple, que ce soit au niveau respi quand il va y avoir une amélioration au niveau respi, ils vont commencer à désédater petit à petit pour voir ... euh ... pour qu'ils soient conscients pour voir comment ils sont en aide et pour petit à petit ... par exemple ils viennent pour un problème cardio et ben ils vont d'abord régler le problème cardio d'abord et après ils vont commencer à désédater un petit peu. Ou ils viennent pour un ACR récupéré, ils vont désédater un petit peu plus rapidement pour évaluer le neuro un peu plus rapidement hors sédation quoi. Après tous les patients sont au moins sédétés 24h ... au moins. Tu vois là, on a un patient qui est arrivé pour crise d'asthme qu'on a intubé ce week-end là directement, on l'a sédaté, il est resté 24h sédaté et après on voyait que la FiO2 commençait à baisser tout ça, on l'a bien baissé sur la nuit tu vois dans la matinée ils ont commencé à baisser les sédations pour évaluer au niveau respi comment il était. Donc ouais c'est quand le problème de base commence à se régler qu'ils veulent ... qu'ils commencent à baisser les sédations si le patient est confortable. Tu sais des fois, il n'est pas du tout confortable, il se réveille, il n'est pas du tout confortable, du coup tu le resédates un petit peu, tu remets du propofol ou autre surtout ben moi qui est de nuit en ce moment fin maintenant surtout la nuit pour qu'il soit confortable, c'est là que l'autre versant de la sédation rentre en jeu.

**ESI** : D'accord. Quelles difficultés le soignant rencontre-t-il face aux réactions du patient sédaté ?

**IDE 1** : ... Tu entends quoi par réactions ?

**ESI** : En gros, si je la reformule, en quoi est-il difficile pour toi de déchiffrer les besoins des patients en fonction des symptômes ou du non verbale observé ?

**IDE 1** : ...

**ESI** : Par rapport au fait qu'ils soient sédétés.

**IDE 1** : ... Déjà même s'il est sédaté des fois ils ne sont pas confortables donc des fois quand on les mobilisent, ils se raidissent ou au niveau du visage tu sens bien qu'ils froncent les sourcils et tout ça. C'est plus sur ça que ça va être difficile après en soit une fois qu'ils sont enfin quand ils sont sédétés, s'ils sont vraiment bien sédétés il n'y a pas vraiment de ..., fin tu ... tu ..., il n'y a vraiment pas de communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale, tu vois ils ... fin ils ne sont pas là. Après quand tu commences à baisser les sédations et qu'ils sont ... on va dire ... dans l'entre-deux ... c'est difficile parce que tu ne les comprends pas, ils ne comprennent pas fin tu vois ils ne sont pas encore assez conscients pour comprendre où ils sont, et toi tu n'arrives pas à comprendre s'ils ont des douleurs, s'ils comprennent où ils sont

fin tu vois c'est ça qui est plus difficile je pense ... l'entre-deux ... entre la sédation complète et là ... quand ils sont biens ... biens éveillés et capables de comprendre.

**ESI** : Et c'est quoi du coup pour toi qui est difficile par rapport à ça ? Par rapport au fait de ne pas savoir, de ne pas avoir de communication. Est-ce tu ressens du coup ... est-ce qu'il y a quelque chose qui te gêne parce que tu n'arrives pas à communiquer avec le patient ?

**IDE 1** : Ben des fois c'est compliqué tu sais quand tu demandes aux patients s'ils ont mal quelque part, qu'ils te disent oui mais tu n'arrives pas à comprendre où ils ont mal. Je pense que c'est plus ça qui est compliqué. Ou alors si tu demandes s'ils se sentent bien et tu vois qu'ils commencent à pleurer et que tu n'arrives pas ... fin tu vois tu n'arrives pas à parler avec eux pour savoir ce qu'il ne va pas ou autre. Je pense que c'est plus sur ce versant là après en soit vu que tu ne parles pas avec eux à part la douleur et la douleur psychologique et physique tu ne peux pas trop parler d'autre chose.

**ESI** : Oui c'est assez limité quoi.

**IDE 1** : Ouais.

**ESI** : Quelle est ta représentation émotionnelle du patient de réanimation ? En gros, quel est le ressenti du patient face à son environnement ou au niveau de lui ou ...

**IDE 1** : Oh ben de l'anxiété je dirai ! Je pense que ... fin tous les fils, toutes les alarmes, ça peut fin moi je me mets à leur place ça peut que stresser un patient, tu es dans un lit tu as du bruit partout, tu n'as que des gens en blouses blanches, tu n'as que fin ... je ... enfin ... c'est hyper stressant l'environnement de la réa. Je pense que c'est plus ouais ... de l'anxiété chez le patient qu'autre chose. Et après à force de ... à force d'être ... les gens qui restent longtemps aussi ben ils ont ... ouais ils fin je dirai l'anxiété, l'émotion qu'ils peuvent ressentir le plus après je ne suis pas à leur place mais je pense que c'est un environnement qui peut être hyper stressant.

**ESI** : Oui c'est ce que tu ressens quand tu les prends en soin ?

**IDE 1** : Ouais ben tu sais que ... tu ... tu peux vite paniquer. Fin ... tu vois bien que quand tu fais un soin à un patient intubé et qui est complètement conscient, si tu ne lui expliques pas ce que tu fais, il va très vite ... tu vois il va réagir ou autre. Pareil ce week-end, j'ai une patiente qui s'est auto-extubée, il fallait la ré-intuber en urgence ben tu vois bien que direct elle stresse, tu as tous les médecins qui sont autour, tu as l'alarme qui fait que de sonner parce qu'elle désature tu lui mets le BAVU et tu appuis fin tu vois c'est hyper stressant si tu ne lui dis pas ce que tu vas faire, ce que tu es en train de faire et pourquoi ben le patient il est complètement ... complètement angoissé quoi.

**ESI** : D'accord. C'est intéressant parce que c'est là où on se rend compte que la communication, elle est quand même importante même s'ils sont à moitié conscients ou totalement conscients.

**IDE 1** : Humm oui ... oui.

**ESI** : D'un point de vue plutôt relationnel, qu'est-ce qui est difficile dans la prise en soin du patient en réa ?

**IDE 1** : ... Quand le patient est endormi c'est de ne pas avoir de communication avec lui, je pense. Même si tu lui expliques tout ce que tu fais, tu lui expliques ce que tu fais mais tu ne

lui demandes pas son avis. Il est obligé et voilà et même quand le patient est conscient tu vois ce qui est difficile c'est de ... tu communique avec lui mais c'est pas une communication. Tu n'arrives pas à vraiment comprendre ses besoins, tu n'arrives pas à comprendre s'il a mal, tu n'arrives pas à comprendre si ... même si on a pleins d'outils qui peut ... qui nous aide, on est pas non plus fin moi j'ai l'impression qu'on arrive pas à les comprendre hyper bien. C'est plus ça ... moi je trouve c'est de la frustration des fois parce que tu sens ... tu sens que tes patients ils ont besoin de parler, ils ont besoin ... fin ils ont mal ou autre et tu n'arrives pas à les comprendre fin donc tu n'arrives pas à comprendre forcément où ils ont mal.

**ESI** : Tout à l'heure tu parlais que l'environnement était assez bruyant etc stressant ... Comment tu perçois toi, le service de réanimation ? Comment tu le ressens ? Comment tu le vis en tant que soignant, le fait qu'il y ait pleins de bruit ?

**IDE 1** : En vrai ça dépend ... Moi je sens bien quand ... j'ai fais une nuit où ça a sonné de partout quand j'arrive chez moi tu en as plein la tête. Tu te dis ... tu es beaucoup plus fatiguée quand tu as entendu des alarmes toute la journée que quand après en vrai ça dépend. On essaie que ... on essaie que les alarmes ne sonnent pas mais en vrai c'est dure des fois. Que ce soit le respi ou euh ... mais oui fin ça ... ça ... augmente ... moi je trouve ça augmente la fatigue deux fois plus du soignant. Parce que d'entendre à répétition des bruits c'est ... c'est fatiguant et encore nous on est de nuit donc on a moins .. on a moins de ... je dirai qu'on a moins de bruit parce qu'il y a moins de gens, il y a moins de passage et puis il y a moins de ... mais quand même ...

**ESI** : Et du coup tu penses que le bruit à un impact dans ta relation, dans ta relation de soin ? Dans ta prise en charge avec les patients ?

**IDE 1** : Par exemple quand je suis dans la chambre et qu'il y a du bruit ?

**ESI** : Oui par exemple que tu es en train de faire un soin et que tu entends une alarme est-ce que ça va t'interpeler ou est-ce ça va modifier ce que tu es en train de faire ?

**IDE 1** : Forcément déjà ça va ... Imaginons je suis en train de faire un soin avec le patient et que ça ne fait que de sonner, déjà le patient ça va l'angoisser, déjà chez le patient ça va interférer, chez moi ça va interférer parce que je ne vais plus être concentrée sur ce que je fais, je vais être concentrée sur l'alarme qui est en train de sonner, me demander pourquoi ça sonne ... si ça sonne à répétition. Même si je suis en train de faire un soin dans telle chambre et que ça sonne, directement on arrête ce que l'on fait avec le patient pour aller voir du coup tu vois on arrête vachement, fin ça interfère quand même dans ce que l'on fait. Même si on est en train de parler avec un patient, même un patient pas intubé tu vois s'il a une alarme qui se met à sonner on va arrêter ce que l'on fait, on va aller voir ce que l'on fait et ça arrête tout ce que l'on fait et notre attention tu vois ... notre attention ne va plus être portée sur la même chose. Elle va être portée sur l'alarme qui est en train de sonner, si ça va resonner fin tu vois si ça ... fin c'est dans ça que ça va interférer.

