



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

La communication dans la relation soignant/soigné en réanimation : impact de l'environnement technique sur les interactions verbales et non-verbales



Formateur référent mémoire :
Vincent BOUTEMY

HELOU Capucine
Formation infirmière
Promotion 2020-2023

2 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'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

La communication dans la relation soignant/soigné en réanimation : impact de l'environnement technique sur les interactions verbales et non-verbales

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'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 20 avril 2023

Identité et signature de l'étudiant : HELOU Capucine

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements

Je tiens avant tout à exprimer ma sincère gratitude envers toutes les personnes qui m'ont accompagné durant mon travail de recherche.

Je souhaite tout particulièrement remercier mon guidant Vincent BOUTEMY pour sa précieuse aide, ses conseils avisés et ses encouragements qui ont grandement contribué à la réussite de ce projet.

Mes amies ont également été une ressource indispensable tout au long de ma formation et de la réalisation de ce travail, je tiens à leur exprimer toute ma reconnaissance.

Je suis également très reconnaissante envers ma mère, dont le soutien moral constant m'a permis de persévérer dans la rédaction de mon mémoire infirmier.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers les infirmiers que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de mes recherches. Leurs témoignages et leurs expériences m'ont été d'une aide inestimable pour mieux comprendre mon sujet et rédiger ce mémoire.

Introduction	1
1 Le cheminement vers la question de départ :	2
1.1 Situations d'appel.....	2
1.1.1 Première situation	2
1.1.2 Deuxième situation	3
2 Cadre conceptuel :	4
2.1 La réanimation	4
2.1.1 Définition	4
2.1.2 Le patient de réanimation :	5
2.1.3 L'environnement technique de la réanimation	5
2.2 La relation soignant/soigné.....	6
2.2.1 Définition	6
2.2.2 Le principe de la relation soignant/soigné en réanimation	7
2.2.2.1 La relation d'aide.....	8
2.2.2.2 La relation de confiance.....	8
2.2.3 Les critères de qualité de la relation soignant/soigné.....	9
2.3 La communication.....	9
2.3.1 Définition	9
2.3.2 Les obstacles à la communication en réanimation	10
2.3.3 La communication non verbale.....	12
2.3.4 Relation de communication avec la famille.....	12
3 L'analyse des entretiens	14
3.1 Méthodologie des entretiens	14
3.2 L'analyse descriptive.....	14
3.2.1 L'environnement de la réanimation	15
3.2.2 La relation soignant/soigné en réanimation.....	15
3.2.3 La communication et ses limites.....	16
3.2.4 La famille : ressource ou contrainte ?	17
4 La discussion	19
4.1 Axe 1 : L'impact de la réanimation sur les patients	19
4.2 Axe 2 : Les principes de la relation soignant/soigné.....	20
4.3 Axe 3 : Les enjeux de la communication en réanimation.....	23
4.4 Axe 4 : Vers une question de recherche	24
5 Conclusion.....	25
Bibliographie :	26

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Entretiens retranscrits

Annexe III : Échelle de douleur BPS.

Siglier

ECMO : ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

CPBIA : Contre Pulsion par Ballon Intra Aortique

SFAR : Société Français d'Anesthésie Réanimation

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

CTCV : Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

PSE : Pousse Seringue électrique

BPS : Behavioral Pain Scale

Introduction

Au terme de ma formation en soins infirmiers, je présente aujourd'hui mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Ce travail conclut trois années de formation à un métier d'engagement, de passion et d'humanité.

Ayant été attirée depuis mon entrée à l'école par le service de réanimation, j'ai pu y effectuer un stage lors de mon cinquième semestre. Ce fût un stage charnière dans ma formation et dans mon apprentissage, c'est la raison pour laquelle j'ai décidé d'y consacrer mon mémoire de fin d'études. J'y ai découvert un environnement passionnant dans lequel règnent la technicité, l'entraide, la bienveillance et le dévouement. Les liens entre le personnel soignant et les patients hospitalisés y sont très forts et j'en ai moi-même pu faire l'expérience. J'ai décidé de mettre l'accent sur cette relation dans mon travail, sur ce qui la facilite ou au contraire ce qui la freine puisque c'est selon moi le fondement d'une bonne prise en soin.

Après avoir rédigé mes deux situations d'appel ainsi que mes questionnements, j'aborderai ce mémoire avec un cadre théorique solide, articulé dans l'ordre : la réanimation, la relation soignant/soigné et enfin la communication, afin de répondre au mieux à ma question de départ. J'analyserai ensuite les entretiens effectués auprès d'infirmiers liés de près à mon sujet, puis discuterai des résultats obtenus en y ajoutant mon point de vue. Je conclurai enfin par un résumé de mon travail, donnerai mon avis sur celui-ci et développerai sur ce qu'il m'a apporté.

1 Le cheminement vers la question de départ :

1.1 Situations d'appel

1.1.1 Première situation

Je suis actuellement en stage en réanimation CTCV et je prends en charge une patiente de 52 ans nommée Me S. Elle a subi une greffe rénale il y a 15 jours et une greffe cardiaque il y a 14 jours. Malheureusement, son état de santé reste préoccupant et elle reste dépendante de l'hémodialyse pour soulager ses reins et de la circulation extra corporelle (ECMO) pour soulager son cœur. De plus, depuis ses interventions, Me S n'a toujours pas été extubée, ce qui nous empêche d'évaluer ses fonctions cognitives. Malgré l'arrêt complet des sédations depuis 4 jours, nous n'avons pas encore pu établir de contact réel avec la patiente. Elle ouvre les yeux, mais il n'y a pas de franc suivi du regard ni de réponse aux ordres simples. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela, notamment la prise d'une dizaine de kilos d'œdèmes qui limite la mobilisation de ses doigts et l'empêche de serrer les mains, ainsi que le diagnostic de neuromyopathie de réanimation.

Cet après-midi, les enfants de la patiente sont venus lui rendre visite alors que j'étais seule dans la chambre. Je me suis présenté et j'ai continué ce que j'étais en train de faire, à savoir trier les PSE et vérifier les réglages de la machine d'hémofiltration. Dans un premier temps, ils m'ont posé des questions sur les machines qui maintenaient leur mère en vie. J'ai répondu autant que possible en utilisant mes connaissances, mais lorsque je n'avais pas la réponse, je les ai encouragés à s'adresser à l'infirmière ou au médecin. Ensuite, ils ont commencé à me demander quand leur mère allait se réveiller. J'ai expliqué qu'il fallait du temps car elle avait été sédatée pendant une longue période, mais que tous les médicaments qui la maintenaient endormie avaient été arrêtés. Sa fille m'a alors demandé si sa mère nous entendait, si elle les reconnaissait et si elle les voyait, ce qui m'a posé des difficultés car je ne connaissais pas la réponse. J'ai donc expliqué que je ne pouvais pas affirmer si elle nous entendait ou nous reconnaissait.

Cela m'a amené à réfléchir sur le temps que nous passons en tant qu'équipe soignante autour de la patiente. Nous vérifions les machines, posons les thérapeutiques et examinons ses pupilles, mais nous passons la plupart de notre temps dans la chambre sans prendre le temps d'essayer de communiquer avec la patiente. Nous devrions peut-être envisager de passer plus de temps avec elle pour mieux comprendre ses besoins et essayer de l'aider à communiquer avec nous.

1.1.2 Deuxième situation

Au cours de ma deuxième semaine de stage, j'ai été affectée à un secteur comprenant deux patients : un patient atteint de troubles neurologiques (chambre 5) et un patient en état de choc cardiogénique qui dépendait d'un dispositif ECMO (chambre 6). À la fin de la semaine, j'ai remarqué que nous avions tendance à simplifier l'identification du patient de la chambre 6 en l'appelant simplement "l'ECMO". Au début, je n'ai pas réalisé l'importance de ce raccourci et j'ai moi-même utilisé cette expression. Avec le temps, j'ai été choquée de voir comment nous pouvions réduire un patient à sa machine. En effet, cela donne l'impression que nous mettons la technologie avant le patient, alors que c'est lui qui est en vie grâce à la machine. Comment pouvons-nous oublier le patient de cette façon ?

J'ai alors remis en question ma façon d'effectuer les tours de surveillance de ce patient. En effet, je passe beaucoup de temps à surveiller les vitesses des PSE et à relever les données de l'ECMO et du respirateur, mais je négligeais l'observation du patient lui-même et de son visage. J'ai alors compris que je devais apprendre à communiquer avec les patients intubés et techniquement assistés, et accorder davantage d'attention à leur bien-être général plutôt qu'à leurs machines.

Ces deux situations se rejoignent à mon sens car elles témoignent du fait qu'en plus de réduire un patient à ses appareillages, il y a un impact sur la relation soignant/soigné. Une hospitalisation en service de réanimation est une grosse source d'angoisse pour les patients. Ces angoisses sont majorées lorsqu'un nombre important de soignant gravite autour d'eux, ce qui est le cas lorsqu'un patient est sous CEC par exemple. Les médecins rentrent pour faire des réglages sur celle-ci, et le rôle des infirmier(e)s est d'être au plus proche du patient, effectuer de la réassurance. Il est essentiel pour les patients qu'ils se sentent entourés pendant cette épreuve difficile. Le fait qu'un patient dépende d'appareillages a tendance à concentrer le temps que les infirmières passent dans la chambre aux machines qui entourent le patient, à ses dépens, ce qui risque d'altérer la relation soignant/soigné.

Mes questionnements sont les suivants :

- En quoi la communication entre le patient et le soignant est-elle essentielle dans le processus de prise en soin, et comment peut-elle être mise de côté en réanimation ?
- Comment la dépendance d'un patient à des appareillages médicaux peut-elle affecter la qualité de la relation soignant/soigné en réanimation ?
- Comment peut-on établir une relation de confiance avec un patient qui est multi-appareillé et peu communicant ?
- Quels sont les outils de communication les plus efficaces pour les soignants travaillant en réanimation, en particulier avec des patients dépendant d'appareillages ?

- Comment l'environnement technique de la réanimation peut-il influencer la relation soignant/soigné, et comment peut-on y remédier ?
- Comment peut-on encourager les soignants à développer une approche plus complète dans la prise en soin des patients en réanimation, plutôt que de se concentrer sur les aspects purement techniques ?

De tous ces questionnements, ma question de départ est la suivante :

Dans quelles mesures l'environnement technique en réanimation peut-il nuire à la qualité de la relation soignant/soigné ?

2 Cadre conceptuel :

2.1 La réanimation

2.1.1 Définition

La réanimation se définit dans le dictionnaire médical à l'usage des IDE 3^{ème} édition (2009), par un ensemble de soins qui permettent de rétablir les fonctions vitales momentanément compromises dans des situations médicales, chirurgicales ou accidentelles aiguës. Elle est donc considérée comme un domaine de soins apportés à des patients en état critique. Michèle Grosclaude (2019) perçoit la réanimation comme un « autre monde » propre au patient réanimé. Elle précise dans L'accompagnement en réanimation ou « l'entrée dans un autre monde » que la réanimation est un monde paradoxal et confusionnant, consacré à la vie et la survie, entièrement occupé par la technique, défini par le maintien ou la restauration des grandes fonctions vitales. Deux idées s'opposent ici : le fait de définir la réanimation comme un monde, un environnement, et le fait d'y voir une activité, un ensemble de soins. Les auteurs de L'infirmière en service de réanimation (2022), rejoignent Grosclaude, en spécifiant que la réanimation est un service d'hospitalisation, une unité disposant de l'environnement technique et humain permettant d'accueillir et de soigner « des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance ». On peut

également rajouter, pour définir ce qu'est la réanimation, le ressenti de Dominique Bromberger, qui, lorsqu'il est entré pour la première fois dans un service de réanimation, a selon lui quitté le « monde des vivants » pour entrer dans un autre (Un aller-retour, 2004, p78). De manière générale, dans le langage courant ainsi que dans les ouvrages, la Réanimation est le terme utilisé pour nommer le lieu dans lequel sont prodigués les soins.

2.1.2 Le patient de réanimation :

Comme expliqué plus haut, la réanimation implique des patients dans un état critique et dans un besoin d'aide afin de maintenir leurs grandes fonctions vitales. Le type de patient dépend du type de réanimation. Sur le site de la SFAR, nous relevons les principaux motifs d'hospitalisation : si ils présentent une défaillance d'une fonction vitale comme par exemple lors d'une infection grave (choc septique), d'une intoxication médicamenteuse, d'un polytraumatisme, d'un coma, d'une insuffisance rénale aiguë, d'une insuffisance respiratoire aiguë, après un arrêt cardiaque ou encore en post-opératoire d'une chirurgie majeure comme la chirurgie cardiaque ou digestive. On y apprend que selon l'âge et la raison du déclin de l'état de santé du patient, il peut être envoyé dans une réanimation spécifique (médicale, chirurgicale, post-chirurgie cardiaque, neurochirurgie, néo-natale et pédiatrique) Dans l'article n°205 de la revue L'aide-soignante, Eric Delpierre (2019) explique : « La conscience des patients peut aller de normale à coma aréactif, et la communication doit s'adapter à cette variabilité. Un patient peut même avoir des niveaux de conscience fluctuants au cours de la même journée. La communication peut être également altérée par des dispositifs respiratoires empêchant toute communication verbale (respirateur, trachéotomie) ». Selon P. Colson (2001), la dépendance vis à vis d'une assistance crée une perturbation profonde dans la perception de son propre corps. Chaque situation en réanimation est propre au patient. Elle varie donc selon les appareillages, l'état de conscience et l'état cognitif, les traitements et la pathologie du patient. La réanimation implique une vulnérabilité extrême du patient, tant d'un point de vue psychologique que d'un point de vue somatique.