**ESI** : Partons du principe que c'est un patient sédaté et intubé, est-ce que tu penses que le bruit a un impact sur lui ?

**IDE 1** : Ben ça je ne peux pas savoir parce que ... ben en vrai, il y a des patients qui entendent et des patients qui n'entendent pas du tout. Je pense qu'inconsciemment ça a un impact sur lui parce que même s'ils y en a qui n'entendent pas fin tu sais qu'il y ait du bruit et tout ça autour fin un séjour en réanimation même si on pense que les patients dorment et tout

ça, en vrai ça a un impact sur eux. Mais en vrai je ne peux pas trop te répondre parce que je ne sais pas ... j'ai jamais ... je ne sais pas si eux vraiment le ressentent en vrai je pense moi que ça a quand même un impact sur le patient inconsciemment que tout ce bruit a un impact mais je ne ... ce n'est pas une certitude.

**ESI :** Côté formation, est-ce que pour toi, les 3 ans d'études infirmières, suffisent à arriver en réanimation confortablement ?

**IDE 1 :** Ah non pas du tout ... pas du tout pas du tout. Là tu vois ça va faire 8 mois que j'y suis et je commence à me sentir à l'aise ... en réa. Ah non moi je pense qu'elles ne suffisent pas après au niveau des soins techniques ... fin en vrai je pense qu'il faudrait ... faire un cours sur les trucs en réanimation tu vois pour ceux qui veulent ou qui ont un projet d'y aller parce que moi pareil quand je suis arrivée en stage j'ai eu la chance d'avoir un cours de 2h pour me préparer à mon stage je sais qu'il n'y a pas ça dans toutes les écoles. Même que je suis la seule école qui a eu ça et ça m'a quand même hyper aidé tu vois de savoir à peu près à quoi ressemblait un respi, à quoi ressemblait à scope, à quoi ça servait et tout ça . N'empêche que ça aide énormément et je pense que déjà, là tu vois j'ai une collègue qui n'a pas fait de stage et qui vient d'arriver en réa comme moi et ben en fait elle galère de ouf. Elle a demandé à être redoublée là il n'y a pas longtemps parce qu'elle ne se sent pas du tout à l'aise. Au niveau relationnel, je pense que les trois ans d'école suffisent et encore on apprend pas le relationnel avec quelqu'un qui est endormi ou autre. Et au niveau que ce soit des soins techniques ou des connaissances je trouve que l'on est pas du tout ... enfin pour moi, à mon avis ça ne suffit pas.

**ESI :** Pour toi, tu ressens le besoin d'avoir des connaissances supplémentaires ?

**IDE 1 :** Du mois quand tu vas faire un stage là-bas oui ou quand tu va travailler. Tu vois il te faut un minimum de connaissances quand tu arrives là-bas sur l'environnement de la réa sinon tu es perdue et sur les outils que ce soit le respi, le scope tu es perdue là-dessus et sur tes connaissances qui sont des connaissances quand même nouvelles, en fait tu as trop de nouveautés d'un coup. Tu as l'impression d'être en première année alors que tu es à la fin quoi. Après quand tu as fais un stage, ça va parce que tu reviens, tu as quand même fait ... je ne sais pas ... 8 ou 10 semaines de stage, tu es quand même plus à l'aise que quelqu'un qui n'a rien fait du tout.

**ESI :** Quelle est ta définition du stress ?

**IDE 1 :** \*rire\* ... Je ne sais pas ... En plus, je ne suis pas quelqu'un qui est très stressée dans la vie alors ... Genre par exemple, le stress en réa ? Qu'est-ce qui me fait stresser en réa ?

**ESI :** Oui par exemple. Est-ce que ... par exemple tu viens de dire que tu n'étais pas quelqu'un de stressée dans la vie de tous les jours mais est-ce que tu t'es retrouvée à stresser quand ... lorsque tu travailles en réa ?

**IDE 1 :** Ah oui oh ben oui ... Je ne suis pas stressé dans la vie de tous les jours mais en réa forcément tu stresses que ce soit ben au début je stressais pour par exemple aller au scanner, aller à l'IRM ce genre de choses basiques dont tu n'as pas l'habitude maintenant que ça fait 8 mois que j'ai pu en faire plusieurs je ne stresse plus là-dessus mais dès que tu as une situation d'urgence tu stresses forcément après je ne sais pas si c'est du stresse ben si c'est du stress ou bien un mélange d'adrénaline mais je pense que je stresse quand même. Tu vois ma patiente qui s'est auto-extubée ce week-end qu'il a fallu ré-intubée dans l'urgence, tu es dans

l'urgence, faut aller vite tu vois la sat qui descend forcément tu stresses. Donc ouais je dirai que dans les situations d'urgences je stresse sinon en vrai ça va. Des fois quand je rentre chez moi, je me demande si j'ai tout bien fait et tout ... c'est plus ce stress là. Mais sinon ça va.

**ESI** : Mais du coup ça serait quoi pour toi la définition du stress parce que tu arrives à le percevoir quand tu en as donc c'est quoi pour toi le stress ?

**IDE 1** : ...

**ESI** : Avec des mots simples même si ce n'est pas formulé, ce n'est pas grave.

**IDE 1** : La définition du stress. Je ne sais pas ... Genre comment je le perçois dans moi quoi ?

**ESI** : Oui. Ça peut être un mauvais ou un bon stress.

**IDE 1** : Chez moi c'est un bon stress. Je parle pour moi. Après je ne sais pas. ... Je n'arrive pas à répondre à ta question. \*rire\*

**ESI** : Il n'y a pas quelque chose, tu disais que ça te procure de l'adrénaline, il n'y a pas une bouffée d'hormones qui te permet d'avancer ... ?

**IDE 1** : En fait, le stress en situation d'urgence là comme je te dis ça me procure de l'adrénaline et ça me fait ... je ne sais pas ... ça me fait comme faire les choses plus vite. J'ai l'impression que mon cerveau fait les choses beaucoup plus vite, mon cerveau capte beaucoup plus vite tu vois. Je ne sais pas si c'est compréhensible ce que je dis \*rire\*.

**ESI** : Si si, en gros ce n'est pas un stress paralysant.

**IDE 1** : Non, en tout cas pas chez moi. En situation d'urgence, ou alors pour l'instant je n'ai pas été paralysée. J'aurai plus tendance à vouloir être partout en même temps tu vois. Plutôt justement à faire tout en même temps pour faire bien. Mais non pas paralysant en tout cas ou pas pour l'instant du moins j'ai jamais été paralysée face à une situation.

**ESI** : Pour toi, quelles sont les répercussions que le bruit lié aux alarmes peut générer ?

**IDE 1** : Chez qui ? Chez moi ou chez le patient ?

**ESI** : Chez toi.

**IDE 1** : De la fatigue ... du stress aussi. Parce que tu vois l'alarme tu te dis merde fin tu vois. Si vraiment c'est un truc important ça va commencer à te stresser. De la fatigue si tu en as eu toute la journée ou toute la nuit. Et ... puis voilà.

**ESI** : Quels seraient pour toi, les leviers qui pourraient être mis en place pour faire face à ces alarmes ?

**IDE 1** : Bah ... bah ce qu'ils ont essayé de mettre en place là dernièrement. Donc tu vois ... genre ... sur les nouveaux scopes quand tu inhibes trop il te met « attention vous avez inhibez trop, genre 4 fois au bout de temps d'heures, temps de temps l'alarmes. Veillez à aller voir votre patient ou alors à baisser ou réguler votre alarme ». Et du coup ça t'aide à te dire, merde, soit il faut que je fasse quelque chose soit il faut que je monte ou que je baisse mon alarme pour éviter que ça fasse du bruit. Donc ouais ça franchement c'est pas mal même si c'est dure à faire, franchement c'est pas mal. Et sinon qu'est-ce qu'on pourrait faire ben sinon je sais pas. C'est compliqué en fait.

**ESI** : Toi quand tu as une alarme qui fait que de sonner, au bout d'un moment tu fais quoi ?

**IDE 1** : Ben je la baisse ou je la monte en fait. En fonction de ce qui est raisonnable bien sûr en fonction des objectifs et tout ça mais ... j'essaie franchement que ça sonne le moins possible des fois ça fait que sonner.

**ESI** : Et souvent si ça sonne et que ça fait que de sonner, c'est lié à quoi ? C'est lié aux réglages ? C'est lié aux patients ?

**IDE 1** : Non, je pense que c'est lié ... moi le truc qui ... ou je ... qui me vient par la tête, qui sonne le plus c'est les pinces de sat qui vont s'enlever et se remettre et tout. Et souvent je vais remédier à ça en changeant de pince ou en mettant au front et ça s'arrête. Ou alors c'est le respi parce que le patient mord sur le tube et on met un ... En vrai on essaie quand même de trouver des solutions sur les alarmes qui sonnent et pourquoi elles sonnent. C'est surtout la question genre pourquoi ça sonne et on essaie d'y répondre ou alors si on n'y arrive pas on baisse l'alarme mais tu auras forcément des nuits où ça sonne de partout ou ça ne sonne pas du tout.

**ESI** : D'accord super. Et bien écoute c'était la dernière question.

**IDE 1** : Ah ben super ! J'espère que j'aurai répondu à toutes tes questions et si tu en as d'autres tu peux me les envoyer par mail.

**ESI** : Très bien c'est gentil. Merci beaucoup !

### **Annexe III : Transcription de l'entretien n°2**

*Nicolas (prénom d'emprunt) infirmier depuis 23 ans et depuis 17 ans en réanimation médicale. Il fait parti d'un groupe de travail sur le bruit en partenariat avec Philips.*

**ESI** : Peux-tu te présenter globalement et me raconter ton parcours soignant très brièvement s'il te plaît ?

**IDE 2** : Je suis infirmier depuis 2000. J'ai commencé avant de venir en réa enfin ça fait ... je suis arrivé en 2006 donc ça fait 17 ans que je suis en réa. Et avant la réa, j'ai fais plein d'autres service, les urgences, de l'intérim ... et je ne sais pas ... une soixante de services différents en intérim. Et donc de nuit pendant 15 ans en réa et là ça fait 2 ans que je suis de jours. Ça ne fait que 2 ans que je suis de jour.