2.1.3 L'environnement technique de la réanimation

L'environnement du patient en réanimation se limite à sa chambre. Dans le référentiel sur la structure et l'organisation des unités en réanimation, publié par la SRLF (2012), on retrouve de nombreuses recommandations et normes visant à équiper les chambres de réanimation. On y retrouve premièrement des équipements visant au « confort » du patient : un matelas anti-escarre, télévision visible du lit, calendrier et horloge numérique, fauteuil médicalisé, un espace de rangement des affaires

personnelles, un dispositif d'appel. Dans l'annexe A du document, figurent les principaux équipements des chambres et unités de réanimation : moniteur de surveillance multiparamétrique, module ECG et fréquence respiratoire, module pression artérielle invasive, module pression artérielle non invasive, module SpO2, Module de surveillance de la température, module de capnographie, ventilateur lourd, réchauffeur/humidificateur chauffant, manodétendeur air, manodétendeur O2, pousse seringue avec base, pompe à nutrition entérale, pompe à nutrition parentérale, matelas anti-escarre, bras, lit avec pesée. En fonction de la pathologie du patient, plusieurs machines de suppléances peuvent s'ajouter à la liste : l'hémodialyse, l'ECMO (veino-veineux, ou artério-veineux), la CPBIA, assistances cardiaques... On en déduit que c'est un environnement hyper-techniqué, qui favorise un climat d'anxiété pour les patients, et que chaque appareillage différent constitue un facteur de gravité de l'état de santé du patient. C'est ce qu'expliquent les auteurs de ECLS et ECMO guide pratique (2010) à la page 262, en précisant que par exemple, implanter un ECMO sous-entend que le patient est en détresse vitale et que son pronostic est incertain.

De plus, lorsque l'on évoque l'environnement technique de la réanimation, on parle aussi de l'équipe médicale et paramédicale. Aux vues de la complexité des patients, l'organisation des services est faite en sorte qu'une infirmière soit responsable de 2 ou 3 patients sur sa prise de poste. Une présence médicale est assurée 24h/24h dans le service. Ces critères sont basés sur le Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 du Code de la Santé Publique, qui impose au minimum deux infirmier(e)s pour cinq patients, quatre aides soignant(e)s pour un patient, et au minimum un médecin de l'équipe médicale. (Art. D. 712-106 et Art. D. 712-109).

2.2 La relation soignant/soigné

2.2.1 Définition

Dans un cours sur la relation soignant/soigné, M. Pitte (2019) définit le soignant et le soigné de manière individuelle. Le soignant délivre des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, lorsque le soigné est celui qui bénéficie de ces soins. Il perçoit la relation soignant/soigné comme un lien asymétrique. En effet, le soigné est dans le besoin d'aide, alors que le soignant a les connaissances pour et a la capacité de l'aider. Selon M Formarier (2007), un des objectifs de la relation de soin est notamment de tendre une relation symétrique avec les patients, et de leur permettre de retrouver leur autonomie. Pour appuyer la notion de statut différent entre le soignant et le soigné, S. Guillaume écrit en 2020, « il y a le faible, le malade, le vulnérable face au sachant, le fort, le puissant », citation qui illustre également la relation de dépendance.

Selon la définition extraite du dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers(2001), la relation soignant/soigné constitue un lien entre ces deux personnes de statut différent. On relève ses objectifs qui sont l'aide et le soutien. Les différents types de relation dans les soins sont la relation de civilité (politesse et échanges basiques), la relation fonctionnelle (échanges entre le soignant et le patient pour combler les besoins et les demandes de ce dernier), la relation de confiance et enfin la relation d'aide (Phaneuf, 2016).

2.2.2 Le principe de la relation soignant/soigné en réanimation

La relation soignant/soigné constitue un véritable pilier de la prise en soin des patients, et est d'autant plus importante en service de réanimation lorsque le patient se trouve en situation de vulnérabilité extrême. N Kentish-Barnes (2010) va même jusqu'à dire que le patient disparaît derrière un nombre important de machines et de tubes. C'est grâce à la relation soignant/soigné que l'équipe soignante parvient à aller au-delà de ces machines et tubes et s'occupe du patient « caché » derrière.

MF. Lalande (2021) témoigne de son expérience de personne paralysée et très dépendante dans son livre *Accompagner un patient très dépendant*. Ses dires peuvent être comparables à ceux d'un patient, impuissant, hospitalisé en réanimation. Tout d'abord elle dit se sentir devenir un objet de soin au début de sa maladie, ce qui peut être mis en relief avec une citation de S. Guillaume (2020) sur l'évolution de la relation soignant/soigné : « le patient n'est plus l'objet du soin mais le sujet du soin ». MF Lalande insiste par la suite dans son livre sur l'importance pour les patients de se sentir écoutés et soutenus par les soignants, ce qui confirme les objectifs de la relation soignant/soigné cités au-dessus. La relation soignant/soigné en réanimation se base sur la communication (que j'explicitierai plus tard dans mon travail), et sur tous les moindres gestes d'attentions et d'affection portés aux patients. M. Grosclaude explique notamment que selon les patients, ils préféreront une aide purement humaine qu'une aide médicale (exemple dans une situation de détresse respiratoire, où le patient préférera qu'on lui tienne la main, plutôt qu'accepter le masque à oxygène). MF. Lalande verbalise le bonheur que peut lui procurer de croiser le regard des soignants lors des soins, ainsi que chaque attention portée à son égard. Tout est bouleversé en réanimation, que ce soient les techniques de communication, les soins ainsi que les priorités pour les patients. On relève une paradoxalité des besoins et des demandes, auxquels(les) les soignants doivent s'adapter.

En règle générale, on relève un autre outil qui rend la communication soignant/soigné plus aisée : l'humour. Bien que difficile à utiliser parfois dans des services de réanimation ou de soins intensifs, certains patients sont ouverts à l'humour et en ont parfois besoin. “ I found them absolutely wonderful...

They were good crack and very friendly; made you feel at home... I'd have a great joke with them". Ce sont les mots d'une patiente irlandaise(2003), qui fait partie d'un groupe de patient ayant témoigné sur leur vécu en hospitalisation. Elle explique qu'avoir une relation complice avec les infirmières l'a aidé à mieux vivre son séjour en hôpital et qu'elle s'est même sentie comme chez elle.

2.2.2.1 La relation d'aide

La relation d'aide est au sommet de tous les types de relations. Selon le psychologue C. Rogers (1957), elle est basée sur 6 principes : Le contact psychologique, la vulnérabilité ou l'anxiété de la personne, la congruence, le regard positif inconditionnel, la compréhension empathique, la perception de la personne du regard positif inconditionnel et de la compréhension empathique. Tous ces concepts sont synonymes de disponibilité et d'ouverture vers le patient. C'est une relation à visée thérapeutique, pour aider le patient, qui s'appuie sur la confiance et la proximité. F. Molière (2012) définit elle, la relation d'aide comme une aide purement psychologique, un engagement envers le patient. La relation d'aide concerne selon elle les patients en situation de détresse morale, ce qui s'applique aux patients de réanimation. M. Phaneuf (2016) explique que c'est cette relation qui donne réellement le sens de la prise en soin, et qu'elle se base sur un soutien apporté au patient, de la part du soignant. Elle exprime également que c'est la relation qui nous amène au plus près du patient, nous fait entrer dans son intimité et sa douleur, ce qui induit un lien puissant entre le soignant et le soigné. Elle se manifeste par l'implication du soignant, ainsi que sa volonté de soutenir le patient.

2.2.2.2 La relation de confiance

La relation de confiance constitue un élément crucial de la qualité des soins. Margot Phaneuf (2016) définit la relation de confiance comme la première étape de la relation d'aide, en précisant que c'est un échange entre le patient et le soignant. Dans d'autres termes, le patient, qui n'accorde pas sa confiance facilement, attend du soignant une attention particulière et une preuve de son sérieux, de son implication dans sa prise en soin. DH. Thom, MA. Hall et LG. Pawlson (2004) estiment que la confiance est considérée comme une croyance du patient en la compétence, l'intégrité et la bienveillance du professionnel de santé. L'empathie est un élément fondateur de la relation d'aide. Dans l'article de revue « Empathy and quality of care » publié dans The British Journal Of General Practice(2002), on apprend que l'empathie permet au soignant de mieux comprendre les besoins et les préoccupations du patient, ce qui peut contribuer à renforcer la confiance d'un patient envers le professionnel de santé.

2.2.3 Les critères de qualité de la relation soignant/soigné

Après avoir défini la relation soignant/soigné et évoqué la place qu'elle occupe en service de réanimation, je vais maintenant m'intéresser à ce qui constitue une relation soignant/soigné de « qualité ». C. Paillard (2015), détermine dans Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, trois attitudes nécessaires de la relation soignant/soigné :

- Un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments
- Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu
- Un minimum de disponibilité

Ces attitudes complémentaires impliquent le respect, la disponibilité que le soignant doit avoir à l'égard du patient. Elles sont complémentaires et sont donc considérées par Christine Paillard comme les critères sur lesquels on se base pour considérer que la relation soignant/soigné est de bonne qualité.

On se base également sur les compétences relationnelles, définies comme une aptitude à entrer en relation avec les autres et à établir des rapports sains avec eux, pour évaluer les qualités relationnelles du professionnel de santé. Selon M. Phaneuf (2016), en soins infirmiers, la relation soignant/soigné dépend de la bonne qualité de communication entre les interlocuteurs.

2.3 La communication

2.3.1 Définition

« La communication est à la base de tous nos rapports humains, au cœur de toutes nos interactions avec les patients » (Phaneuf & Gendron, 2016, p3). J'apprends dans l'ouvrage La relation soignant/soigné : L'accompagnement thérapeutique, que la communication est un besoin fondamental de l'être humain pour vivre avec ses semblables. Tout ce qu'une personne « dégage » est de la communication (parole, expressions, mimique, gestuelle, silence). Pour que la communication soit faite, il nécessite donc la présence d'au moins deux interlocuteurs, le but étant de faire passer un message à l'autre. Synonyme de rapport, liaison ou encore relation, la communication est le pilier de la prise en soin.

La communication est composée de plusieurs mécanismes : l'émetteur, le récepteur, le code, le référent, l'environnement extérieur et enfin le feedback. L'émetteur et le récepteur sont les deux auteurs de cette communication : l'un parle, émet une intention, l'autre écoute, ressent un effet. Parmi ces mécanismes, on en relève plusieurs que la réanimation peut impacter. Tout d'abord il y a le code, qui signifie le

langage, la manière de faire passer le message, qui sera propre à chaque patient et chaque situation de celui-ci, en fonction de son état physique ou psychique. Il y a ensuite le référent, qui constitue le contexte, et varie donc selon la situation ou les personnes concernées. L'environnement extérieur, qui constitue les bruits, tout ce qui affecte la transmission d'un message, est également très particulier en réanimation. C'est un environnement très bruyant du fait de la multiplicité des machines, des « bips » et même du grand nombre de soignants présents dans l'unité. Les sens des patients peuvent être affectés lors de leur hospitalisation.

Pour finir, le feedback peut être perturbé. C'est ce qui constitue le retour, la réponse. Or, en réanimation il n'y a pas toujours de réponse des patients, lorsqu'ils ne sont pas conscients par exemple. Les soignants s'adressent aux patients pour leur annoncer les soins ou bien pour vérifier s'ils sont en train de se réveiller, mais les patients ne sont pas toujours en capacités de leur répondre.

Comme le mentionne la conférence de consensus « Mieux vivre la réanimation » de la SFAR et de la SRLF (2010), l'équipe soignante doit maintenir un contact verbal avec les patients, y compris ceux sédatisés, ce qui contribue à personnaliser la relation. Elle précise certains outils mis à la disposition des patients : la lecture labiale, les questions « oui-non », les pictogrammes, l'alphabet, l'assistance à la parole... On relève des similarités avec les dires de MF. Lalande dans « Accompagner un patient très dépendant » lorsqu'elle exprime que l'utilisation des questions fermées avec les réponses oui-non a nettement facilité sa communication avec les soignants.

On distingue 4 types de communication (Phaneuf) :

- La communication fonctionnelle : concerne les interventions quotidiennes, sans profondeur
- La communication aidante : propre aux soins et à la satisfaction des besoins du patient
- La communication pédagogique : répondre aux questions et expliquer les soins au patient
- La relation d'aide : écoute, respect, compréhension au stade le plus dur de la maladie du patient

Ces 4 types de communication forment la relation soignant/soigné.

M. Rioufol (2013) spécifie dans son article « Dépasser les difficultés de la communication avec les patients », que le choix des mots est important pour faciliter la compréhension de l'interlocuteur.

2.3.2 Les obstacles à la communication en réanimation

Dans *Communication by Nurses in the Intensive Care Unit : Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care* (2012), on relève qu'une communication de bonne qualité est une clé facilitatrice de la prise en soin, et que celle-ci est un effort collaboratif entre le soignant et le soigné.

Une étude réalisée par A. Holmes, A. Viftrup, V. Karlsson, L. Nikolajsen et P. Dreyer (2020) qui porte sur la communication en réanimation avec les patients sous ventilation mécanique révèle que les patients et les soignants témoignent d'une émotion commune : la frustration. En effet, dans ce cas où les patients sont conscients mais en incapacité de parler dû à la sonde d'intubation, leur capacité à communiquer est altérée et ils ont donc tendance à ressentir des sentiments négatifs comme la détresse, l'anxiété, la peur...

Pour étudier les différents obstacles à la communication, reprenons certains types de communication, en partant du principe bien-sûr que les patients sont conscients et éveillés. Tout d'abord en ce qui concerne la communication orale, elle est souvent impossible en service de réanimation du fait des appareillages : intubation oro-trachéale, la trachéotomie. Ceux-ci sont utilisés pour l'oxygénation du patient, mais sont des appareillages invasifs qui ne permettent pas au patient de s'exprimer à l'oral. De plus, ils peuvent être douloureux ou difficiles à supporter pour les patients ce qui amplifie l'anxiété et la frustration pour les patients.

JL. Guttormson, K. Lindstrom Bremer et R. M Jones, réalisent en 2015 une étude aux États-Unis auprès de patients ayant été intubés sur une durée moyenne de 5 jours en service de réanimation. Ce qui en ressort principalement c'est que les patients ont ressenti un sentiment d'impuissance, de non-contrôle de la situation étant donné que la communication se faisait difficilement. La mauvaise communication à cause de la ventilation mécanique a un fort impact sur le sentiment de sécurité des patients.

La communication écrite est le moyen le plus utilisé lorsque la communication verbale est impossible. Il est proposé aux patients d'écrire sur une ardoise par exemple pour se faire confiance. Là encore, ce principe n'est pas idéal en réanimation. En effet, lorsque les patients restent longtemps sédatisés en réanimation, ils subissent une perte du tonus musculaire. Cela peut même aller jusqu'à la neuromyopathie de réanimation, qui affecte le système nerveux périphérique, et empêche de nombreux gestes comme le simple fait de serrer la main, ou tenir un crayon.

Il faut prendre en compte un dernier facteur : celui de la cognition. En effet, il arrive en réanimation que certains patients se retrouvent confus ou agités. Cela s'explique par le terrain du patient, la pathologie l'ayant conduit en réanimation, un sevrage médicamenteux, l'environnement même de la réanimation, les traitements prescrits (Sharshar & Antona, 2011). Dans ces cas-là, le risque est que les informations fournies par le patient ne soient pas fiables, et que la communication faite par l'équipe soignante ne soit pas efficace.

Selon le psychologue Albert Mehrabian (1967), 7% de la communication est verbale, par la signification des mots, 38% de la communication est vocale, intonation et son de la voix, 55% de la communication est visuelle, expressions du visage et du langage corporel. Ces chiffres sont significatifs étant donné

qu'ils traduisent un fossé entre ce qu'on imagine faire passer comme message et ce que l'interlocuteur interprète réellement.

2.3.3 La communication non verbale

Selon E. Terrat (2013), « le langage du corps traduit toutes les sensations ou les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales ». Elle explique également que la communication non verbale peut accentuer le langage parlé aussi bien qu'elle peut le contredire. On apprend que le langage du corps se compose de plusieurs éléments : la proxémie, l'expression faciale, le contact des yeux, le contact physique, la posture, les gestes, ainsi que les odeurs.

Christine Le Bihan explique en 2020, lors d'un cours sur la théorie de la communication, que la communication non-verbale, synonyme de paralangage, se traduit également par le regard, le ton de la voix, l'apparence et le toucher. C'est en fait tout ce que le corps exprime, qui a nettement plus de poids que la parole. On peut par exemple traiter du contact visuel, la manière de regarder le patient dans les yeux ou non, qui montre l'ouverture du soignant envers le patient.

Selon C. Terrier (2013), pour que la communication soit efficace, il doit y avoir concordance entre le message verbale et le non-verbal. En effet, nous savons que même si la maîtrise de la communication verbale est plus grande que celle du langage non verbale, l'impact de celui-ci est bien plus grand. On peut traiter ici de la citation de Cicéron (55 av. JC) « le visage est le miroir de l'âme ». Cela traduit l'importance du langage non verbal, qui reflète extérieurement tous les ressentis et tous les sentiments intérieurs. C'est une ressource nécessaire de la communication. Il arrive que le paralangage soit si parlant que le langage verbal en devient alors obsolète.

2.3.4 Relation de communication avec la famille.

La gestion de la famille est une des étapes les plus difficiles à assurer en réanimation. En effet, l'équipe soignante se retrouve face à une famille en détresse totale, ayant un proche entre la vie et la mort et cela peut engendrer beaucoup de conséquences néfastes sur la prise en soin. Alors comment réussir à établir une relation avec la famille en réanimation ?

Selon les Pr Flecher, Seguin et Verhoye (2010), c'est au moment de l'entrée dans la chambre, et de la découverte du patient que la relation de confiance doit s'instaurer entre la famille et le soignant. La famille doit sentir l'implication et l'intérêt du soignant à l'égard du patient, lorsqu'il est dans une situation critique et qu'elle se sent impuissante. Eric Delpierre (2019) explique que cela peut se faciliter

par des entretiens d'accueil pour les familles dans le service avec l'équipe médicale. Cet entretien a pour but de situer la famille sur l'état de santé actuel de leur proche, leur expliquer le fonctionnement du service et communiquer des informations sur les différents dispositifs de réanimation.

Dans l'article « Que faire quand la famille s'oppose ? » de la revue *Infirmière magazine*, M. Spranzi et L. Caeymaex (2018) donnent leur opinion sur les difficultés pour les soignants de créer une relation avec la famille. En effet, elles déplorent le manque de formation et de préparation des professionnels de santé pour faire face à ces situations. On y apprend que les principaux conflits en réanimation concernent souvent la continuité ou non des soins. C'est une source de désaccord entre l'équipe et les proches, qui ont une vision non-objective du traitement et tendent régulièrement vers une obstination déraisonnable. Cela peut être dû au manque de connaissance du milieu médical et des pathologies. L'équipe soignante, elle, manquerait d'entraînement dans la prise en soin des familles, alors qu'elle est en première ligne face aux inquiétudes de celles-ci.

Néanmoins, Céline Lamour écrit en 2019 dans la revue *L'aide-soignante*, que la famille peut être un outil facilitateur dans certains soins stressants ou douloureux pour les patients.

3 L'analyse des entretiens

3.1 Méthodologie des entretiens

Après avoir apporté de la théorie scientifique dans mon mémoire, je m'intéresse ensuite aux infirmiers du terrain. En effet, je vais interroger plusieurs infirmiers ayant une expérience en réanimation, afin de mettre en relief leur vécu, et les apports théoriques issus de mes recherches. Pour ce faire, j'ai réalisé un guide d'entretien, contenant 6 questions avec des points de relance. J'ai basé mon guide d'entretien sur le plan de mon cadre théorique, afin que les réponses soient le plus exploitable possible. C'est donc un entretien semi-directif. J'ai donc décidé de contacter 2 infirmiers : un que j'ai rencontré lors de mon stage de troisième année en réanimation CTCV de Rennes dont j'avais les coordonnées, et une infirmière de la réanimation polyvalente de l'hôpital de Lorient. J'ai fait le choix de prendre deux soignants de services différents et de ville différentes car les expériences et l'organisation varie beaucoup en fonction de l'environnement de travail.

J'ai pu rencontrer les deux professionnels face à face chacun leur tour, à son domicile pour l'un et à l'institut de formation pour l'autre. J'ai permis aux deux infirmiers de pouvoir lire mon guide d'entretien juste avant de débiter celui-ci, afin de le maintenir structuré et de ne pas les mettre en difficulté. J'ai opté pour enregistrer sur mon téléphone les deux entretiens afin de faciliter la retranscription et préserver l'authenticité de ceux-ci. Avec le recul de mes deux entretiens, j'ai trouvé que mon guide d'entretien était bien réalisé et qu'il a facilité les échanges avec les deux infirmiers. Il leur a permis de bien les guider sur ce que je voulais, de ne pas s'éparpiller et de répondre à chaque question de manière précise, tout en leur laissant une liberté d'expression à côté.

3.2 L'analyse descriptive

Dans un premier temps, j'ai introduit mes entretiens en demandant à chacun des infirmiers quel a été leur parcours professionnel jusqu'ici. L'IDE A travaille en réanimation depuis environ cinq ans tandis que l'IDE B y a travaillé 13 ans. Leur ancienneté dans le service est un gage d'expertise et de professionnalisme. L'IDE B m'explique qu'elle ne travaille plus en réanimation depuis deux ans, car elle a eu envie d'évoluer et a donc décidé de devenir IADE. Elle a également une grande expérience en tant qu'infirmière en salle de réveil, où l'activité s'apparente au métier d'infirmière de réanimation. Tous les deux ont effectué un stage en réanimation lors de leurs études et témoignent que c'est de ce stage que leur attrait pour travailler en réanimation est venu. Ils ont été attirés par l'aspect technique et relationnel de ce service. J'ai ensuite structuré mes entretiens en plusieurs grands thèmes.

3.2.1 L'environnement de la réanimation

Tout d'abord je les ai questionnés sur leur ressenti concernant l'environnement de réanimation et la place du patient. Je relève un contraste dans les réponses des deux infirmiers ; l'IDE A me répond qu'il caractérise la réanimation comme « traumatisant », en ajoutant que ça l'est pour les patients, leur famille et même les professionnels (évoque les externes de médecins ainsi que les étudiants infirmiers en stage). En revanche l'IDE B me répond dans un premier temps que c'est un environnement qu'elle définit comme chaleureux. Elle m'a donc répondu de son point de vue soignant, sur les conditions de travail, en traitant du travail d'équipe « je trouve que c'est hyper chaleureux, enfin c'est bienveillant on est tous en train de s'entraider ». Elle ajoute également que c'est un environnement de travail technique et bruyant. L'IDE A et L'IDE B se rejoignent par la suite lorsque je les questionne sur le vécu du patient lors d'un passage en réanimation. Ils évoquent que le patient est très perdu « Il ne comprend pas forcément ce qui se passe » (IDE B), « Il ne sait pas trop où il est » (IDE A). Ils disent que les patients sont très marqués par leur passage en réanimation et que cet environnement est facteur de stress, d'angoisse et même de « détresse » selon l'IDE B. Pour appuyer sur la technicité des lieux, ils m'ont tous les deux listés quelques machines présentes dans les unités : ECMO, « beaucoup de tuyaux », « beaucoup d'appareillages », machines de dialyse, bilans sanguins conséquents. L'IDE A précise que tout ceux-là ne sont que des « outils de travail » et que pour se focaliser sur le patient, ses envies et ses besoins il faut faire « abstraction de tout cela ». L'IDE B ajoute que cet environnement favorise des « relations riches et très fortes ».

3.2.2 La relation soignant/soigné en réanimation

Ensuite j'ai axé des questions sur les caractéristiques de la relation soignant/soigné en réanimation et sur la vision que les professionnels ont d'une relation soignant/soigné de qualité. L'IDE A qualifie la relation soignant/soigné d' « atypique » en réanimation, du fait d'une communication verbale difficile. Selon lui, le rôle infirmier en réanimation est de rassurer le patient, le réorienter et voire même le « booster ». Pour l'IDE B, la relation soignant/soigné en réanimation repose sur l'écoute la communication active et la réassurance. « J'expliquais souvent ce que j'allais faire », « avec des mots simples », c'est ce que raconte l'IDE B, sur sa manière de nouer une relation avec le patient. Elle explique également que cette relation se crée par, le toucher, le massage, lors des soins plus « confortables » pour le patient.

Malgré le sentiment d'impuissance, que l'IDE A évoque ressentir lorsqu'il ne comprend pas les patients, il estime que la qualité de la relation passe d'abord par la présentation du soignant. Selon lui « selon la façon dont on se tient, dont on se présente » a un impact sur la manière dont le patient nous voit. Il

argumente en donnant un exemple, lorsqu'il se présente en donnant son prénom ou non, les retours sont différents. L'IDE B le rejoint sur la posture qu'il faut adopter, « il faut se mettre à la hauteur, ne pas dominer ton patient ». Les deux infirmiers parlent d'humilité dans leurs discours, signifiant que c'est pour eux une des qualités principales d'un soignant. Je relève une autre similarité dans les deux entretiens : la notion de temporalité. Lorsque l'IDE B mentionne l'autonomisation des patients, qui selon elle est nécessaire dans la prise en soin des patients de réanimation, elle admet que « ça prend plus de temps sur ta journée », mais que c'est un temps indispensable à prendre pour favoriser l'estime de soi du patient.

L'IDE A, lui, estime que prendre le temps de discuter, de rassurer et d'expliquer les choses, permet d'« apaiser » le patient. Ils abordent tous les deux la notion de confiance. L'IDE A estime que la présentation du soignant est un facteur favorisant ou non pour créer une relation de confiance, alors que l'IDE B pense que « si le patient se sent bien, qu'il a confiance », cela est un critère de qualité de la relation soignant/soigné.