**ESI** : Ah d'accord. Ça été le changement ?

**IDE 2** : Ah c'est une claque. Ben ouais. La nuit en fait on est beaucoup plus maître de son organisation et tout ça. On a beaucoup moins d'interruption de tâches. C'est peut-être un peu moins vrai maintenant parce qu'en deux ans les choses on changé avec le COVID et tout mais oui je me suis pris une claque. Les 6 premiers mois, je me suis dis « mais je vais jamais y arriver? »

**ESI** : Et du coup qu'est-ce qui t'a fait choisir un poste en unité de réanimation ?

**IDE 2** : Ça c'est difficile à dire ... Très rapidement ça m'a intéressé pendant la formation, pendant les études. J'avais choisi ... alors ce n'était pas les mêmes formations à l'époque c'était il y a 20 ans, c'était ... on pouvait faire des choix optionnels et j'avais choisi le module urgence-réanimation. J'avais fais un stage de troisième année en réanimation polyvalente et je l'avais bien aimé. Je pense que c'est l'attrait pour la technique, j'ai toujours bien aimé tout ce qui était technique même en dehors du travail de la réa. Et puis voilà ... les maths, les calculs de doses, les trucs tout basiques. Peut-être le fait que les patients soient endormis aussi, ça ça sera à travailler après je ne sais pas \*rire\*.

**ESI** : Justement, plus sur le patient, on va plus parler sur le patient intubé-sédaté. C'est quoi la visée de la sédation chez le patient intubé-sédaté pour toi ?

**IDE 2** : À quoi ça sert ?

**ESI** : Oui, en gros.

**IDE 2** : La finalité c'est d'assurer l'hématose. C'est que le patient ... d'assurer l'oxygénation des organes, des tissus. ... qui n'est plus assurée en raison d'une défaillance quelle soit pulmonaire, cardiaque, septique, hémorragique, voilà ... C'est un des moyens qui nous permet de contrôler tous les paramètres physiologiques du patient. Et notamment la ventilation qui est un paramètre important de l'hématose.

**ESI** : D'accord. Et comment on va la réguler du coup cette sédation ? À quel moment on va se dire il faut la baisser ? Est-ce que le patient il est sédaté, il y a un moment donné, on va devoir faire des variations et c'est justement ...

**IDE 2** : Quels sont les critères de variations ?

**ESI** : Oui exactement.

**IDE 2** : Je pense que ça, ça va dépendre de la pathologie du patient ... Si c'est un patient qui est en SDRA, ça va être initialement sur des critères qui ont été définis par la recherche, ça va être 48h de curarisation avant de voir au niveau pulmonaire ce qui se passe et en fonction de la FiO<sub>2</sub>. Si on arrive à baisser la FiO<sub>2</sub>, on va peut-être faire un essai de décurarisation et de désédation. Pour les autres patients c'est plus souvent des critères médicaux, c'est les médecins qui vont nous dire « là on a passé l'état aigu, l'état de choc, ils font qu'on ... qu'on désédate ». Le but étant de garder le patient sédaté le moins longtemps possible parce qu'il y a des effets secondaires. Les effets liés au décubitus, aux infections des poumons liées à la sédation et à l'intubation.

**ESI** : D'accord. Plus au niveau de la communication, c'est quoi les difficultés pour toi que tu peux rencontrer face aux réactions du patient sédaté ? J'entends par réactions ... celles que l'on ne voit pas ou celles que l'on voit mais que l'on ne peut pas expliquer par la parole, parce que le patient est sédaté.

**IDE 2** : Oui ... La difficulté c'est de souvent voir des patients qui s'agacent, qui s'énervent, qui n'arrivent pas . Qui veulent nous dire quelque chose ... Et en fait qu'on arrive pas à comprendre. Et alors la difficulté, c'est de savoir si le patient, si ce que veut nous dire le patient c'est quelque chose d'orienté ou ... si c'est quelque chose qui est complètement hors propos ... Comme je sais pas ... qui est-ce qui nourrit ses poules ? Ou en gros quelque chose qui est en dehors de la situation. Et ça, ça arrive très souvent que les patients essaient de nous dire des choses en fait qui ne sont pas du tout contextuelle, ce n'est pas par rapport à leur position, à leur confort, à leur douleur et ça c'est assez difficile à ... à comprendre. Enfin moi je trouve que ça c'est une difficulté. Je trouve que l'on a ... des fois c'est difficile de comprendre s'ils veulent nous dire qu'ils ont mal quelque part, s'ils ont soif et tout mais on arrive toujours à comprendre puisque l'on va toujours poser la question. Tandis que si ça concerne quelque chose qui est hors de propos, on arrivera pas à trouver la bonne question ou alors vraiment en y passant du temps et un coup de chance.

**ESI** : Et quand il est sédaté, le patient, est-ce qu'il y a des réactions, par exemple avec le scope ou le respirateur qui peuvent montrer que ... en fait qui peuvent créer une sorte de communication, une relation avec le patient. Par exemple si on le bouge et que ça s'affole au niveau du scope, est-ce que justement il y a des difficultés pour les mettre en lien.

**IDE 2** : ... Ouais non tu as raison, ça ça peut nous mettre la puce à l'oreille sur quelque chose qui se passe mal, sur une douleur, sur .. le fait que le ... ça nous dit souvent si le patient il est loin ou s'il est pas loin en fait, si on a aucune relation quand on le bouge ou alors si on voit que la fréquence cardiaque s'accélère ou même que la tension baisse parce qu'il se raidit ou tout ça. Par contre c'est que c'est assez difficile de pointer quelle réaction physiologique et qu'est-ce qu'elle peut dire. La tachycardie, est-ce que c'est parce qu'on l'a mobilisé, est-ce que c'est une peur, est-ce que c'est une sensation de vertige ou est-ce que c'est une douleur, ça c'est vrai que ce n'est pas facile quand ils sont sédatés.

**ESI** : Et en quoi c'est difficile pour vous de déchiffrer les besoins des patients en fonction des symptômes ou du non verbale qui est observé ? Comme tu disais la douleur et tout vous allez poser des questions mais si les questions ne vous apportent rien, j'imagine que vous allez quand même essayer de chercher et de mettre des mots sur ces réactions justement sur ce non verbal.

**IDE 2** : Je pense que la finalité c'est qu'il nous reste souvent des doutes. C'est que souvent ... on ne sait pas. On émet des hypothèses, on en parle entre nous.

**ESI** : Il y a une part de subjectivité au final ?

**IDE 2** : Ouais, chaque soignant va comprendre quelque chose de différent, chaque patient pour un même symptôme, que ce soit une douleur par exemple, va l'exprimer différemment. Alors là après c'est aussi ça le cœur de métier de soignant, le prendre soin, c'est de faire l'analyse de tous les stimuli qui nous viennent et ça en fait partie ce qu'il y a sur le scope, les réactions patients. Mais je pense qu'il restera une part d'incertitude à chaque fois.

**ESI** : D'un point de vue relationnel, qu'est-ce qui est difficile dans la prise en soin du patient en réa ?

**IDE 2** : \*silence\* Il y a des difficultés, je pense particulièrement à des patients ... qui ... qui sont pas ... qui ne coopèrent pas pour les soins, pour une raison ou une autre. Soit ils ont un délirium, soit on arrive pas à entrer parce qu'ils sont fermés sur le traumatisme de leur état de choc de rentrer en réanimation. Et je trouve que c'est ça le plus difficile pour rentrer en communication avec ces gens là. La relation soignant-soigné, elle est importante dans le soin et si on n'arrive pas à la mettre en place soit parce que le patient est renfermé soit parce qu'on a un problème de communication là ça devient difficile au niveau relationnel, on ne se sent pas forcément à l'aise lorsque l'on va rentrer dans la chambre ou quand le patient va nous renvoyer de l'agressivité, « encore ça », « vous me piquez encore », « je ne veux pas prendre ces médicaments là ».

**ESI** : Et quand il est sédaté ce patient, qu'est-ce qui est difficile pour mettre en place une relation d'aide, une relation entre le soignant et le patient ?

**IDE 2** : Et bien là ça sera la communication. Le manque de retour du patient en fait. Parce que nous on va pouvoir rentrer dans la chambre, lui parler, nous on a l'habitude de leur parler, de leur dire ce que l'on va faire. Moi je leur dis toujours « on est mardi aujourd'hui, c'est tel jour on est à tel moment de la journée » mais en fait des fois il n'y a pas de retour en face quoi et là la relation elle va que dans un sens au final.

**ESI** ; Et ça génère quoi chez toi, chez le soignant en général, le fait qu'il n'y ait pas ce retour ?

**IDE 2** : Ben ... moi je dirai toujours l'incertitude de ce dire est-ce que vraiment ça sert à quelque chose que je lui parle, que je lui explique tout ça mais je me dis que dans le doute en fait il faut le faire même si en fait ça n'atteint pas son cerveau.

**ESI** : Plus au niveau du bruit qui est au sein du service de réa, comment tu perçois le bruit au sein du service de réanimation ?

**IDE 2** : D'une manière très désagréable \*rire\*. Ça clairement, j'ai toujours ... je dois être très sensible aux bruits d'une manière général et ça c'est un truc qui m'a toujours horripilé d'avoir des alarmes qui sonnaient pour rien et encore plus la nuit parce que tu les entends et moi ça me dérange beaucoup. C'est pour ça que je me suis mis dans le groupe bruit lorsqu'ils ont fait l'appel aux volontaires.