Finalement, L'IDE B témoigne de la nécessité de se préserver en tant que soignant. Elle traite de « juste distance » et de « bon équilibre », de savoir se poser des limites dans le don de soi et dans l'écoute portée au patient.

3.2.3 La communication et ses limites

Je note que l'aspect le plus complexe de la prise en soin pour les soignants est la communication. L'IDE A mentionne « c'est beaucoup plus simple avec quelqu'un qui peut nous répondre ». Il évoque des sentiments de frustration et d'impuissance face à des situations où il n'arrive pas à comprendre les besoins de ses patients. Il ajoute néanmoins que son expérience dans le service a des avantages : « il veulent souvent dire la même chose », ce qui est facilitant pour deviner ce que les patients demandent. L'IDE B le rejoint, « c'est moi qui leur demandais », « est ce que vous avez mal », et dans ces situations le patient n'aurait qu'à hocher la tête ou cligner des yeux pour répondre. Elle ajoute qu'elle est « très expressive » et parle beaucoup avec les mains et les gestes pour accentuer sa communication verbale. Ces déclarations sont renforcées par l'utilisation de terme « essayer » à de nombreuses reprises par les deux infirmiers (« on essaie de lire sur les lèvres » IDE A, « essayer de comprendre » IDE A, « j'essayais d'expliquer » IDE B). La communication avec les patients intubés et appareillés semble donc plutôt difficile à vivre pour les professionnels de santé.

Je les ai questionnés sur les différents outils mis à leur disposition pour faciliter la communication et leur avis dessus. Ils ont globalement les mêmes outils, « il y a l'ardoise, et un système de pancarte avec des lettres pour déduire des mots » (IDE A), « des petites planches avec des lettre et des mots » (IDE

B). Mais ces outils ont des limites. En effet, l'IDE A explique qu'il estime compliqué d'écrire sur une ardoise lorsqu'on a un tube dans la gorge ou des œdèmes dans les mains. De plus, en fonction de l'état du patient, s'il est faible, il est difficile de relire ce qui est écrit. L'IDE B relate de la difficulté ressentie lorsqu'elle est confrontée à un patient avec qui la communication est compliquée et qui s'énerve (« c'est compliqué pour eux de rester calme »). Le sentiment de frustration va dans les deux sens : le patient ne se sent pas compris, source d'angoisse pour lui et le soignant se sent impuissant face aux difficultés du patient. Dans ces situations, elle m'explique qu'elle fait donc appel à ses collègues, qui peuvent parfois être plus à même dans certaines situations à comprendre le patient. La collaboration avec les autres professionnels fait donc partie des outils facilitateurs. L'IDE B poursuit en expliquant qu'au sein de son hôpital, de nombreuses formations sont disponibles et elle en a notamment suivi une « sur la communication verbale, non verbale, le langage », qui a été enrichissante pour sa profession. L'IDE A exprime que plusieurs autres facteurs peuvent compliquer la communication en réanimation. En effet il parle du patient post-anesthésie qui peut être « confus, halluciné ou délirant », ainsi que le patient très « asthénique ».

De manière générale, L'IDE A estime qu'il y a « un manque d'outils » par rapport aux besoins rencontrés, il se dit ouvert à la mise en place d'autres outils, par rapport à ce qu'on peut trouver dans d'autres réanimations en France. En revanche, l'IDE B verbalise qu'elle trouve suffisantes les ressources qu'elle avait à disposition pour communiquer avec les patients.

3.2.4 La famille : ressource ou contrainte ?

Le dernier aspect de mes entretiens porte sur les relations avec les familles des patients hospitalisés en réanimation. L'IDE A décrit les familles comme « ce qu'il y a de plus compliqué à gérer en réanimation ». Il explique que les familles passent par de nombreuses émotions, dont l'incompréhension. Le rôle infirmier face aux familles est alors de les rassurer, et il m'explique également que presque toutes les informations passent par eux, ils sont donc capables de donner des nouvelles. Selon l'IDE B il y a deux types de familles en réanimation « il y a des familles très demandeuses, et d'autres au contraire qui ont tellement peur qu'elles ne veulent pas entendre ». Elle me dit que certaines familles ne comprennent pas (ou ne veulent pas entendre) et que ce sont les familles les plus preneuses de temps étant donné qu'il faut régulièrement leur réexpliquer le contexte.

Je les ai ensuite questionnés sur leur manière d'aborder les familles et de construire une relation avec elles. Ils m'ont tous les deux répondu que l'essentiel réside dans l'accueil « je me présente toujours, ils savent qui je suis » (IDE B), « c'est important de les accueillir » (IDE A). Ils appuient également sur la disponibilité des médecins et la récurrence des entretiens familles, pendant lequel le médecin

réanimateur, l'infirmier(e) et l'aide-soignant(e) rencontrent la famille, leur expliquent la situation et les nouvelles récentes. Lors de ces entretiens des discussions sont faites entre l'équipe soignante et la famille, « quelles sont nos limites, quelles sont leurs attentes » (IDE A), « quels protocoles vont-ils vouloir faire, est ce qu'il faut les appeler » (IDE B), c'est une des manières d'établir une relation de confiance.

Selon l'IDE A, les familles peuvent être un « élément facilitateur » pour certaines prises en soin ou constructions de projets, tandis que d'autres ont tendance à les compliquer.

4 La discussion

A l'issue de l'analyse des idées et opinions des deux infirmiers auprès desquels j'ai effectué mes entretiens, je vais pouvoir les confronter avec la bibliographie. Je tenterai donc par le biais de ces données de répondre à ma question de départ : Dans quelles mesures l'environnement technique en réanimation peut-il nuire à la qualité de la relation soignant/soigné ?

Pour ce faire, je vais remettre en lien les apports théoriques cités plus haut, l'analyse de mes entretiens et y ajouter mon point de vue et mon expérience professionnelle. Ma discussion sera structurée en quatre axes, dans lesquels j'aborderai les points saillants de mon analyse, en finissant par conclure mes recherches en faisant une ouverture qui découlera sur une question de recherche.

4.1 Axe 1 : L'impact de la réanimation sur les patients

Dans un premier temps, je vais traiter de l'environnement qu'est le service de réanimation et de quelle manière il rend les patients vulnérables. Le premier mot qui est venu à l'esprit de l'IDE A lors de l'entretien à propos de l'environnement de réanimation est « traumatisant ». C'est un mot très fort mais à mon sens bien adapté. Les patients admis en réanimation nécessitent une surveillance accrue, ils ont beaucoup plus de demandes et d'attentes envers l'équipe soignante. L'infirmier explique que la réanimation est impressionnante non seulement pour le patient mais aussi pour les familles, les nouveaux étudiants et toutes les personnes extérieures au service. C'est un environnement extrêmement bruyant, où il y a beaucoup d'appareillages invasifs pour les patients. Les patients sont continuellement stimulés par l'équipe médicale et paramédicale, par les sons des machines, des pousses seringues, des scopes ou ceux des chambres voisines... Cela affecte leur sommeil à cause également des tours de surveillances répétitifs et réguliers des équipes soignantes. Cela rejoint certains éléments de mon cadre théorique lorsque la réanimation est définie par les termes « autre monde » car c'est un service entièrement à part en termes de population accueillie, de types de soins et d'organisation etc... Je peux également m'appuyer sur les dires d'une patiente que j'ai rencontrée lors d'un autre stage, en chirurgie cardiaque, qui m'a expliqué que son séjour en réanimation s'était très bien passé mais qu'elle reste « très impressionnée par toute cette technique ». C'est une hospitalisation qui marque énormément les patients et leur famille en général. Un patient est hospitalisé en réanimation lorsque ses fonctions vitales sont compromises. Des éléments comme la douleur, l'anxiété, l'asthénie liée au manque de sommeil peuvent s'ajouter en cours d'hospitalisation. Par ailleurs, l'administration de certaines thérapeutiques peut engendrer une perturbation de l'état cognitif des patients à court terme (hallucinations, confusions...). Tous ces critères accentuent la vulnérabilité que les patients peuvent ressentir, et donc leur dépendance à l'équipe soignante.

Un patient « fragile » de réanimation implique donc l'utilisation de machines de suppléances pour garantir son pronostic vital. Dans mon cadre théorique je relevais que N Kentish-Barnes a dit que « le patient disparaît derrière un nombre important de tubes et de machines ». Je mets cette déclaration en lien avec ma situation d'appel n°2. En effet dans celle-ci je déplorais une surveillance accrue et constante des machines au détriment du patient en lui-même. L'IDE A explique que pour éviter ce genre d'attitude, il faut faire abstraction de toutes ces machines qui ne sont après tout que des outils de travail. Il m'a expliqué lors de notre rencontre que c'est une chose que les enfants font très bien ; lorsqu'ils rendent visite à un parent hospitalisé en réanimation, ils ne voient que leur proche et ne s'intéressent pas du tout aux machines. Selon moi, cette capacité à faire abstraction des machines et à prioriser le patient n'est pas accessible pour tout le monde, ni tout le temps. Il y a bien sûr dans la notion de soin une notion de hiérarchie, une forme de priorisation dans laquelle le patient est en première position, bien que les machines d'assistance le maintiennent en vie. Néanmoins, de mon expérience en tant qu'étudiante, il était difficile pour moi en entrant dans la chambre de me concentrer uniquement sur le patient. En effet, n'ayant pas d'expérience il me semblait plus important de surveiller les données et les réglages des différentes machines ou thérapeutiques en cours, que d'observer le patient en lui-même. J'admets que j'effectuais les surveillances assez machinalement (surveillances des pupilles, surveillances neurologiques et motrices). Cette attitude est aussi retrouvée dans les situations d'urgences vitales où il est courant que l'infirmier(e) soit plus concentré sur l'environnement technique qui maintient en vie le patient que sur le patient lui-même en tant qu'individu. À mon sens, dans ce genre de situations lorsque le patient est conscient, il est quand même possible qu'il perçoive un sentiment d'isolement, d'exclusion et de manque de considération. Le comportement adéquat s'acquiert selon moi avec l'expérience, une fois que l'on est à l'aise avec la maîtrise des machines et médicaments.

4.2 Axe 2 : Les principes de la relation soignant/soigné

Dans ma question de départ je cherche à comprendre de quelle manière l'environnement que je viens de définir peut impacter la qualité de la relation soignant/soigné, Mais qu'est-ce qu'une relation soignant/soigné de qualité ?

Lors de mes entretiens, les infirmiers m'ont défini principalement le rôle d'un infirmier en réanimation, à savoir, de rassurer, d'orienter, d'informer les patients ainsi que bien évidemment répondre à leurs besoins et leur apporter tous les soins nécessaires au maintien et à l'amélioration de leur état de santé. Selon mon cadre théorique, les critères de qualité d'une relation soignant/soigné efficace dépendent de la disponibilité du soignant et de son engagement personnel. Je mets en lien les notions d'engagement personnel et de relation d'aide. J'ai appris que la relation d'aide est le type de relation et de communication qui nous amène au plus proche du patient, « nous fait entrer dans son intimité et dans sa

douleur ». J'ai perçu cet engagement de la part des professionnels de santé lors de mon stage et l'ai moi-même vécu. Lorsque l'on arrive dans le service de réanimation pour la journée, on sait qu'on va faire preuve d'un investissement total au profit du patient. Il n'est d'ailleurs pas rare de voir un soignant qui n'a toujours pas pris de pause alors qu'il est 15h car il était occupé avec ses patients. Le fait qu'un infirmier s'occupe de 2 ou 3 patients accentue cet aspect de relation privilégiée entre le soignant et le soigné ; le soignant connaît très bien chacun de ses patients et leur accorde tout son temps et son attention. L'IDE B a fait lors de l'entretien une remarque intéressante concernant cet engagement personnel. Alors que j'expliquais plus haut que la relation d'aide entraîne l'infirmier dans la douleur du patient, elle me parle de l'importance de se préserver, de savoir mettre des limites dans le don de soi et dans l'empathie. C'est quelque chose de très difficile selon moi car j'ai du mal à imaginer comment nous sommes censés nous protéger dans l'implication envers un malade. Je me pose donc la question de savoir où se situe la limite à ne pas franchir pour se protéger soi-même, pour ne pas surinvestir la relation, en continuant à soigner correctement le patient. Il me semble que pour parvenir à créer une relation idéale avec un patient dont la vie est entre nos mains en réanimation, il est important de bien se connaître soi-même, et d'acquérir de l'expérience dans ce type de relation.

J'ai relevé lors de mes recherches une autre façon de développer une relation soignant/soigné de qualité caractérisée par un type particulier d'engagement de l'équipe soignante. Il existe en effet dans certains services de réanimations des carnets de suivi quotidien destiné aux patients sédatisés pour une longue période, qui est tenu principalement par les soignants, qui le renseignent tous les jours en notant les évolutions, événements marquants de l'hospitalisation ainsi que les visites... Cela permet au patient lorsqu'il se réveille d'être situé, de se sentir plus proche de l'équipe ainsi que de faciliter la confiance avec elle. La bonne tenue de ce carnet témoigne selon moi de la considération de l'équipe soignante envers le patient. Je pense que cet outil peut réellement être un atout dans la constitution d'une relation soignant/soigné en réanimation, et j'aurais aimé pouvoir avoir un support comme celui-ci lorsque je prenais en soin des patients sédatisés et intubés.

Les soignants valorisent les patients en leur permettant de conserver leur estime de soi. Ce concept est évoqué par l'IDE B qui souhaite autonomiser les patients au mieux possible, leur demander de faire les choses eux-mêmes lorsqu'elle estime qu'ils ont la capacité de le faire. S. Guillaume disait « le patient n'est plus objet de soin mais sujet de soin », mais il peut donc également être acteur de soin dans ces situations-là. L'autonomie est quelque chose qui en effet m'avait questionné pendant mon stage, lorsque je voyais que les soignants faisaient tout pour certains patients qui étaient éveillés et libres de leurs mouvements. Était-ce par manque de temps ? Était-ce pour des questions d'efficacité ? Était-ce pour préserver l'énergie des patients ? Selon moi faire participer le patient aux soins contribue à favoriser son estime de soi et participe à créer un lien de confiance entre le soignant et le soigné.

La qualité de la relation soignant/soigné repose également sur la notion de temporalité dans le soin, notion que j'ai relevé dans mes entretiens lorsque les infirmiers regrettent de ne pas avoir assez de temps à consacrer aux patients. En tant qu'étudiante j'ai toujours essayé de passer plus de temps avec les patients puisque je pouvais plus me le permettre, et cela m'a en général permis de développer une meilleure relation avec eux. L'IDE A déclare que passer du temps avec les patients participe à leur bien-être. Il donne l'exemple personnel du temps consacré à discuter avec les patients particulièrement la nuit ce qui, selon lui, permettait de diminuer leur anxiété et d'améliorer la qualité de leur sommeil.

Au-delà du concept de temporalité, la recherche de la notion de confort pour le patient me semble indispensable au développement d'une relation de qualité. L'IDE B m'a appris que selon elle le meilleur moment pour créer une relation avec les patients, est lors des soins dits de « confort », c'est-à-dire les massages, les touchers. Ce sont des moments où les soignants prennent le temps avec les patients, sont doux avec eux et leur apportent du confort grâce à cette relation tactile privilégiée. Je mets cette déclaration en lien avec le témoignage de MF Lalande, lorsqu'elle disait que chaque contact et attention de la part l'équipe soignante portés à son égard est un moment de bonheur (elle évoque notamment le brossage de dents, le parfum etc). Cela est perçu par le soigné comme du respect, la prise en compte de ses besoins, bien que ces gestes pourraient paraître obsolètes dans ce genre de services. Il m'est arrivé en réanimation de faire la toilette de certains patients lourds sur un fond de musique, ce qui est aussi agréable pour le patient que pour le soignant. Je trouve important de pouvoir se consacrer entièrement au patient et à son confort pendant un moment. J'ai également vu une infirmière demander à l'époux d'une de ses patientes quelles musiques aime-t-elle écouter ou encore de lui rapporter son parfum afin que celle-ci puisse retrouver des odeurs qu'elles connaît et qui la réconfortent. J'ai trouvé ces attentions à l'égard de la patiente très précieuses. Selon moi elles sont la preuve de l'implication du soignant, qui prend en compte le bien-être du patient en le mettant au premier plan. En quelque sorte cette attitude qui consiste à « sortir le patient » de tout cet environnement technique, invasif et parfois douloureux en réanimation va contribuer à créer une relation forte avec le patient.

Enfin, je vais tenter de définir ce qu'est une relation soignant/soigné de qualité. Pour les 2 IDE, la qualité de la relation soignant/soigné est liée à la confiance que les patients leur accordent. Dans mon cadre théorique je développais la notion que la relation de confiance s'établissait par le sérieux du soignant. Cela rejoint les propos de l'IDE A concernant façon d'aborder le patient, et la proxémie qu'on lui accorde comme l'a développé l'IDE B dans l'entretien. C'est de cette première présentation que découle ou non la confiance du patient, elle se mérite. Il m'est arrivé de me retrouver en difficulté face à des patients qui ne m'ont pas accordé leur confiance et cela nuisait à leur adhésion aux soins. Avec le recul je pense qu'il ne faut jamais tenir pour acquis la confiance des patients à l'égard de l'équipe soignante, même s'ils sont hospitalisés depuis quelques jours déjà. Il faut toujours se présenter, expliquer les choses, prouver que nous sommes là pour le bien du patient, et que nous devons agir en collaboration avec lui pour le soigner, et cela se base sur la relation de confiance, sur l'adhésion aux soins.

4.3 Axe 3 : Les enjeux de la communication en réanimation.

En réanimation, la majorité de la population hospitalisée est appareillée et/ou sédaturée et donc régulièrement privée de communication verbale. Lors de mes entretiens, les infirmiers ont déclaré que la difficulté principale rencontrée en service de réanimation est la communication « atypique » avec les patients. J'étudiais dans mon cadre théorique que de nombreux facteurs en réanimation peuvent affecter la communication, comme l'altération des fonctions cognitives ou la confusion, les bruits, l'absence de communication verbale et particulièrement l'absence de réponse. On sait pourtant que l'équipe soignante doit maintenir un contact verbal avec les patients sédaturés. C'est ce que font les infirmiers que j'ai interviewés, pour les prévenir dès qu'ils s'apprêtent à faire un soin, un transfert, leur annoncer une visite... C'est un comportement que j'ai eu du mal à adopter dans un premier temps, je ne voyais pas d'intérêt de parler à des patients qui ne m'entendent sûrement pas ni ne me répondront. Puis j'ai appris tout au long de mon stage à voir le patient en tant que personne, au-delà de sa pathologie et de ses appareillages. Parmi les 4 types de communication listés dans mon cadre théorique, celles qui sont le plus impactées en réanimation sont la communication pédagogique et la relation fonctionnelle. En revanche, je pense que ces situations où la communication n'est pas aisée entre le patient et le soignant, favorisent la relation d'aide. En effet, les soignants devront développer toutes les ressources nécessaires à cette relation privilégiée par le biais d'autres mécanismes, outils, comportements pour créer une relation soignant/soigné.

Dans la littérature ainsi que dans mes entretiens, je relève le sentiment de frustration que ces situations provoquent. C'est un sentiment partagé entre le soignant, qui se trouve impuissant face aux demandes du patient qu'il ne comprend pas, et le soigné qui est incapable de se faire comprendre, ce qui peut faire naître en lui plusieurs sentiments négatifs. En effet, dans une étude américaine étudiée dans le cadre théorique, des patients hospitalisés en réanimation ont exprimés des sentiments d'angoisse, d'insécurité, de détresse... Cela rejoint les dires de l'IDE B qui évoque également la colère liée à l'angoisse que connaissent les patients lorsqu'ils ne peuvent s'exprimer et restent parfois ainsi incompris par les soignants. Toutes ces situations sont très compliquées à gérer pour l'équipe soignante et sont des freins à la constitution d'une relation de confiance ou d'une relation soignant/soigné. Le soignant peut alors faire appel à ses collègues pour tenter de mieux comprendre les demandes du patient.

Lorsqu'un patient est intubé, nous avons tendance à essayer de lire sur les lèvres des patients mais ce n'est pas idéal puisque le patient a un tuyau dans la bouche. Je rejoins l'IDE A lorsqu'il explique qu'avec l'expérience il est plus aisé de deviner les besoins des patients qui sont régulièrement les mêmes. L'IDE B, me dit qu'elle pose également des questions fermées pour essayer d'obtenir des informations du patients, auxquelles il n'a qu'à répondre par « oui » ou « non » par un code prédéfini. C'est une technique efficace que j'ai utilisée moi-même auprès des patients en réanimation. C'est là notamment que la communication non verbale est très importante. Par exemple, si un infirmier(e) voit son patient

avec le visage crispé, il n'aura pas besoin de mots pour deviner que son patient n'est pas confortable et doit être soulagé. C'est notamment pour cela que l'échelle BPS (annexe 3) a été créée pour évaluer la douleur des patients intubés, et se base sur ce que le corps du patient exprime. Lors de mes entretiens j'ai évoqué les différents outils mis à disposition des soignants pour faciliter la communication, et je remarque des divergences dans leurs discours. De manière générale, ils me citent tous les deux les mêmes outils auxquels ils ont accès, et admettent leurs limites. Par exemple pour l'utilisation de l'ardoise qui n'est pas idéale pour les patients dont la motricité est altérée, ou encore les planches avec des lettres qui peuvent être longues à utiliser pour former des phrases et décourager les patients asthéniques.

4.4 Axe 4 : Vers une question de recherche

Pour conclure ma discussion, je souhaite aborder le dernier point qui concerne ma réflexion sur mon travail en tant que tel.

Mon projet professionnel étant la réanimation, ce sujet me tenait à cœur et m'a permis tout au long de la rédaction de ce mémoire d'envisager ma prise de poste dans ce service. Les expériences que j'ai vécues lors de mon stage en réanimation m'ont permis de m'interroger quant à la relation forte entre les soignants et les patients mais également sur leur capacité à passer au-dessus des difficultés de communication. Toutes ces recherches ont été une aide précieuse pour faire évoluer ma construction personnelle et professionnelle. En ce qui concerne ma question de départ, je peux affirmer que les résultats de mes recherches me permettent d'y répondre. Je retiens que l'environnement de réanimation, par son côté bruyant, technique et complexe, perturbe le sommeil des patients et contribue à majorer l'anxiété de ceux-ci. L'environnement technologique lourd, invasif et parfois douloureux de réanimation peut créer chez les patients un sentiment de déshumanisation, de perte de contrôle et de grande vulnérabilité qui nécessitent un comportement adapté de l'équipe soignante en retour. De plus, les soignants sont soumis à une pression constante liée aux risques permanents d'aggravation de l'état des patients, ce qui impacte de manière significative leur communication avec eux, la rendant même parfois inefficace. En effet ce climat anxigène peut engendrer des sentiments négatifs chez les soignants, qu'ils doivent apprendre à gérer afin d'assurer leur prise en soin des patients.

C'est sur ce dernier point que je décide d'axer ma question de recherche : **Quel est l'impact de la charge émotionnelle du personnel soignant en réanimation sur la qualité des soins prodigués aux patients ?**

5 Conclusion

Pour conclure, ce travail a représenté pour moi un bond vers le milieu du travail et du soin. Il m'a apporté des connaissances principalement sur la communication, les relations entre les soignants et les patients. Ce sont des notions fondamentales dans le métier d'infirmier, et elles m'ont, à plusieurs reprises posé question dans ma pratique professionnelle.

Il m'a permis d'envisager la réanimation au-delà-du simple service de soins, notamment à travers le ressenti des patients, et celui des soignants. Il m'a apporté une vision plus complète de la relation soignant/soigné et des apports sur la manière de créer celle-ci. Enfin, j'ai consolidé mes connaissances sur la communication verbale. Malgré les apports théoriques, ce n'est pas toujours évident de l'appliquer dans son exercice professionnel. Je peux affirmer, au terme de ce mémoire, que les résultats obtenus par le biais de mes recherches me permettent de répondre à ma question de départ.

Cet exercice m'a fait sortir de ma zone de confort, j'ai dû m'intéresser à la littérature, aux articles scientifiques, aux auteurs etc... J'ai aimé mettre en lien toutes mes recherches avec les apports que les infirmiers que j'ai rencontré ont pu me donner. Voir mon mémoire évoluer, prendre du sens ainsi que de se préciser m'a engendré une satisfaction personnelle indescriptible. Ce mémoire a contribué à ma construction tant professionnelle que personnelle. Il m'a appris à me remettre en question, à effectuer des recherches scientifiques ainsi qu'à m'assurer de la fiabilité de celles-ci.

J'ai vécu la rédaction de ce travail comme un challenge, qui s'est avéré être très enrichissant pour moi. Il me sera d'une grande utilité dans ma carrière de professionnelle de santé, puisqu'il est en lien avec mon projet professionnel, ce qui me permettra d'appliquer ce que j'ai appris grâce à tout ce travail de recherche.