**ESI** : Ah oui c'était un appel aux volontaires ?

**IDE 2** : Oui c'était un appel aux volontaires et j'ai sauté sur l'occasion.

**ESI** : Pour toi c'est quoi justement l'impact du bruit dans ta manière de travailler, dans la manière dont tu vas prendre en soin le patient, dans la manière où tu vas dérouler ta journée. La présence du bruit, qu'est-ce que ça va générer ?

**IDE 2** : Moi, sur moi ça m'énerve en fait, c'est sûr. Une journée qui va être très bruyante, je vais être vachement plus fatigué à la fin de la journée. Je vais avoir même moins de patience avec les collègues. Et ... ouais ouais ça m'arrivait de me coucher, de fermer les yeux et d'entendre les alarmes ... je pense que ça a un impact très fort. Ça c'était sur mon ressenti, après je pense qu'il y a pleins d'impacts sur ... sur les relations dans le service, entre nous au sein de l'équipe quand on travaille et qu'il y a pleins de bruit ça fait monter la pression pour tous le monde. Ça entraîne un risque de rater des alarmes parce que dans le groupe d'alarmes on va avoir l'alarme fatigue et on va pas s'en rendre compte et on va rater une alarme importante. Pour les patients, je pense que ce n'est pas sécurisant parce qu'ils entendent du bruit de partout, ça doit les stresser aussi. Et puis ... oui je pense que l'on s'énerve les uns un peu contre les autres « ben régule un peu tes alarmes, ça ne fait que de sonner chez toi ! » \*rire\*.

**ESI** : Et avec le patient ça peut créer quelque chose. Admettons tu es dans la chambre, tu es en train de prélever un bilan sur le KTA et là, il y a une alarme qui sonne, c'est quoi la réaction ?

**IDE 2** : La réaction du patient ? Et bien là encore une fois en fonction de la sédation et du patient qui est intubé, c'est très difficile de savoir mais en me projetant et en me mettant à sa place, je me dis si j'entends une alarme qui vient de l'appareil qui est censé me surveiller je me demande s'il ne m'arrive pas quelque chose. Et c'est vrai que souvent je leur dis au patient, rassurez-vous si ça sonne c'est juste des alarmes que nous on met, il y a beaucoup de fausses alarmes c'est pas grave, il ne faut pas que ça vous tracasse, je pense que c'est super important de leur dire ça. Mais que c'est important aussi de faire toutes les actions pour que ça sonne le moins possible ou en tout cas que les alarmes qui sonnent soient des alarmes pertinentes et qu'elles entraînent une réaction derrière soit au niveau du traitement, soit au niveau de la surveillance, soit que ça ne soit pas une alarme qui ne serve à rien, celles-ci, les alarmes non pertinentes il faut absolument les éliminer enfin au maximum.

**ESI** : Et quand c'est toi ? Là on vient de parler du patient mais toi maintenant là tu prélèves, tu entends les alarmes, qu'est-ce que ... tu as déjà ressenti quelque chose ? Tu t'es déjà dis ...

**IDE 2** : Et merde j'ai oublié d'éteindre l'alarme ...

**ESI** : Oui il y a ça mais est-ce que il y a eu un moment, ... je sais pas est-ce que tu ressens de la pression ou est-ce que ça te met une sorte de pression ? Là tu te dis bon ben je dois prélever, je continue à prélever mais elles sonnent encore.

**IDE 2** : Quand c'est sur mon patient ?

**ESI** : Patient ou autres patients ...

**IDE 2** : Ah oui oui ben oui par contre c'est ça très souvent. D'être en train de faire un pansement, de refaire des filets et d'entendre une alarme rouge qui sonne et l'entendre sonner et sonner ce qui veut dire que personne n'a été l'acquitter. Et là tu te dis ben ouais mais moi je ne peux pas lâcher mon soin et là c'est stressant, très stressant oui. Sur un bilan sanguin ça m'est arrivé de lâcher mes tubes et de repartir d'aller voir ce qui sonnait.

**ESI** : En gros tu t'interromps là ?

**IDE 2** : Ah oui c'est une interruption de tâche là oui. Ah oui les alarmes génèrent pas mal d'interruptions de tâches parce que l'on est obligé d'arrêter ce que l'on fait pour s'assurer de ce qui se passe, surtout les alarmes rouges. Les alarmes jaunes c'est moins grave, on a des moyens en regardant en haut des scopes de savoir d'où ça vient et de quelle chambre ça va. Mais quand elle est rouge, il n'y a pas de délai, on est obligé d'arrêter ce que l'on est en train de faire.

**ESI** : Plutôt côté soignant, est-ce que selon toi, les 3 ans d'études infirmières, suffisent-elles à arriver en réanimation confortablement ?

**IDE 2** : Oh ben non mais je ne pense pas que c'est spécifique à la réanimation. Je pense que c'est plus large. Après je ne suis pas venu en réa tout de suite après le diplôme, j'avais travaillé pendant 6 ans et déjà là je me suis prise une grosse marche. Les 6 premiers mois entre la technique, les surveillances spécifiques, savoir quand appeler le médecin, arriver à déceler les dégradations du patient pour ne pas rater enfin faire un défaut de surveillance ça ça m'a vraiment stressé. Les 6 premiers mois j'avais la boule au ventre alors j'imagine en sortant du diplôme. J'ai longtemps dit qu'il ne fallait pas que l'on prenne les jeunes diplômés, qu'il fallait qu'ils se fassent une expérience avant, ailleurs, pour avoir un sens clinique plus développé parce que ça c'est un vrai atout parce que quand tu arrives en réa, tout est contrôlé avec le scope, la tension ... On fait attention à la clinique si on a été bien formé tout ça mais on a pas acquis ce vrai sens clinique qu'on va acquérir dans un autre service ou on a l'habitude de regarder les patients. Ce n'est pas le scope ... il n'y aura pas le scope qui va dire qu'il est cyanosé, on verra qu'il est bleu. Si le patient est tout blanc on va se dire, est-ce qu'il ne saigne pas ? En réa c'est quand même un peu moins. Après maintenant, j'en reviens un peu de ça parce que la formation a changé aussi. Maintenant vous faites des stages avant en réa, on vous reprend, on vous reforme un peu, la manière de faire est un peu différente.

**ESI** : Mais il manque quand même quelque chose ?

**IDE 2** : Pour moi oui, il manque un module réanimation, vous n'avez pas de réanimation. Donc c'est clairement ... Quand moi je me souviens très bien de tout ce que l'on avait fait sur le module réanimation-urgence. On avait vu les KTC, les KTA, les pressions intracrâniens, les médicaments, les sédations. Sur la façon de faire les liens entre les pathologies, le nombre d'organes touchés, le nombre de liens qu'il faut faire, je pense que vous n'avez pas grand chose là-dessus. Moi je suis certain qu'il manque une formation complémentaire pour les infirmiers de réanimation comme il y a les IADE ou les IBODE.

**ESI** : Il y a les DU qui se mettent en place aussi ?

**IDE 2** : Oui les DU c'est bien enfin je ne l'ai pas fait mais j'ai regardé un peu les programmes pédagogiques, ça reste très théorique. Ils commencent à inclure un peu de simulation mais de la simulation sur les gros trucs, c'est fait sur des gros trucs techniques donc c'est l'intubation, l'arrêt cardiaque, c'est l'intubation difficile. Je ne vois pas de simulation sur le patient qui va se dégrader tranquillement avec plusieurs paramètres où là tu vas te dire, t'augmentes l'oxygène, t'augmentes la noradré, tu vois le choc septique qui part un peu en sucette. Il n'y a pas toutes ces choses, je pense qu'il y a un affinage à faire là-dessus.

**ESI** : Plus théorique maintenant, c'est quoi pour toi la définition du stress ?

**IDE 2** : Ah ...

**ESI** : Avec des mots simples.

**IDE 2** : La définition du stress ...J'ai ... Je verrai ça comme un état d'hyper vigilance désagréable, qui nous fait sortir de notre zone de confort. Effectivement, il y a la notion de confort, on est pas confortable quand on est stressé et quelque chose qui met nos sens en alerte. Mais vraiment une notion de désagréable dans le stress.

**ESI** : Est-ce que tu ressens du stress quand tu travailles ?

**IDE 2** : Oui oui.

**ESI** : Tu pourrais dire que c'est un bon ou un mauvais stress ?

**IDE 2** : Il y a les deux oui. Tu as le stress quand tu fais ton tour où tu fais tes surveillances voilà il faut bien t'organiser pour ne pas être dans le jus et c'est ce stress qui est positif qui fait que tu vas toujours avoir un petit peu d'avance, préparer tes seringues à l'avance, anticiper tes soins et essayer de te programmer ta journée, ça c'est un petit stress positif. Et puis tu as le stress qui va être négatif qui va arriver quand tu te sens submergé ou que tu vois que tu as des choses qui ne se déroulent pas comme tu l'avais prévues ... je ne sais ... un patient qui a des amines, il y a sa voie proximale qui se bouche, j'y pense ça m'est arrivé il n'y a pas longtemps, ben voilà là tout de suite tu as un état de stress qui est quand même beaucoup plus important et qui te fait un peu oublier tout le reste à côté où tu deviens ... avec un effet tunnel en fait qui te fait focaliser sur le problème et la résolution. Et puis tu as le stress, ça c'est le stress sur des moments précis, puis tu as le stress de tous les jours, tu vois. La période COVID a été très stressante parce qu'en fait même avant d'arriver dans le service tu sais que tu vas arriver sur un truc stressant, qu'il va falloir s'habiller, que tu vas en chier et ça c'est un stress qui est chronique qui va être à chaque fois que tu vas être mis dans la situation et ça c'est très désagréable. C'est le premier stress qui est le moins désagréable le stress positif parce qu'il va te permettre d'être efficace et de ne pas te reposer et d'être nonchalant, il va te garder en vigilance pour ne pas te retrouver dans une situation débordée.

**ESI** : Et les alarmes ? Tu peux dire qu'elles te stressent ou identifier les alarmes comme un élément stressant ?

**IDE 2** : Ah oui pour moi oui. Très stressant ouais. Mais j'ai une intolérance au bruit je pense \*rire\*. Non non moi ça me stresse les alarmes et c'est surtout mon côté maniaque où je me dis des alarmes qui sonnent pour rien ça ça me stresse et ça m'énerve. Que l'alarme elle sonne parce qu'il y a un vrai problème, un patient qui fait de la TV ou qui a un rythme ... des fois on a du mal à régler les alarmes correctement et qui va sonner sans arrêt en TV ben voilà tu t'y fais tu sais que tu ne peux rien y faire mais quand tu as des alarmes qui sonnent et que tu sais que tu peux faire quelques choses c'est juste parce qu'ils y en a que ça gênent moins ben voilà ils laissent sonner parce qu'ils sont moins sensibles peut-être aux alarmes.

**ESI** : Ah oui, il y a une disparité ?

**IDE 2** : Dans le ressenti oui je pense. Ce qui me stress c'est que quand il y a beaucoup d'alarmes qui sonnent on peut rater une alarme véritable parce qu'on va s'habituer au faite que ça sonne en continue dans le service. Mais la sensibilité ça été très bien démontré dans le travail que l'on a fait. On avait je crois 170 alarmes par patient par jour et ça allait à peu près de 150 à 350-400 dans tous les groupes qui avaient été étudiés alarmes par patient par jour. Et

il y a des services par exemple à Paris où les enquêtes avaient été faites comme chez nous et où ils avaient 300 alarmes/patient/jour et ce n'était pas un ressenti, ça ne dérangeait pas tant que ça le personnel alors que chez nous avec 170 alarmes/patient/jour, on était presque au minimum de 150 et en fait il y avait un ressenti négatif assez important dans le service. Les gens d'une manière générale ne trouvaient pas ça cool. Alors est-ce que c'était parce que les gens sont plus habitués au bruit dans les milieux urbains alors qu'ici il y a plus de campagnards je ne sais pas.

**ESI** : C'est intéressant oui. Et justement est-ce qu'il y a des répercussions du bruit lié aux alarmes générées ?

**IDE 2** : En général ? Pour le patient ? Pour nous ?

**ESI** : Pour vous.

**IDE 2** : Oh oui pour nous. Ça génère de la fatigue et de la déconcentration en fait. On en parlait tout à l'heure les interruptions de tâche, ça c'est une grosse conséquence pour les alarmes rouges. Probablement une lassitude parfois qui va avec l'alarme fatigue, c'est que quand tu es obligé d'aller remettre sans arrêt le capteur de sat et qu'à chaque fois ça te génère une alarme bleue ben c'est lassant à force et ça on a tous connu le truc où un moment on se dit ben je vais aller la remettre quand je vais faire mon tour dans un quart d'heure et c'est là où il y a un problème quoi. Donc ouais ouais je pense qu'il y a des conséquences à laisser les alarmes sonner pour nous oui.

**ESI** : Quels leviers avez-vous ou pouvez mettre en place pour faire face aux alarmes ?

**IDE 2** : Des boules Quies \*rire\*. Oui oui il y a pleins de choses à faire. C'est ce que l'on a travaillé avec Philips. La première chose à faire c'est d'aller rapidement inhiber l'alarme et de ne pas la laisser sonner ça c'est ...alors c'est pas toujours évident parce que si ça interrompt une tâche importante tu n'as pas envie de l'arrêter pour aller éteindre une alarme. Après c'est le réglage des alarmes ça veut dire systématiquement tous les matins checker tes alarmes. Alors souvent on les check de manière assez serrée au départ et puis après si on voit que ça sonne on peut les élargir en fonction de soins de la journée ou quand on fait une fibroscopie on augmente bien toutes les alarmes du respirateur pour ne pas que ça sonne parce qu'on sait qu'on augmente toutes les pressions, quand on fait la toilette, on peut mettre pause alarme ce qui est maintenant fait pas mal ce qui avant n'était jamais fait.

**ESI** : Parce qu'avant ...

**IDE 2** : Parce que les gens ne savaient pas. Ils n'avaient pas eu de formation pour les scopes, ils ne savaient pas se servir des pauses alarmes, il y avait eu zéro formation. Il y avait sur l'enquête que l'on a faite, quasiment personne avait été formé, les gens qui avaient été formé c'est quand on est rentré dans le bâtiment et qu'on avait eu des nouveaux scopes, les gens de chez Philips étaient venus et avaient fait une formation d'un jour ou deux et puis les gens qui étaient par-là, ils avaient pris la formation et il n'y avait jamais eu d'autres formations. Et depuis que l'on a fait le travail Philips, c'est une formation obligatoire pour tous les nouveaux arrivants. Et ça depuis que ça c'est fait même les aides-soignants savent se servir des scopes, ils savent la différence entre inhiber une alarme et pause alarme pendant 3 minutes ou 5 minutes, ils savent comment bien positionner les électrodes ça aussi ça génèrent moins d'alarmes et puis ... On a fait des paramétrages par défaut qui génère moins d'alarmes aussi. On a fait des choix réfléchis en fonction d'une analyse des données sur un mois qui avaient

été faites, on a réussi à baisser certaines choses. Les alarmes par exemple de pression artérielle moyenne qui servent strictement à rien, on les a supprimé. La systolique basse on la mise à zéro parce qu'en fait on se base sur la moyenne basse et on a fait ça avec pleins d'alarmes. Et ça ça a permis de baisser de plus de 15% les alarmes donc il y a ça mais moi je pense que c'est la formation qui a fait que les alarmes ont baissé. Le fait que l'on inhibe lorsque l'on veut faire un prélèvement artérielle, qu'on inhibe quand on va déscooper le patient pour faire la toilette tout ça c'est ...il y a du travail à faire mais c'est déjà une belle progression. Là on parle que du bruit des alarmes après il y a d'autres actions qui peuvent être fait pour diminuer ... Je ne sais pas si tu voulais parler d'autres bruits ou si c'était spécifiquement sur les alarmes.

**ESI** : Ça va être essentiellement sur les alarmes du scope et du respirateur. Je lisais un article le fait que si vous inhibez trop de fois une alarme sur le scope, celle-ci va vous dire d'aller voir votre patient.

**IDE 2** : C'est pas tout à fait ça. C'est ça sur le fond, il y a maintenant le « Alarme Advisor » je crois c'est-à-dire que sur une période de 4h si tu as inhibé au moins 10 fois l'alarme il va y avoir une fenêtre qui va s'afficher en te suggérant peut-être de modifier les limites de ton alarme. Parce qu'en fait cette alarme, elle a été inhibée 10 fois au cours des quatre dernières heure. Alors peut-être que ce n'est pas toi qui va l'avoir inhibée, c'est les gens successivement qui vont passer auprès de ton patient ou quand toi tu es occupé tu ne te seras pas rendu compte que ça a été inhibé autant de fois, ça s'est un nouvel outil qui a été mis en place.

**ESI** : D'accord et ça c'est que sur le scope uniquement ?

**IDE 2** : C'est que sur le scope, ça ne se met pas très souvent en place, ça s'allume pas très souvent.

**ESI** : Et ça fait longtemps qu'il est mis en place ?

**IDE 2** : Non ça fait ... il a du passer courant décembre, je crois. Ca avait été mis en test en module B pendant 2 ou 3 mois et puis ça a été validé pour être mis partout. Et là en fait, ce qui est intéressant c'est qu'il ne s'allume pas très souvent donc ça veut dire que les gens, finalement ils font attention leurs alarmes.

**ESI** : Donc le fond de l'histoire c'est que les alarmes sont bien réglées ?

**IDE 2** : Voilà c'est ça. Et je pense que ça c'est la configuration par défaut qui fait qu'elle est déjà pas mal et que l'on a expliqué que pour faire baisser les alarmes, les gens étaient demandeurs.

**ESI** : Et bien c'était la fin de mes questions. Merci beaucoup !

**IDE 2** : Et bien très bien. Ça m'a fait plaisir.

## **Annexe IV : Réponse IDE 2 par mail**

### **Quelle est ta représentation émotionnelle du patient de réanimation ?**

Autrement dit, **quel est pour toi le ressenti du patient face à l'environnement de la réanimation ?**

Je crois que l'émotion qui domine chez les patients hospitalisés en réa est l'anxiété. Ils ressentent souvent un mal-être physique lié à l'affection aigue qui les amène en réanimation (douleurs, dyspnée, faiblesse...). C'est souvent quelque chose qu'ils expérimentent pour la première fois. Cela génère de l'anxiété, à minima, et parfois même de l'angoisse et de la peur.

Il n'est pas rare que ces patients aient aussi des symptômes neurologiques associés (encéphalopathies, désorientations spatio-temporelles...). Ces situations génèrent elles aussi de l'anxiété à minima, mais aussi des émotions plus fortes comme de la peur, paranoïa, panique.

L'environnement de la réanimation est un générateur d'anxiété. Le patient est accueilli par de nombreux soignants, ce qui peut être inquiétant. (Nous les rassurons toujours par rapport au nombre de soignants présents dans la chambre).

Ils se retrouvent dans un environnement technique, avec le scope, le respirateur, les pousse-seringues. Le bruit est important, lié au nombre de soignants, aux alarmes des différents dispositifs médicaux. Cela accroît le stress et l'anxiété. (Pourquoi ça sonne, qu'est ce qui se passe ?). L'environnement de la réanimation est alors le miroir de la gravité de leur état de santé.

Au final, je crois qu'ils ont peur pour leur vie. La réaction émotionnelle d'anxiété est adaptée à la situation.