Bibliographie :

- Arvieux, C.-C., & Lehot, J.-J. (2001). *Infirmier(e) en réanimation, soins intensifs et urgences : Comprendre pour mieux soigner*. Éd. Eska.
- Berhault, J. (2020). *S'exprimer sans mots : Un effort pour le patient intubé ventilé en réanimation et un défi pour le soignant qui tente de le comprendre*. Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes.
- Bromberger, D. (2004). *Un aller-retour*. Robert Laffont. p78
- Bps_a_telecharger.pdf. (s. d.). Consulté 30 avril 2023, à l'adresse https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/bps_a_telecharger.pdf
- Charhaoui, K., Laurent, A., Bioy, A., Quenot, JP. & Capellier, G. *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*. (2015). Dunod.
- Clavagnier, I., Delpierre, E., Glemée, D., & et al. (2019). La communication en réanimation. *L'aide-soignante*, n° 205, 11-23.
- Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples)*— Légifrance. (2002, avril 5). Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000585557>
- Fédération nationale des infirmiers de réanimation (Éd.). (2022). *L'infirmier(e) en service de réanimation*. Elsevier Masson.
- Flécher, E., Seguin, P., & Verhoye, J.-P. (2010). *ECLS ET ECMO : GUIDE PRATIQUE*. Springer. p261-262
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Fourrier, F., Boiteau, R., Charbonneau, P., Drault, J.-N., Dray, S., Farkas, J.-C., Leclerc, F., Misset, B., Rigaud, J.-P., Saulnier, F., Soury-Lavergne, A., Thévenin, D., & Wolff, M. (2012). *Structures et*

organisation des unités de réanimation : 300 recommandations. *Réanimation*, 21(S3), 523-539.
<https://doi.org/10.1007/s13546-012-0510-9>

Grosclaude, M. (2019). L'accompagnement en réanimation ou l'entrée dans "un autre monde". *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. N°136. p23-30

Guillaume, S. (2020). La confiance, un élément essentiel dans la relation soignant et soigné. In *Confiance, défiance, trahison* (p. 11-15). *Presses Universitaires de France*.
<https://doi.org/10.3917/puf.flis.2020.01.0011>

Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). « Not being able to talk was horrid » : A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(3), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>

Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit : Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2909-2920. <https://doi.org/10.1111/jan.14524>

Information médicale sur la réanimation—La SFAR. (s. d.). Consulté 13 mars 2023, à l'adresse <https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medecale-sur-la-reanimation/>

Kentish-Barnes, N. (2010). Vécu de la parole en réanimation : Complexités et ambiguïtés de la relation soignants-soignés/famille. In *La philosophie du soin* (p. 173-188). *Presses Universitaires de France*.
<https://doi.org/10.3917/puf.hanle.2010.01.0173>

Lacombe, M., Pradel, J.-L., & Raynaud, J.-J. (2009). *Dictionnaire médical à l'usage des IDE* (3e éd). Lamarre. p601

Lalande, M.-F. (2021). *Accompagner un patient très dépendant : Repères et bonnes pratiques*. *Chronique sociale*. p7-35-37-40.

Larousse, É. (s. d.). Définitions : Communication - *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 25 mars 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Le Bihan, Christine. *Cours sur la théorie de la communication*. Soins relationnels. 12 février 2020.

https://www.sfap.org/system/files/les_7_concepts_de_la_relation_daide.pdf

- Martin, C. (2010). *Mieux vivre la réanimation*. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 29(4), 321-330. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2010.03.001>
- Mazella, E. (2021). *Le sens donné à la communication dans la relation soignant-soigné en réanimation*. Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes.
- McCabe, catherine. (2003). *Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences*—PubMed. Vol 13(1), 41-49.
- Mercer, Stewart W, Reynolds, William J. (2002). Empathy and quality care. *The British journal of general practice*. PubMed Vol 52. p9-12.
- Mignot, S., Spranzi, M., & Caeymaex, L. (2018). Que faire quand la famille s'oppose ? *Infirmière magazine (L')*, n° 392, 18-19.
- Molière, F. (2012). Aide (relation d'). In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 61-64). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0061>
- Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers: Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné* (2e éd). Setes éditions. p246
- Phaneuf, M., & Gendron, F. (2016). *La relation soignant-soigné: L'accompagnement thérapeutique* (2e édition). Chenelière Éducation. p2-4-8-9-69-133-134-171-172-174-182
- Pitte, M. (2019). *La relation soignant/soigné (cours)*. EspaceSoignant.com
- Potier. (2001). *Dictionnaire encyclopedique des soins infirmiers*. In Sauramps Medical (Lamarre, p. 361). <https://www.livres-medicaux.com/infirmier-e-s/762-dictionnaire-encyclopedique-des-soins-infirmier-dictionnaire-encyclopedique-a-l-usage-des-etudiants-et-des-professionnels-infirmiers.html>
- Rioufol, M.-O. (2013). Dépasser les difficultés de communication avec un patient. *Soins Aides-Soignantes*, n° 53, 22-23.
- Sharshar, T., & Antona, M. (2011). *Confusion et agitation en réanimation*—Mécanismes et diagnostic. *Réanimation*, 20(S2), 611-616. <https://doi.org/10.1007/s13546-010-0036-y>

Slatore, C. G., Hanssen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M. L., Chesnutt, M. S., & Mularski, R. A. (2012). *Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care*. *AM J Crit Care*, 21(6), 8. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012124>

Terrat, Évelyne. La communication fonctionnelle. *L'aide-soignante*. Vol. 27, n°150, octobre 2013. pp. 12-14

Thom, David H., Hall, Marl A., Pawlson, L. G., (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health affairs (Project Hope)*. Vol 23. p124-132

Une Affaire De Famille : Un Nouveau Projet Vise À Améliorer L'expérience Des Familles Des Patients De Réanimation. (2022). <https://www.gehealthcare.fr/insights/article/une-affaire-de-famille--un-nouveau-projet-vise-à-améliorer-l'expérience-des-familles-des-patients-de-réanimation>

Viennet, H. (2019). L'accompagnement des proches dans un service de réanimation. *Perspective soignante*, n° 64, 47-62.

Annexe I : Guide d'entretien :

5-6 questions avec des points de relance

- 1) Quel a été votre parcours professionnel jusqu'ici ?
 - Aborder l'attractivité pour la réa et les motivations sur celle-ci
- 2) Comment définiriez-vous l'environnement en réanimation ?
 - Aborder la place du patient, son expérience de la réanimation
- 3) Quelles sont les caractéristiques de la relation soignant/soigné en réanimation ?
 - Demander s'il y a des critères de qualité et quels sont-ils ?
- 4) Comment communiquez-vous avec un patient de réanimation ?
 - Aborder les différents sentiments, notamment la frustration
- 5) Avez-vous déjà utilisé des outils facilitateurs pour des patients appareillés et privés de communication verbale ?
 - Demander si le professionnel a un avis dessus, s'il trouve que les moyens qu'il utilise sont suffisants
- 6) Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer face aux familles en réanimation ?
 - Aborder de quelle manière ils créent une relation avec la famille

Annexe II : Entretiens retranscrits

Entretien IDE A :

ESI : Alors dans un premier temps ce que tu peux me décrire ton parcours professionnel jusqu'ici

IDE A : j'ai été diplômé en juillet 2018 et j'ai commencé à travailler en réanimation CTCV à partir de juillet 2018 donc ça va bientôt faire 5 ans que je travaille dans ce service

ESI : Et tu y étais passé en stage ?

IDE A : Oui j'avais fait un stage en fin de 3^{ème} année

ESI : Ok et du coup par rapport à l'attractivité de réa, t'as toujours les mêmes motivations t'as parce qu'enfin t'as pas été déçu même si c'était après un stage

IDE A : Non au contraire je trouve que avant, la réanimation CTCV c'était un une grosse salle de réveil donc vous avez quasiment que des patients de post chirurgie cardiaque quelques greffes de temps en temps quelques ECMO maintenant notre service a complètement changé on est un gros service de moins de médecine et de chirurgie cardiaque avec de plus en plus d'assistance, de greffes des patients de plus en plus lourd de plus en plus type réanimatoire donc au contraire c'est de plus en plus intéressant

ESI : Ok donc c'était plus attiré par le côté vraiment réanimation que salle du réveil du coup

IDE A : C'est ça

ESI : Comment est-ce que tu définirais l'environnement en réanimation ?

IDE A : Traumatisant. Traumatisant pour les patients traumatisants pour les familles ils nous le disent eux-mêmes et on le voit que ça soit des familles ou même des externes quand ils viennent et qu'ils tombent un peu dans les pommes quand ils rentrent dans une chambre de réanimation donc oui je trouve ça traumatisant pour eux après nous bah c'est sûr que la première fois et même en tant que stagiaire je pense qu'on débarque en service on se dit bon « où est ce que je suis ? » nous on a l'habitude mais je pense que oui c'est un peu traumatisant pour les patients et pour les familles

ESI : OK donc tu dis traumatisant pour les patients ce que t'as des expériences d'un patient qui a pu s'exprimer sur son vécu

IDE A : Bah si je prends typiquement le malade qu'on a le plus patient qui qui a fait on va dire un arrêt cardiaque un réfractaire à qui on pose une ECMO on réveille il ne sait pas trop où il est-il a il voit sa jambe complètement figée avec une machine au bout du lit avec du sang qui circule et qu'on lui dit bah votre cœur monsieur fonctionne plus on sent le stress monter, il se demande beaucoup bah qu'est-ce qui va m'arriver, pourquoi je ne peux pas bouger la jambe fin voilà. C'est un peu ouais, les patients qu'on réveille mais qui sont encore intubé qu'on ne peut pas extuber pour X raison et qu'on essaye de communiquer avec eux et qu'ils veulent nous parler mais qu'ils ont un tube dans la bouche on sent un peu leur détresse dans leur visage

ESI : et comment tu arrives à sortir le patient de justement au milieu de toutes ces machines dans sa chambre comment t'arrives à le sortir en tant que personne en tant que patient

IDE A : en fait je pense que quand on arrive dans ce genre de service ce qui est bien c'est que faut se focaliser que sur le patient. OK il y a beaucoup d'appareillage partout mais faut dire il y a un patient dans un lit, alors certes il a beaucoup de tuyaux, mais ça reste c'est une personne qui a des besoins qui a des envies et on arrive à faire abstraction de tout ça et s'occuper vraiment du patient et pas de tous les appareillages forcément autour et ceux qui le font très bien c'est les enfants, avec quelques expériences qu'on a eu dans le service les enfants quand ils viennent voir enfin des jeunes enfants je parle, quand ils viennent voir leur père ou leurs grands-parents ils se focalisent vraiment que sur la papa leur maman leur papy leur mamie et ils voient pas tous les appareils autour donc nous voilà c'est un peu pareil on se focalise sur le patient et le reste c'est que des outils de travail

ESI : ok quelles sont selon toi les caractéristiques de la relation soignant soignée en réanimation

IDE A : Elle est un petit peu atypique par rapport à la communication on communique pas avec qu'un patient qui est intubé comme une communique avec un patient qui est extubé c'est beaucoup plus simple avec une personne qui peut nous répondre là on le sent et c'est là où c'est un peu frustrant c'est que on a beaucoup de patients qui essayent de communiquer avec nous quand ils sont intubés sauf qu'on ne les comprend pas donc quand c'est 5 min ça va mais quand c'est 10 min, 1/4 d'heure c'est un peu enfin c'est pas pour les laisse de côté mais on y arrive pas

ESI : On est impuissant quoi en fait

IDE A : voilà on est impuissant par rapport à ça alors on essaye mais bon c'est pareil écrire sur les ardoises avec un tuyau dans la bouche des œdèmes partout dans les membres supérieurs c'est compliqué et puis il y a aussi le patient post anesthésie qui peut être que ce soit confus ou soit complètement délirant, halluciné tout ce qui s'ensuit, la communication est compliquée on essaie de le rassurer le réorienter dans le temps dans l'espace c'est pas c'est pas chose simple et y'a le patient qui est complètement asthénique qu'on essaye de booster un peu de communiquer avec lui donc voilà c'est vraiment je trouve que la relation elle est vraiment atypique pour plusieurs choses parce qu'on doit utiliser plein de modes de communication différents dans cette relation soignant/soigné

ESI : et sans se focaliser du coup sur la Réa mais vraiment sur la relation soignant/soigné en général ce que c'est pour toi les critères de qualité qui font une bonne relation soignant soigné

IDE A : déjà je pense qu'il y a on va dire un peu notre présentation c'est-à-dire comment on se présente aux patients parce que selon la façon dont on se présente, la façon dont on se tient on va créer plus facilement une relation de confiance. Le matin arriver dans une chambre peu importe le patient se présenter dire son prénom voilà je suis l'infirmier qui va être avec vous aujourd'hui et bien souvent pour l'avoir testé souvent ça va être Un Bonjour Julien très bien voilà et j'ai déjà essayé de d'arriver dans une chambre en disant juste bonjour je suis infirmier et bah les retours sont différents et après ça se décante parce que enfin moi le matin je suis pas réveillée donc communiquer avec le patient le matin c'est compliqué et après ça se décante sur la journée mais voilà je pense que sur le premier truc c'est de la façon dont on se présente ça permet de commencer à créer une relation de confiance nous nos patients il restent 24-48 h ou des fois 3-4 mois donc bon c'est pas la même relation mais les patients qu'on dit « de chirurgie » qui vont rester une semaine bah je pense que c'est important d'établir une relation de confiance avec eux. Donc il y a la relation de confiance, les autres caractéristiques, le temps. C'est compliqué mais je trouve que c'est bien d'avoir le temps d'expliquer les choses de réassurer, pour avoir fait quelques nuits pas beaucoup mais pour avoir bossé un petit peu de nuit, des fois prendre 5 min discuter avec le malade et bien il va passer une meilleure nuit il va pas sonner parce qu'il est anxieux parce que il a peur parce qu'il a peur son dormir pour une raison juste 2 fois le discuter avec eux le soir n'hésitez pas tout se passe bien les choses simples et Ben ça permet de d'apaiser le patient je trouve

ESI : Oui, il se sent plus considéré quoi

IDE A : Ouais c'est ça alors on pas toujours le temps de discuter avec eux avec les familles mais je trouve que des fois quelques mots ça suffit. Il y aussi l'empathie, c'est un mot qu'on utilise beaucoup mais essayer de de comprendre le patient dans sa frustration dans sa douleur dans ses envies et essayer de répondre au mieux pour qu'il se sente en sécurité parce que clairement quand le patient est dans un lit, il se sent faible donc si on peut essayer de d'apporter un peu de réconfort et de voilà de montrer qu'on est présent et que on essaye de faire au mieux pour eux voilà tout ça je pense que ça fait partie de la relation soignant/soigné

ESI : Ok ça marche du coup tout à l'heure tu disais que c'était plus compliqué de communiquer avec un patient de réanimation, comment, dans la vie de tous les jours du coup tu fais pour communiquer avec un patient de réanimation qui va être intubé ?