C'est cette émotion qui domine, mais il y a de nombreuses autres émotions qui se manifestent en parallèle. Comme le soulagement d'être arrivé au bon endroit pour se faire soigner après de nombreuses heures aux urgences par exemple. A contrario, le coup de massue de l'annonce d'un diagnostic grave (leucémie, maladie incurables...)

Comme dans la vie de tous les jours, les émotions évoluent au cours de l'hospitalisation, et suivent les progrès ou les dégradations dans leur état de santé. Quand les patients restent longtemps en réanimation, on voit parfois le schéma de réponse au deuil avec ses différentes étapes, surtout chez les patients qui garderont des séquelles lourdes (amputations, VNI, dialyse...)

Les soins prodigués en réa sont générateurs de nombreux inconforts ; immobilisation, prise de sang, incontinence, faim, soif... Cela peut faire émerger des sentiments de honte, de colère ou de replis sur soi, dépression. Chaque patient réagit selon son propre mode de fonctionnement. A nous d'être attentifs aux signaux qui reflètent leur état émotionnel.

Il y a aussi des émotions positives comme la satisfaction de retrouver de l'autonomie perdue (levé au fauteuil, marche, reprise d'alimentation...), les visites des proches...

Il est maintenant acquis que le passage en réanimation est générateur de stress post-traumatique chez la majorité des patients, avec des séquelles psychologiques lourdes et durables. C'est pour cela que nous avons un rôle de prévention important en améliorant l'environnement du patient en réanimation. Communication positive, diminution du bruit,

gestion des alarmes, écoute, psychologue, visite des proches. Les actions possibles sont nombreuses.

## Annexe V : Tableau d'analyse des entretiens

	Questions du guide d'entretien	IDE 1	IDE 2
Présentation	Pouvez-vous me raconter votre parcours soignant ?	<p>« Diplômée depuis juillet, juillet dernier »</p> <p>« ça fait à peu près 8 mois »</p> <p>« j'ai directement été en réa »</p> <p>« Je n'ai fais que ça pour l'instant »</p> <p>« J'ai 21 ans »</p>	<p>« Je suis infirmier depuis 2000 »</p> <p>« ça fait 17 ans que je suis en réa »</p> <p>« avant la réa, j'ai fais plein d'autres service, les urgences, de l'intérim »</p> <p>« une soixante de services différents en intérim »</p> <p>« de nuit pendant 15 ans en réa et là ça fait 2 ans que je suis de jours »</p> <p>« La nuit on est beaucoup plus maître de son organisation »</p> <p>« On a beaucoup moins d'interruption de tâches »</p>
	Qu'est-ce qui vous a fait choisir un poste en unité de réanimation ?	<p>« tous mes stages »</p> <p>« je n'étais pas faite pour un service de soin classique »</p> <p>« un peu redondant »</p> <p>« c'est toujours la routine »</p> <p>« mon stage en réa ça m'a fait énormément plu »</p> <p>« J'hésitais entre les urgences et la réa »</p>	<p>« Ça s'est difficile à dire »</p> <p>« Très rapidement ça m'a intéressé pendant la formation, pendant les études »</p> <p>« j'avais choisi le module urgence-réanimation »</p> <p>« J'avais fais un stage de troisième année en réanimation polyvalente »</p> <p>« attrait pour la technique »</p> <p>« j'ai toujours bien aimé tout ce qui était technique »</p> <p>« que les patients soient endormis aussi »</p>

### Légende analyse :

- Apports supplémentaires
- Propos différents
- Propos similaires

	Questions du guide d'entretien	IDE 1	IDE 2
Le patient de réanimation	<p>La visée de la sédation par le soignant</p>	<p>« Ça peut être au début de son hospitalisation où tu cherches encore à élucider le problème »  « ils sont forcément tous sédatisés pour le début pour pouvoir voir comment on va prendre la prise en charge »  « en terme de confort »  « patients qui ne sont pas du tout confortables »  « Ça dépend en fait de chaque patient »  « Ils sont sédatisés au moment où ils sont intubés pour une période qui varie et c'est en fonction de ça que l'on va trouver l'étiologie »  « on les désédatisés au fur et à mesure si ça va mieux »  « Mais c'est surtout pour leur confort »</p> <p>« ça dépend de chaque patient »  « les critères sur lesquels ils se basent, les médecins »  « ils commencent à désédatiser les médecins quand tu vois bien que la FiO2 commence à baisser »  « quand le patient a moins besoin d'oxygène, quand les antibiotiques commencent à faire effet »  « ils commencent à bien désédatiser à ce moment là quand tu sens que sur tous les plans les plus importants ça commence à se réguler surtout au niveau de la détresse respi s'ils viennent pour ça »  « tous les patients sont au moins sédatisés 24h au moins »  « c'est quand le problème de base commence à se régler qu'ils commencent à baisser les sédations si le patient est confortable »  « des fois, il n'est pas du tout confortable, il se réveille, il n'est pas du tout confortable »  « tu le resédatisés un petit peu »</p>	<p>« assurer l'hématose »  « assurer l'oxygénation des organes, des tissus. ... qui n'est plus assurée en raison d'une défaillance qu'elle soit pulmonaire, cardiaque, septique, hémorragique »  « un des moyens qui nous permet de contrôler tous les paramètres physiologiques du patient »  « Et notamment la ventilation qui est un paramètre importante de l'hématose »  « ça va dépendre de la pathologie du patient »  « ça va être initialement sur des critères qui ont été définis par la recherche »  « 48h de curarisation avant de voir au niveau pulmonaire ce qui se passe et en fonction de la FiO2 »  « Si on arrive à baisser la FiO2, on va faire un essai de décurarisation et de désédation »  « souvent des critères médicaux »  « les médecins qui vont nous dire »  « Le but étant de garder le patient sédatisé le moins longtemps possible parce qu'il y a des effets secondaires »  « Les effets liés au décubitus, aux infections des poumons liées à la sédation et à l'intubation »</p>

**Légende analyse :**

- Apports supplémentaires
- Propos différents
- Propos similaires

Questions du guide d'entretien	IDE 1	IDE 2
<p>Quelles difficultés le soignant rencontre-t-il face aux réactions du patient sédaté ?</p> <p><i>Question de relance : En quoi est-il difficile pour vous de déchiffrer les besoins des patients en fonction des symptômes ou du non verbale observé ?</i></p>	<p>« même s'il est sédaté des fois ils ne sont pas confortables donc des fois quand on les mobilisent, ils se raidissent ou au niveau du visage tu sens bien qu'ils froncent les sourcils »</p> <p>« sur ça que ça va être difficile »</p> <p>« quand ils sont sédatés, s'ils sont vraiment bien sédatés il n'y a pas vraiment de <b>communication</b> »</p> <p>« <b>quelle soit verbale ou non-verbale</b> »</p> <p>« c'est difficile parce que <b>tu ne les comprends pas, ils ne comprennent pas</b> fin tu vois ils ne sont pas encore assez conscients pour comprendre où ils sont, et toi <b>tu n'arrives pas à comprendre s'ils ont des douleurs, s'ils comprennent où ils sont</b> »</p> <p>« c'est ça qui est <b>plus difficile je pense ... l'entre-deux</b> »</p> <p>« <b>entre la sédation complète et quand ils sont biens éveillés et capables de comprendre</b> »</p> <p>« des fois c'est compliqué quand tu demandes aux patients s'ils ont mal quelques part, qu'ils te disent oui mais <b>tu n'arrives pas à comprendre</b> où ils ont mal »</p> <p>« si tu demandes s'ils se sentent bien et tu vois qu'ils commencent à pleurer et que <b>tu n'arrives pas à parler avec eux pour savoir ce qu'il ne va pas</b> »</p> <p>« tu ne peux pas trop parler d'autre chose »</p>	<p>« La difficultés c'est de souvent voir des patients qui s'agacent, qui s'énervent, qui n'arrivent pas »</p> <p>« Qui veulent nous dire quelques chose ... Et en fait qu'<b>on arrive pas à comprendre</b> »</p> <p>« <b>la difficulté, c'est de savoir si le patient veut nous dire quelque chose d'orienté ou si c'est quelque chose qui est complètement hors propos</b> »</p> <p>« quelque chose qui est en dehors de la situation »</p> <p>« ça arrive très souvent que <b>les patients essaient de nous dire des choses en fait qui ne sont pas du tout contextuelle, ce n'est pas par rapport à leur position, à leur confort, à leur douleur et ça c'est assez difficile à comprendre</b> »</p> <p>« <b>c'est difficile de comprendre</b> s'ils veulent nous dire qu'ils ont mal quelque part, s'ils ont soif et tout mais on arrive toujours à comprendre puisque l'on va toujours poser la question »</p> <p>« si ça concerne <b>quelque chose qui est hors de propos</b>, on arrivera pas à trouver la bonne question ou alors vraiment en y passant du temps et un coup de chance »</p> <p>« ça nous dit souvent si le patient il est loin ou s'il est pas loin en fait, si on a <b>aucune relation</b> quand on le bouge ou alors si on voit que la fréquence cardiaque s'accélère ou même que la tension baisse »</p> <p>« c'est assez difficile de pointer quelle réaction physiologique et qu'est-ce qu'elle peut dire »</p> <p>« La tachycardie, est-ce que c'est parce qu'on l'a mobilisé, est-ce que c'est une peur, est-ce que c'est une sensation de vertige ou est-ce que c'est une douleur, ça c'est vrai que ce n'est pas facile quand ils sont sédatés »</p> <p>« la finalité c'est qu'<b>il nous reste souvent des doutes</b> »</p> <p>« <b>on ne sait pas</b> »</p> <p>« <b>On émet des hypothèses, on en parle entre nous</b> »</p> <p>« <b>chaque soignant va comprendre quelque chose de différent, chaque patient pour un même symptôme, que ce soit une douleur par exemple, va l'exprimer différemment</b> »</p> <p>« c'est aussi ça le coeur de métier de soignant, le prendre soin, c'est de faire l'analyse de tous les stimuli qui nous viennent et ça en fait partie ce qu'il y a sur le scope, les réactions patients. »</p> <p>« il restera <b>une part d'incertitude</b> à chaque fois »</p>

Questions du guide d'entretien	IDE 1	IDE 2
<p>Quelle est votre représentation émotionnelle du patient de réanimation ?</p>	<p>« l'anxiété »  « tous les fils, toutes les alarmes »  « ça peut que stresser un patient »  « tu es dans un lit tu as du bruit partout, tu n'as que des gens en blouses blanches »  « c'est hyper stressant l'environnement de la réa »  « l'anxiété chez le patient »  « je dirai l'anxiété, l'émotion qu'ils peuvent ressentir le plus »  « c'est un environnement qui peut être hyper stressant »  « tu peux vite paniquer »  « quand tu fais un soin à un patient intubé et qui est complètement conscient, si tu ne lui expliques pas ce que tu fais, il va très vite réagir »  « direct elle stresse »  « tous les médecins qui sont autour »  « l'alarme qui fait que de sonner parce qu'elle désature »  « c'est hyper stressant si tu ne lui dis pas ce que tu vas faire, ce que tu es en train de faire et pourquoi »  « le patient il est complètement angoissé »</p>	<p>« l'anxiété »  « ressentent souvent un mal-être physique lié à l'affection aiguë qui les amène en réanimation »  « Génère de l'anxiété »  « Parfois même de l'angoisse et de la peur »  « symptômes neurologiques associés (encéphalopathies, désorientations spatiotemporelles...) »  « émotions plus fortes comme de la peur, paranoïa, panique »  « L'environnement de la réanimation est un générateur d'anxiété »  « environnement technique, avec le scope, le respirateur, les pousse-seringues »  « Le bruit est important, lié au nombre de soignants, aux alarmes des différents dispositifs médicaux »  « accroît le stress et l'anxiété »  « L'environnement de la réanimation est alors le miroir de la gravité de leur état de santé »  « ils ont peur pour leur vie »  « La réaction émotionnelle d'anxiété est adaptée à la situation »  « Les soins prodigués en réa sont générateurs de nombreux inconforts ; immobilisation, prise de sang, incontinence, faim, soif ... »  « Cela peut faire émerger des sentiments de honte, de colère ou de replis sur soi, de dépression. »  « le passage en réanimation est générateur de stress post traumatique chez la majorité des patients »  « rôle de prévention important en améliorant l'environnement du patient en réanimation »  « Communication positive, diminution du bruit, gestion des alarmes, écoute, psychologue, visite des proches »</p>

	Questions du guide d'entretien	IDE 1	IDE 2
La relation soignant-soigné	D'un point de vue relationnel, qu'est-ce qui est difficile dans la prise en soin du patient en réa ?	<p>« Quand le patient est endormi c'est de ne pas avoir de communication avec lui »</p> <p>« Même si tu lui expliques tout ce que tu fais, tu lui expliques ce que tu fais mais tu ne lui demandes pas son avis »</p> <p>« même quand le patient est conscient »</p> <p>« tu communique avec lui mais c'est pas une communication »</p> <p>« Tu n'arrives pas à vraiment comprendre ses besoins »</p> <p>« tu n'arrives pas à comprendre s'il a mal »</p> <p>« tu n'arrives pas à comprendre »</p> <p>« moi j'ai l'impression qu'on arrive pas à les comprendre hyper bien »</p> <p>« c'est de la frustration des fois »</p> <p>« tu sens que tes patients ils ont besoin de parler »</p> <p>« tu n'arrives pas à les comprendre »</p> <p>« tu n'arrives pas à comprendre forcément où ils ont mal »</p>	<p>« des patients qui ne coopèrent pas pour les soins, pour une raison ou une autre »</p> <p>« Soit ils ont un délirium, soit on arrive pas à entrer parce qu'ils sont fermés sur le traumatisme de leur état de choc de rentrer en réanimation »</p> <p>« c'est ça le plus difficile pour rentrer en communication avec ces gens là »</p> <p>« La relation soignant-soigné, elle est importante dans le soin et si on n'arrive pas à la mettre en place [...] là ça devient difficile au niveau relationnel »</p> <p>« on ne se sent pas forcément à l'aise lorsque l'on va rentrer dans la chambre ou quand le patient va nous renvoyer de l'agressivité »</p> <p>« la communication »</p> <p>« Le manque de retour du patient »</p> <p>"nous on va pouvoir rentrer dans la chambre, lui parler, nous on a l'habitude de leur parler, de leur dire ce que l'on va faire »</p> <p>« il n'y a pas de retour en face quoi et là la relation elle va que dans un sens au final »</p> <p>« l'incertitude de se dire est-ce que vraiment ça sert à quelque chose que je lui parle, que je lui explique tout ça »</p> <p>« dans le doute en fait il faut le faire même si en fait ça n'atteint pas son cerveau »</p>
	Comment percevez-vous le bruit au sein du service de réanimation ?	<p>« j'ai fait une nuit où ça a sonné de partout quand j'arrive chez moi tu en as plein la tête »</p> <p>« tu es beaucoup plus fatiguée quand tu as entendu des alarmes toute la journée »</p> <p>« on essaie que les alarmes ne sonnent pas mais en vrai c'est dur des fois »</p> <p>« moi je trouve ça augmente la fatigue deux fois plus du soignant »</p> <p>« entendre à répétition des bruits c'est fatigant »</p> <p>« on est de nuit »</p> <p>« je dirais qu'on a moins de bruit parce qu'il y a moins de gens, il y a moins de passage »</p>	<p>« D'une manière très désagréable »</p> <p>« ça c'est un truc qui m'a toujours horripilé d'avoir des alarmes qui sonnaient pour rien »</p> <p>« ça me dérange beaucoup »</p>

**Légende analyse :**

- Apports supplémentaires
- Propos différents
- Propos similaires

Questions du guide d'entretien	IDE 1	IDE 2
<p>Le bruit a-t-il un impact sur votre relation de soin ?</p>	<p>« Forcément »  « déjà le patient ça va l'angoisser, chez le patient ça va interférer, chez moi ça va interférer parce que je ne vais plus être concentrée sur ce que je fais, je vais être concentrée sur l'alarme qui est en train de sonner, me demander pourquoi ça sonne »  « si je suis en train de faire un soin dans telle chambre et que ça sonne, directement on arrête ce que l'on fait avec le patient pour aller voir du coup on arrête »  « ça interfère quand même dans ce que l'on fait »  « Même si on est en train de parler avec un patient, même un patient pas intubé, s'il a une alarme qui se met à sonner on va arrêter ce que l'on fait »  « ça arrête tout ce que l'on fait et notre attention ne va plus être portée sur la même chose »  « Elle va être portée sur l'alarme qui est en train de sonner »  « Je pense qu'inconsciemment ça a un impact sur lui »  « un séjour en réanimation même si on pense que les patients dorment et tout ça, en vrai ça a un impact sur eux »  « je pense moi que ça a quand même un impact sur le patient inconsciemment que tout ce bruit a un impact mais ce n'est pas une certitude »</p>	<p>« ça m'énerve »  « Une journée qui va être très bruyante, je vais être vachement plus fatigué à la fin de la journée » / « moins de patience avec les collègues »  « ça m'arrivait de me coucher, de fermer les yeux et d'entendre les alarmes » / « ça a un impact très fort »  « je pense qu'il y a pleins d'impacts sur les relations dans le service »  « quand on travaille et qu'il y a plein de bruit ça fait monter la pression pour tous le monde »  « risque de rater des alarmes »  « l'alarme fatigue et on va pas s'en rendre compte et on va rater une alarme importante »  « Pour les patients, je pense que ce n'est pas sécurisant parce qu'ils entendent du bruit de partout, ça doit les stresser aussi »  « on s'énerve les uns un peu contre les autres »  Si j'étais patient : « je me demande s'il ne m'arrive pas quelque chose »  « rassurez-vous si ça sonne c'est juste des alarmes que nous on met » / « il y a beaucoup de fausses alarmes »  « il ne faut pas que ça vous tracasse »  « c'est important aussi de faire toutes les actions pour que ça sonne le moins possible »  « les alarmes qui sonnent soient des alarmes pertinentes et qu'elles entraînent une réaction derrière »  « les alarmes non pertinentes il faut absolument les éliminer enfin au maximum »  « entendre une alarme rouge qui sonne et l'entendre sonner et sonner »  « c'est stressant, très stressant »  « Sur un bilan sanguin ça m'est arrivé de lâcher mes tubes et de repartir d'aller voir ce qui sonnait »  « c'est une interruption de tâche »  « les alarmes génèrent pas mal d'interruptions de tâches parce que l'on est obligé d'arrêter ce que l'on fait pour s'assurer de ce qui se passe, surtout les alarmes rouges »  « Les alarmes jaunes c'est moins grave »  « quand elle est rouge, il n'y a pas de délai, on est obligé d'arrêter ce que l'on est en train de faire »</p>