IDE A : déjà on essaie de lire sur les lèvres, chose qui n'est pas facile, après souvent c'est les mêmes choses qui reviennent maintenant avec l'expérience on se rend compte que bah les patients quand ils essaient de communiquer avec nous, ils veulent souvent dire la même chose, « j'ai envie d'aller aux toilettes », « j'ai envie de faire pipi », « j'ai mal », « j'ai soif » c'est souvent le même truc donc on arrive un petit peu plus à communiquer avec eux sinon il y a l'ardoise, après l'ardoise c'est bien pour un patient qui n'est pas grabataire entre guillemets et qui arrive à écrire parce que souvent quand ils écrivent sur une ardoise c'est un peu des pattes de mouche donc on ne comprend rien et sinon il y a le système de pancartes avec toutes les lettres de l'alphabet on leur demande de montrer un peu les lettres et on essaie d'en déduire des mots, pour essayer de comprendre ce qu'ils veulent

ESI : Du coup j'avais « y a-t-il un par moment un sentiment de frustration » mais oui tu l'as dit tout à l'heure

IDE A : Oui

ESI : Est-ce que t'as déjà utilisé des outils facilitateurs pour les patients appareillés et privés de la communication verbale, c'est du coup comme la pancarte et cetera

IDE A : Oui il y a la pancarte, qu'est-ce qu'on a pu utiliser , on utilise principalement l'ardoise la pancarte... Si des fois on peut utiliser quand on a, bon c'est très rare, mais quand on a des patients étrangers qui ne parlent pas le français, Google traduction voilà maintenant Google traduction on peut mettre le truc sur haut-parleur et du coup parfois on arrive à communiquer comme ça mais ça reste des trucs très simples. Sinon, les interprètes. Bon interprète plus patient intubé c'est très compliqué mais voilà je trouve qu'on a un manque d'outils

ESI : Oui c'est ça

IDE A : Je ne sais pas quels autres outils on pourrait mettre en place il faudrait se renseigner sur ce qui se fait dans d'autres réanimations en France

ESI : Donc tu aimerais qu'il y ait plus de choses pour pouvoir communiquer

IDE A : Plus on arrive à communiquer plus c'est simple pour tout le monde, ça facilite la prise en charge.

ESI : Par exemple il y a le eye tracking je ne sais pas si tu en a entendu parler c'est un outil ce qui suit le mouvement des yeux pour pouvoir communiquer donc c'est pareil ça va être des lettres ou des phrases

ou des mots et juste avec le regard en fait des patients et y'a ça dans quelques services de réanimation en France et est-ce que tu penses que ce serait intéressant par exemple pour la réa de Rennes ?

IDE A : Carrément, faut vraiment voir comment ça fonctionne et avoir le retour des autres réanimations mais non je connaissais pas et ouais ça pourrait bien. C'est quoi c'est un bandeau ?

ESI : en fait non c'est un comme une tablette ou un écran avec un capteur et qui capte les yeux donc le patient lui-même il n'a pas d'appareil mais il regarde juste ce qu'il veut que ce soit par exemple pour des Eva de la douleur bah ça va être des visages des trucs comme ça ou des phrases des lettre

IDE A : En gros avec ses yeux on arrive à voir sur la tablette ?

ESI : Oui ça enregistre ce qu'il regarde. Mais après faut qu'aussi il soit bien au niveau cognitif tout ça

IDE A : Bien sur, bah écoute c'est bon à savoir

ESI : Pour finir j'avais un point sur la famille, quelles sont les difficultés que tu peux rencontrer face aux familles en réanimation

IDE A : Y'en a beaucoup, la famille c'est ce qu'il y a de plus compliqué à gérer je pense que tu as peut-être pu le voir quand tu es venue en stage, la famille elle passe souvent par 50000 émotions donc ça va être l'incompréhension la colère dans un premier temps, ou ils comprennent pas pourquoi on en est arrivé là, après on essaye de les rassurer de on fait beaucoup d'entretiens famille on a cette chance la, d'avoir des médecins qui sont disponibles donc on essaye de les voir parfois plusieurs fois par semaine pour faire le point avec eux, pour leur expliquer vers où on va, je crois que c'est le plus important hein de leur expliquer vers où on va, quelles sont nos limites aussi parce que enfin voilà il y a aussi quelles sont leurs attentes ? Pour ne pas rentrer dans non plus dans des choses déraisonnables si le patient ne voulait pas de choses déraisonnables. La famille ça va être un élément facilitateur dans certains projets mais ça peut être compliqué et souvent les gros patients de réanimation quand on voit chez nous il y a toujours une histoire familiale derrière c'est rare qu'on ait des histoires simples de familles donc ça n'aide pas et y'a puis les familles nombreuses qui voilà qui appellent, qui sont 5 ou 6 à appeler. On a beau leur expliquer les choses ça perdure ils arrivent à 50 dans la réa c'est compliqué il faut les gérer. Pour moi les familles c'est ce qu'il y a de plus compliqué à gérer en réanimation je trouve.

ESI : Et après bon tu as déjà un peu répondu avec les entretiens etc mais comment est-ce que tu établis une relation avec elle ?

IDE A : C'est important déjà de les accueillir on sait pas c'est famille c'est-à-dire que enfin nous on là où on est dans notre réanimation je pense à peu près partout pareil on a un salon d'accueil avec voilà un téléphone, ils se présentent, quand c'est la première fois qu'ils viennent on va les chercher et moi je sais que j'aime bien aller les chercher quand c'est des premières fois quand c'est des dossiers un peu compliqués parce que ça me permet de donner des nouvelles pas forcément devant le patient, voilà de les préparer un peu quand c'est la première fois qu'ils viennent à tout ce que c'est la réanimation, les appareillages et cetera et aussi après quand ils vont bien bah de discuter avec eux et de discuter avec les patients en même temps et souvent c'est les mêmes questions qui reviennent quand est-ce qu'il va sortir de réanimation, est-ce qu'il y a la rééducation par derrière, comment on prend soin de la cicatrice du sternum, donc c'est souvent la même chose et parfois je prends 10-15 min avec eux et ils en sont souvent ravis et ils remercient derrière d'avoir pris le temps pour leur expliquer les choses donc voilà il y a des entretiens et il y a aussi notre rôle d'infirmier on est capable de donner des nouvelles, de toute façon toutes les nouvelles passent quasiment par nous en tout cas en réanimation ou même dans tout autre service donc voilà c'est à nous d'établir cette relation de confiance en expliquant bien les choses, sans

donner d'espoir sans donner trop d'informations dire les choses mais voilà créer un lien de confiance et puis ça se passe bien.

ESI : Ok je te remercie d'avoir répondu à toutes mes questions.

Entretien IDE B

ESI : Alors dans un premier temps Quel a été ton parcours professionnel jusqu'ici

IDE B : alors moi je suis diplômée de 2001 voilà j'ai fait un bac S à l'époque en 1998 après j'ai fait une année de prépa et après j'ai passé mon concours et j'ai été reçue à Paris. J'ai fait mes études à saint cyr l'école, j'ai obtenu mon diplôme en 2001 j'ai travaillé une année en réanimation déjà à l'hôpital de Sèvres sur Paris après j'ai travaillé en salle de réveil pendant 6 ou 7 ans et après je suis arrivée sur Lorient donc en réanimation dans laquelle j'ai travaillé pendant 13 ans

ESI : OK et du coup qu'est-ce que c'était pour toi l'attractivité en réa est-ce que ça venait de tes stages ?

IDE B : tout à fait ça venait de mes stages que j'avais fait pendant mon parcours professionnel voilà c'était intéressant j'étais en réanimation à l'époque toujours sur Paris au plessis-robinson et j'avais fait mon stage normal et avant on fait un stage « pré pro » fin je pense que c'est toujours le cas

ESI : oui

IDE B : et voilà c'est ça fait qui m'a donné l'envie de de travailler en réanimation

ESI : OK ça marche comment tu définirais l'environnement en réanimation

IDE B : comment je définis l'environnement, alors l'environnement je dirais chaleureux. le premier mot qui me vient à l'idée après technique, bruyant, suivant certaines journées fatigantes et toujours très enrichissant et puis très comment dire passionnant

ESI : et pourquoi chaleureux

IDE B : parce qu'au final je m'en suis rendue compte que autant le travail d'équipe que le travail enfin la relation qu'on a avec le soignant même le médecin je trouve que c'est hyper chaleureux enfin c'est bienveillant on est tous en train de s'entraider et puis ben justement le patient qui est en réanimation vraiment il dépend vraiment de nous quoi il peut plus rien faire tout seul ou très peu donc du coup je trouve qu'il y a une chaleur humaine qui s'inscrit enfin qui s'ancre entre l'infirmier et le patient quoi

ESI : est-ce que de ton expérience tu pourrais parler par exemple de la place du patient, des expériences d'un patient qui a pu te dire ce que c'était pour lui l'environnement réanimation comment il le vivait en fait ?

IDE B : Généralement les gens sont très marqués par leur passage en réanimation que ce soit enfin même si c'est très peu de temps ils sont hospitalisés 3-4 jours ou plus. Déjà le mot rien que le mot en fait « réanimation » pour des patients ça peut signifier la mort hein donc ils ont très peur d'être là même ils ne comprennent pas forcément souvent ce qui se passe on essaie de leur expliquer au mieux mais c'est

pas forcément évident pour eux de tout comprendre. Il y a aussi l'angoisse de ne pas savoir ce que ce qu'ils ont, c'est bruyant il y a pas mal de techniques autour surtout s'ils sont des pathologies qui sont vraiment lourdes toi elles ont attiré à pas mal de choses souvent on est assez intrusif parce que Ben ils sont très dépendants comme ce je te disais donc de bon ça va du matin de la toilette en passant par le change le soir, s'ils ont des dialyses tu vois t'as toute cette machine de dialyse, les bilans sanguins qui sont aussi assez lourds et conséquents si en réanimation donc je pense que c'est un environnement assez stressant mais où les relations sont assez riches et très fortes je trouve entre le patient et les soignants.

ESI : Quelles sont pour toi les caractéristiques de la relation soignant soigné

IDE B : Je dirais l'écoute, la relation doit être basée sur un échange sur une communication active entre le patient et le soignant. Moi j'expliquais souvent ce que j'allais faire pourquoi je le faisais avec des mots simples parce que je te dis je trouve ça rassure énormément les gens en fait. Et puis l'humilité surtout ne pas juger non plus parce qu'il y a pas mal de situations qui sont différentes en réanimations, ça vient de la personne qui s'est suicidé à celui qui a fait un accident de la route tu vois ou celui qui est dialysé chronique enfin donc il y a beaucoup de pathologies différentes donc surtout ne pas ne pas juger et puis la chaleur enfin être humain quoi

ESI : D'accord, car ma question d'après rejoins un peu ta réponse, c'est quels sont les critères de qualité pour un soignant enfin les critères de qualité en fait d'une bonne relation soignant soignée en réanimation ?

IDE B : Ben je pense que si le patient se sent bien il a confiance je pense que pour moi c'est déjà énorme en fait. Donc il faut trouver aussi la juste distance pas être trop dans l'empathie et trop écouter son patient enfin ne pas trop le « chouchouter » mais savoir quand même se préserver aussi soi-même et si on arrive à créer cette relation avec le patient je pense que c'est qu'on a trouvé le juste milieu, en donnant de soi-même mais pas trop non plus et puis trouver un bon équilibre. Savoir l'écouter être empathique et en même temps ne pas trop en faire non plus quoi je dirais, savoir rester à sa disposition, ne pas trop en faire non plus parce que c'est pas parce qu'ils sont dans un lit qu'ils sont incapables de faire quoi que ce soit donc moi j'étais énormément sur autonomiser les patients, justement leur expliquer ce qui se passe avec des mots simples et les mettre aussi acteurs de tout ce qu'ils pouvaient faire quoi dès qu'ils pouvaient un peu se laver bah tout de suite je les faisais essayer de se laver. Certes ça prend plus de temps sur ta journée, c'est évident que c'est plus facile soi-même de faire une toilette que de laisser le patient se laver tout doucement son visage mais dès qu'ils peuvent être un peu acteur ouais je trouve ça important.

ESI : OK comment est-ce que tu communique avec un patient de réanimation ?