	Questions du guide d'entretien	IDE 1	IDE 2
Le soignant de réanimation	Selon vous, les 3 ans d'études infirmières, suffisent-elles à arriver en réanimation confortablement ?	<p>« Ah non pas du tout ... pas du tout pas du tout »</p> <p>« je pense qu'elles ne suffisent pas au niveau des soins techniques »</p> <p>« je pense qu'il faudrait faire un cours sur les trucs en réanimation »</p> <p>« Au niveau relationnel, je pense que les trois ans d'école suffisent »</p> <p>« on apprend pas le relationnel avec quelqu'un qui est endormi »</p> <p>« au niveau que ce soit des soins techniques ou des connaissances je trouve que l'on est pas du tout »</p> <p>« à mon avis ça ne suffit pas »</p> <p>« il te faut un minimum de connaissances quand tu arrives là-bas sur l'environnement de la réa sinon tu es perdu et sur les outils que ce soit le respi, le scope »</p> <p>« tu as trop de nouveautés d'un coup »</p>	<p>« je ne pense pas que c'est spécifique à la réanimation »</p> <p>« Je pense que c'est plus large »</p> <p>« Les 6 premiers mois entre la technique, les surveillances spécifiques, savoir quand appeler le médecin, arriver à déceler les dégradations du patient pour ne pas rater enfin faire un défaut de surveillance ça ça m'a vraiment stressé »</p> <p>« j'avais la boule au ventre »</p> <p>« il manque un module réanimation »</p> <p>« je suis certain qu'il manque une formation complémentaire pour les infirmiers de réanimation »</p>

**Légende analyse :**

- Apports supplémentaires
- Propos différents
- Propos similaires

Questions du guide d'entretien	IDE 1	IDE 2
<p>Quelle est votre définition du stress ?</p>	<p>« je ne suis pas quelqu'un qui est très stressée dans la vie »  « Je ne suis pas stressé dans la vie de tous les jours mais en réa forcément tu stresses que ce soit ben au début je stressais pour par exemple aller au scanner »  « dès que tu as une situation d'urgence tu stresses forcément »  « je ne sais pas si c'est du stress »  « ou bien un mélange d'adrénaline »  « mais je pense que je stresse quand même »  « tu es dans l'urgence, faut aller vite forcément tu stresses »  « sinon en vrai ça va »  « quand je rentre chez moi, je me demande si j'ai tout bien fait c'est plus ce stress là »  « le stress en situation d'urgence ça me procure de l'adrénaline »  « ça me fait comme faire les choses plus vite »  « J'ai l'impression que mon cerveau fait les choses beaucoup plus vite, mon cerveau capte beaucoup plus vite »  « J'aurai plus tendance à vouloir être partout en même temps »  « faire tout en même temps pour faire bien »  « Mais non pas paralysant »</p>	<p>« un état d'hyper vigilance désagréable, qui nous fait sortir de notre zone de confort »  « il y a la notion de confort, on n'est pas confortable quand on est stressé et quelque chose qui met nos sens en alerte »  « vraiment une notion de désagréable dans le stress »  « Oui oui » / « Tu as le stress quand tu fais ton tour où tu fais tes surveillances voilà il faut bien t'organiser pour ne pas être dans le jus »  « ce stress qui est positif qui fait que tu vas toujours avoir un petit peu d'avance, préparer tes seringues à l'avance, anticiper tes soins et essayer de te programmer ta journée »  « tu as le stress qui va être négatif qui va arriver quand tu te sens submergé ou que tu vois que tu as des choses qui ne se déroulent pas comme tu l'avais prévu »  « tu as un état de stress qui est quand même beaucoup plus important et qui te fais un peu oublier tout le reste à côté »  « avec un effet tunnel » / « qui te fait focaliser sur le problème et la résolution » /  « La période COVID a été très stressante »  « avant d'arriver dans le service tu sais que tu vas arriver sur un truc stressant »  « c'est un stress qui est chronique qui va être à chaque fois que tu vas être mis dans la situation et ça c'est très désagréable »  « le stress positif parce qu'il va te permettre d'être efficace et de ne pas te reposer et d'être nonchalant, il va te garder en vigilance pour ne pas te retrouver dans une situation débordée »  « Très stressant » / « ça me stresse les alarmes » / « des alarmes qui sonnent pour rien ça ça me stresse et ça m'énerve »  « Ce qui me stress c'est que quand il y a beaucoup d'alarmes qui sonnent on peut rater une alarme véritable parce qu'on va s'habituer » / « ça sonne en continue dans le service » / « le ressenti »  « On avait je crois 170 alarmes par patient par jour » / « il y avait un ressenti négatif assez important dans le service »  « ils avaient 300 alarmes/patient/jour et ce n'était pas un ressenti, ça ne dérangeait pas tant que ça le personnel »  « les gens sont plus habitués au bruit dans les milieux urbains alors qu'ici il y a plus de campagnards je ne sais pas »</p>

Questions du guide d'entretien	IDE 1	IDE 2
<p>Pour vous, quelles sont les répercussions que le bruit lié aux alarmes peut générer ?</p>	<p>« De la fatigue »  « du stress aussi »  « tu vois l'alarme tu te dis merde »  « Si vraiment c'est un truc important ça va commencer à te stresser »  « De la fatigue si tu en as eu toute la journée ou toute la nuit »</p>	<p>« Ça génère de la fatigue et de la déconcentration »  « interruptions de tâche, ça c'est une grosse conséquence pour les alarmes rouges »  « lassitude parfois qui va avec l'alarme fatigue »  « quand tu es obligé d'aller remettre sans arrêt le capteur de sat et qu'à chaque fois ça te génère une alarme bleue ben c'est lassant à force »  « je pense qu'il y a des conséquences à laisser les alarmes sonner pour nous »</p>
<p>Quels leviers avez-vous ou pouvez mettre en place pour faire face aux alarmes ?</p>	<p>« les nouveaux scopes quand tu inhibes trop il te met attention vous avez inhibez trop, genre 4 fois au bout de temps d'heures, temps de temps l'alarmes. Veuillez à aller voir votre patient ou alors à baisser ou réguler votre alarme »  « il faut que je monte ou que je baisse mon alarme pour éviter que ça fasse du bruit »  « je la baisse ou je la monte en fait »  « en fonction des objectifs »  « j'essaie franchement que ça sonne le moins possible des fois ça fait que sonner »  « sonne le plus c'est les pinces de sat qui vont s'enlever et se remettre »  « je vais remédier à ça en changeant de pince ou en mettant au front et ça s'arrête »  « le respi parce que le patient mord sur le tube »  « on essaie quand même de trouver des solutions sur les alarmes qui sonnent et pourquoi elles sonnent »</p>	<p>« aller rapidement inhiber l'alarme et de ne pas la laisser sonner »  « le réglage des alarmes ça veut dire systématiquement tous les matins checker les alarmes »  « souvent on les check de manière assez serrées au départ et puis après si on voit que ça sonne on peut les élargir en fonction de soins de la journée »  « fibroscopie on augmente bien toutes les alarmes du respirateur pour ne pas que ça sonne parce qu'on sait qu'on augmente toutes les pressions »  « la toilette, on peut mettre pause alarme »  « les gens ne savaient pas »  « Ils n'avaient pas eu de formation pour les scopes, ils ne savaient pas se servir des pauses alarmes »  « il y avait eu zéro formation »  « formation obligatoire pour tous les nouveaux arrivants »  « même les aides-soignants savent se servir des scopes, ils savent la différence entre inhiber une alarme et pause alarme pendant 3 minutes ou 5 minutes »  « ils savent comment bien positionner les électrodes ça aussi ça génère moins d'alarmes »  « paramétrages par défaut qui génère moins d'alarmes »  « Les alarmes par exemple de pression artérielle moyenne qui servent strictement à rien, on les a supprimé »  « on inhibe lorsque l'on veut faire un prélèvement artérielle »  « on inhibe quand on va déscoper le patient pour faire la toilette »  « c'est déjà une belle progression »</p>

## **Annexe VI : Abstract**

---

**NOM** : CHAPPÉ

**PRÉNOM** : Gwendoline

---

**TITRE** : Patients, alarmes, stress : la trilogie du soignant de réanimation

---

*Introduction* : Les alarmes présentes en réanimation sont l'une des principales nuisances sonores de cette unité de soins. La présente étude met en lumière l'impact du stress généré par les alarmes sur les soignants et sur la prise en soin des patients de réanimation.

*Méthode* : Ce travail de recherche a débuté par de nombreuses lectures afin d'approfondir les connaissances relatives au sujet de recherche. Pour venir compléter les apports théoriques, deux entretiens ont été menés auprès de deux infirmiers de réanimation. Une jeune infirmière ayant débuté en réanimation après l'obtention de son diplôme et un infirmier plus expérimenté exerçant depuis 17 ans en réanimation.

*Résultats* : Suite à l'analyse croisée des entretiens et des lectures effectuées, cette étude met en avant l'importance du stress généré par les alarmes non pertinentes sur les soignants et les conséquences que cela peut avoir sur la prise en soin du patient. En effet, les soignants admettent que les alarmes engendrent des interruptions de tâches, des pertes d'attention et de la fatigue.

*Discussion* : Au travers de l'analyse des différents résultats obtenus et des apports théoriques, ce travail de recherche m'a finalement amené à une question de recherche : En quoi la perception du stress impacte le niveau d'attention du soignant au sein d'une unité de réanimation ?

---

**MOTS CLÉS** : Réanimation, alarmes, stress, bruit, relation soignant-soigné

---

*Introduction* : The alarms present in the intensive care unit are one of the main noise nuisances in this care unit. The present study highlights the impact of the stress generated by alarms on caregivers and on the care of intensive care patients.

*Method* : This research work began with numerous readings in order to deepen the knowledge related to the research subject. To complete the theoretical contributions, two interviews were conducted with two intensive care nurses. A young nurse who started in intensive care after obtaining her diploma and a more experienced nurse who has been practicing for 17 years in intensive care.

*Results* : Following the cross-analysis of interviews and readings, this study highlights the importance of the stress generated by irrelevant alarms on caregivers and the consequences that this can have on patient care. Indeed, caregivers admit that alarms cause interruptions of tasks, loss of attention and fatigue.

*Discussion* : Through the analysis of the different results obtained and the theoretical contributions, this research work finally led me to a research question: How does the perception of stress impact the level of attention of the caregiver within an intensive care unit ?

---

**KEYWORDS** : Intensive care unit, alarm, stress, noise, patient-carer relationship

---