IDE B : Alors moi je parle beaucoup avec des gestes et je me suis rendue compte que les années passant en réa je parlais beaucoup avec les gestes en fait, j'étais très expressive et sinon on avait des outils de communication, on avait des petites planches aussi en réanimation quand ils étaient intubés du coup pour leur demander ce qu'ils avaient donc par exemple s'ils avaient besoin du bassin s'ils avaient mal donc il y a des petits signes comme ça pour montrer s'ils avaient besoin de quoi que ce soit enfin voilà et aussi des fois une petite planche où il y a que des mots simples et carrément tout l'alphabet aussi et avec ça il peut demander tout simplement la sonnette. Il faut articuler aussi, apprendre à articuler et puis se mettre à la hauteur ça c'est hyper important dès le départ tu vois t'es pas en train de dominer ton patient, toujours je m'asseyais ou je me mettais à la hauteur du patient pour pouvoir communiquer au mieux tu vois et puis capter son regard, prendre sa main pour créer une relation, je reviens à ce que je disais tout à l'heure du coup mais c'est aussi beaucoup par le toucher et le message tu vois souvent cette

communication se fait souvent lors de des soins non techniques quoi tu vois tout ce qui est toilette, shampoing...

ESI : Ce qui paraît plus doux en fait pour le patient

IDE B : Exactement oui et là du coup autant il y a des soins on est obligé d'être dans la technique et de lui faire mal autant il y a d'autres je pense que autant pour le soignant que pour le patient ces moments de bien être là apaisent un peu nos relations entre les 2 quoi

ESI : Ma question d'après c'était as-tu déjà utilisé des outils facilitateurs pour des patients appareillés et privés de communication verbale donc du coup tu y a répondu

IDE B : Oui

ESI : Est-ce que du coup les planches dont tu parles là que vous avez en réanimation est-tu trouves que c'est suffisant ou est-ce que tu aimerais avoir accès à d'autres outils ?

IDE B : euh non c'était déjà suffisant, après quand les patients étaient de langue étrangère alors là on essaie un peu d'utiliser Google traduction mais c'était pas forcément évident on n'a pas non plus toujours les moyens d'avoir un traducteur à côté tu vois pour expliquer donc souvent là on a affaire aux familles pour un peu nous aider OK ou alors on appelle un interprète par téléphone pour communiquer aussi avec le patient quoi, ça m'est arrivé et la relation aussi tu vois, souvent le moment où les patients sont intubés pendant longtemps là tu dois créer une relation de communication hyper douce, calme et apaisante parce que souvent ils sont obligés d'avoir un sevrage ventilatoire long, donc avec un tube dans la bouche enfin tu vois ils sont intubé un moment et ça c'est compliqué pour eux de rester calme sans être sans être contentonné

ESI : oui s'ils ne sont pas compris

IDE B : exactement ouais donc même si des fois ils ne parlent pas et ne communiquent pas c'est moi qui essayais de de d'expliquer les choses tu vois, de dire « est-ce que vous avez mal », « faites-moi un geste », « oui non », « vous serrez la main » tu vois une fois pour dire oui 2 fois pour dire non au juste clignement des yeux ou la tête

ESI : est-ce que tu as déjà eu un sentiment de frustration quand la communication était pas facile avec un patient ?

IDE B : Ah oui quand on voit qu'il s'énerve et qu'on ne comprend pas ce qu'il a envie de nous dire là c'est ça devient hyper compliqué quoi et même on a beau essayer de comprendre, alors des fois j'amène du coup d'autres personnes et je leur demande d'essayer de comprendre ce qu'il veut dire par la parole avec ses lèvres et tout et des fois on arrivait à comprendre ce qui ce qu'ils avaient à dire

ESI : donc finalement dans les outils aussi l'équipe en fait la collaboration

IDE B : tout à fait oui, la collaboration avec les collègues, ah oui complètement, puis on travaille souvent en binôme aide-soignant infirmier ce qui est aussi enrichissant parce que ce qui est difficile en réanimation c'est qu'il faut toujours avoir presque soi-même en tant que soignant la même humeur tous les jours quoi, venir sans être fatigués toujours avoir la pêche et cetera et quand des fois on est un petit peu plus fatigué même si on essaie de laisser ça au vestiaire un moment la collègue est là pour rebooster et puis reprend le relais si jamais y a besoin de prendre le relais

ESI : quelles difficultés peux-tu rencontrer face aux familles en réanimation

IDE B : alors oui ça c'est une grande question ! Les familles sont très angoissées très preneuses de temps et c'est du temps qu'il faut dégager dans sa journée de travail pour le consacrer aux familles qui des fois ne comprennent pas ou ne veulent pas comprendre le diagnostic également, donc ça c'est compliqué. Généralement nous ce qui se passe sur Lorient c'est qu'ils sont vus tout de suite avec le médecin réanimateur, l'infirmière, l'aide-soignante, dans une petite salle à part où on explique les choses directement. Souvent le lendemain ils sont encore revus parce qu'il faut savoir qu'en fait les familles ne comprennent pas tout de suite, apparemment ils sont dans le milieu hospitalier et ont des notions mais des fois c'est très compliqué les notions médicales sont un peu difficiles à comprendre et pour que l'information qu'on leur communique, je sais plus exactement mais il y a 10 ou 20% peut-être qui sont retenus un truc comme ça donc au fur et à mesure en fait on leur ré-explique.

Il y a des familles qui sont très demandeuses et d'autres au contraire qui ont tellement peur, qu'ils ne veulent pas entendre et qui sont très en retrait donc faut savoir s'adapter aux familles ce qui n'est pas vraiment pas évident. Alors il y a des formations qui existent, qui aident, des formations sur la communication qui sont très intéressantes qui sont faites au sein de l'hôpital et ça m'a aidé, j'ai appris la communication verbale et non verbale savoir s'adapter, le langage, la reformulation

ESI : comment est-ce que tu établis une relation avec ta famille à part du coup l'entretien d'accueil de la famille quand le patient est hospitalisé qu'est-ce que tu utilises au quotidien pour avoir une bonne relation on va dire de confiance par exemple avec la famille des patients

IDE B : Eh bien en fait je me présente toujours déjà voilà ça c'est une chose ils connaissent mon prénom ils savent qui je suis, que je m'occupe de leur famille et souvent j'essaie d'aller les voir et je leur demande s'ils ont des interrogations et j'essaie aussi de les mettre un peu acteur de ce qu'ils peuvent faire quoi en fait pour pas se sentir trop en retrait de ce qui se passe et qu'ils aient peur justement essayer de se sentir acteur, par des petites choses « vous pouvez amener ça » ou « faites si ». Cependant les familles sont accueillies sur la réanimation qu'à certaines heures en fait, ce n'est pas tout le temps ouvert, y'a des réanimations où c'est ouvert 24h sur 24 et en fait on s'est rendu compte également que les familles ne sont pas plus demandeuses que ça en fait, même si on ouvre 24h sur 24 les gens vont venir mais au bout de 2-3h vont s'essouffler et le patient aussi et puis je pense qu'il faut aussi que le patient se repose. Et la famille aussi parce que souvent on ne sait pas ce qui se passe d'ailleurs après quand ils rentrent, donc souvent je leur donne des informations au fur et à mesure je leur dis toujours le positif jamais de négatif, toujours leur dire « bah aujourd'hui c'est un petit peu sur ça voilà » et puis bon voilà certains ne sont quand même pas dupes non plus on va dire si la situation est de plus en plus compliquée faut surtout pas leur cacher non plus je pense

ESI : oui tout à fait ça fait partie de la relation de confiance en fait

IDE B : exactement ouais et puis justement la relation de confiance c'est d'établir un peu quel protocole ils vont vouloir faire ? Qu'est-ce qu'ils veulent faire ? Est-ce qu'ils veulent être là ? Pas là ? Est-ce qu'il faut les appeler ? La relation de confiance c'est noter aussi tu vois tous les numéros de téléphone, dans les dossiers savoir avec qui en communique, comment, qui est la personne de confiance sachant que c'est la première étape tu vois pour faire une relation de confiance. Et enfin tout noter aussi sur les transmissions que ce soit écrite ou orale à tes collègues pour que justement il y ait un suivi au niveau du dossier et que la relation se fasse, qu'il se sente suivi par les autres après ça c'est important

ESI : Et bien écoute je crois qu'on a fait le tour

IDE B : je ne sais pas si j'ai répondu à tout sûrement que j'aurais plein d'autres choses qui vont me revenir après en tête hein c'est ça qui est compliqué. Après y a des situations qui marquent plus que d'autres oui

en réanimation : le premier patient par exemple que j'avais extubé qui avait le COVID là la relation était très forte en fait parce qu'on était tous hyper heureux qu'ils soient...

ESI : signe d'espoir un petit peu

IDE B : exactement ouais c'est vrai c'est exactement ce que tu dis ouais signe d'espoir ouais et là la relation était forte je pense que et même quand ils reviennent après en réa il y a des visages qu'on ne peut pas oublier. Même des fois je me balade ou je fais mes courses et je vois, Ah c'est ça je l'ai déjà croisé et je suis contente de le voir dans une bonne situation et par contre à l'inverse sur les situations où ça ne se passe pas bien les gens arrivent même à te remercier en fait et c'est incroyable. Et puis savoir trouver les mots juste quand tu dis la relation ça ce n'est pas toujours facile non plus toujours formuler et trouver les mots justes et puis ça dépend de chaque personnalité il y a des personnes avec qui tu sens que bah t'as pas forcément trouvé les mots quoi c'est compliqué de dire ça mais c'est vrai. Et je me souviens d'une situation où j'étais avec mes filles à une brocante c'est moi qui étalais mes trucs et un monsieur vient me voir et se met à pleurer devant tout le monde j'étais la « oops Ah mince » ça faisait peut-être 2 ou 3 mois que sa femme était décédée avec moi donc je l'avais accompagné tout ce temps-là et du coup il pleurait et me remerciait et il vidait tout devant tout le monde tu vois donc en fait il m'avait pas du tout oublié. Donc la relation de confiance je pense là était forte quoi, et je ne me suis pas rendu compte du tout sur le coup je pense mais par contre lui il m'a dit « je ne pourrais pas vous oublier en fait »

ESI : ouais c'est ça en fait c'est un passage marquant pour le patient et pour la famille

IDE B : oui exactement je pense que oui comme tu dis ça marque une vie et une famille. Et être présent et essayer de trouver du temps pour les familles et évidemment pour le patient mais bon des fois quand on avait 2 ou 3 ce n'est pas forcément évident suivant les situations

ESI : Je te remercie merci d'avoir répondu à mes questions

Annexe III : Échelle de douleur BPS



EXPRESSION DU VISAGE	Déjà vu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimaces	4
TONUS DES MEMBRES SUPÉRIEURS	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
ADAPTATION AU VENTILATEUR	Adapté	1
	Lutte ponctuellement	2
	Lutte contre le ventilateur	3
	Non ventilable	4

NOM : HELOU

PRENOM : Capucine

La communication dans la relation soignant/soigné en réanimation : impact de l'environnement technique sur les interactions verbales et non-verbales.

La communication est mise à rude épreuve en service de réanimation bien qu'elle soit un pilier de la relation soignant/soigné. Le but de mon étude est de découvrir dans quelles mesures cette relation est impactée et de quelle manière. Pour répondre à cette problématique j'ai effectué des recherches documentaires et ai contacté un infirmier d'un CHU et une infirmière d'un autre centre hospitalier. J'ai appris que bien que la communication verbale soit souvent difficile en réanimation, la relation avec les patients ne se base pas uniquement sur celle-ci. En effet, elle dépend également de la communication non-verbale, la relation d'aide, la relation de confiance etc. Bien que les outils existent pour faciliter les échanges, les infirmiers rencontrés ne les trouvent pas toujours idéaux. Le service de réanimation est un environnement terrifiant pour les patients puisqu'il représente une fine limite entre la vie et la mort, ce qui les rend d'autant plus vulnérables. Chaque action ou décision de l'équipe médicale et paramédicale peut avoir des conséquences importantes pour le patient. Je retiens de ce travail que la relation soignant/soigné en réanimation est une notion fragile et dynamique, qui nécessite une implication particulière des soignants envers les patients. J'ai réalisé une ouverture à mon travail, qui m'amène à poser la question de recherche suivante : Quel est l'impact de la charge émotionnelle du personnel soignant en réanimation sur la qualité des soins prodigués aux patients ?

Communication in the intensive care unit is under strain, although it is a pillar of the caregiver/care receiver relationship. The aim of my study is to find out to what extent this relationship is impacted and in what way. In order to answer this question, I conducted a literature search and contacted a nurse from a university hospital and a nurse from another hospital. I learned that although verbal communication is often difficult in the Intensive Care Unit (ICU), the relationship with patients is not only based on this. Indeed, it also depends on non-verbal communication, the helping relationship, the relationship of trust etc. Although tools exist to facilitate exchanges, the nurses I met do not always find them ideal. The intensive care unit is a terrifying environment for patients as it represents a fine line between life and death, which makes them all the more vulnerable. Every action or decision of the medical and paramedical team can have important consequences for the patient. I have learned from this work that the relationship between the caregiver and the patient in the intensive care unit is a fragile and dynamic notion, which requires a particular involvement of the caregivers towards the patients. I have made an opening to my work, which leads me to ask the following research question: What is the impact of the emotional load of the nursing staff in the ICU on the quality of care provided to patients?

MOTS CLÉS : Réanimation, Communication, Relation soignant/soigné, Relation d'aide, Environnement technique

KEY WORDS: Intensive Care Unit, Communication, Caregiver/patient relationship, Helping relationship, Technical environment

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2020-2023
