



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

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

**En quoi l'adaptation de la communication du soignant
participe-t-elle au "prendre soin" d'un patient ventilé et/ou sédaté en
réanimation ?**



Directrice de mémoire : LE BORGNE Nadine.

RABSTEJNEK Thibaut

Formation infirmier

Promotion 2020 - 202

Diplôme d'Etat en soins infirmiers.

Travaux de fin d'études : Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers : *“En quoi l'adaptation de la communication du soignant participe-t-elle au “prendre soin” d'un patient ventilé et/ou sédaté en réanimation ?”*

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat en Soins infirmiers 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 1 Mai 2023, à Rennes.

Identité et signature de l'étudiant : T.RABSTEJNEK

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Nadine LE BORGNE, qui a su prendre le temps pour m'accompagner tout au long de ce mémoire et pour ces précieux conseils.

Je tiens également à remercier le service de réanimation, plus particulièrement les deux infirmiers pour leur gentillesse, leur professionnalisme et leurs participations aux entretiens qui ont aidé à rendre ce mémoire plus vivant.

Merci également à mes collègues de promotion : Oriane, Amy, Elena et Benjamin pour leur soutien inconditionnel durant cette année de formation.

Enfin, je remercie mes parents et ma petite sœur pour leurs encouragements et la relecture de mon mémoire.

Tables des matières

Introduction :	1
Le cheminement vers la question de départ :	1
1. Le cadre théorique	3
1.1. Généralités sur l’anesthésie-réanimation :	4
1.1.1. La sédation en réanimation: un soin de confort et de support à la technique principale.....	4
1.1.2. Les différents type de ventilation mécanique :.....	5
1.2. Les concepts de communications :	6
1.2.1. "Feed Back", proxémie et empathie.....	7
1.2.2. Les différents type de langages :.....	8
1.2.3. Mécanismes de défenses du patient.....	9
1.2.4. Mécanismes de défenses du soignant.....	10
1.2.5. Intégrer la communication aux soins intensifs, mais en dépit de plusieurs facteurs limitant cette interaction.....	11
1.2.6. Études portées sur des outils d’assistance en communication.....	12
1.3. Concept du “prendre soin” :	14
1.3.1 Le “prendre soin” selon Walter Hesbeen.....	14
1.3.2. Une notion de “corps”.....	14
2. Méthodologie du guide d’entretien semi-directif	15
2.1. Les objectifs de mes entretiens.....	15
2.2. La population ciblée :.....	16
2.3. L’organisation de mes entretiens :.....	16
3. L’analyse descriptive des entretiens :	17
3.1. La réanimation : un environnement spécifique :.....	17
3.1.1. Leurs motivations à travailler en réanimation.....	17
3.1.2. La réanimation : un environnement “bruyant”.....	17
3.1.3. L’appréhension de la prise en soin du patient ventilé en début de carrière.....	18
3.1.4. Multiples facteurs interférant avec la communication chez les patients sédatisés.....	19
3.2. La communication en service de réanimation est impactée par des facteurs :.....	20
3.2.1. L’état de conscience du patient.....	20
3.2.2. Situations difficiles vécues par les professionnels.....	21
3.2.3. La gestion des émotions.....	21
3.2.4. Adapter sa communication : actions mises en place.....	22
3.3. La communication et le “prendre soin” au cœur de la réanimation :.....	24
3.3.1. La communication entre les professionnels.....	24
3.3.2. La vision des professionnels sur le “prendre soin” en réanimation.....	25
4. Discussion :	25
4.1. L’environnement de travail.....	25
4.2. L’expérience professionnelle.....	26
4.3. Les échelles de surveillance comportementale.....	27
4.4. Des outils d'assistance en communication : bénéfiques /Inconvénients ?.....	28
4.5. L’importance de la “juste distance” en communication.....	29
4.6. La communication verbale.....	30

Problématisation vers la question d'ouverture :.....	30
Conclusion :.....	33
Bibliographie:.....	35
Webographie:.....	35

Listes des acronymes :

MAR : Médecins anesthésistes-réanimateurs.

SARS-COV : *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.*

ECG : Electrocardiogramme.

ECMO : *Extracorporeal membrane oxygenation.*

CTVC : Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire.

RASS : Échelle de sédation Agitation Richmond.

BPS : *Behavioral Pain Scale.*

VI : Ventilation invasive.

VNI : Ventilation non-invasive.

SFAR Société Française d'Anesthésie-réanimation.

Introduction :

Dans le cadre de ma formation infirmière, j'ai réalisé mon sujet de mémoire sur l'importance de la communication dans le "prendre soin" du patient en service de réanimation. Ma première rencontre avec le patient intubé a été une situation particulière pour moi, je devais mettre en place une communication verbale et "non-verbale" afin d'être dans le "prendre soin" et non dans le soin d'un corps. Je m'imagine à la place de mon patient, incapable de pouvoir répondre à nos sollicitations, m'a paru être une réflexion de mémoire importante pour mon futur métier.

Sur mes quatre mois d'exercice aide-soignant dans un service de réanimation, j'ai accompagné des infirmières et assisté à des situations où la communication a parfois été difficile. J'ai la volonté de vouloir comprendre les bases d'une bonne communication, par le biais de ce mémoire, je souhaiterais mettre en lumière des concepts et des notions théoriques sur la communication avec un patient ventilé et sédaté ne pouvant répondre à nos sollicitations. La prise en soin par l'équipe soignante dans un contexte de réanimation est cruciale dans tous les aspects. Les compétences techniques sont primordiales, incluant la maîtrise des équipements, des moniteurs et des divers appareils pour maintenir une personne en vie avec une assistance respiratoire, ainsi que la compréhension de la physiologie et de la physiopathologie des systèmes (comme la circulation sanguine et la respiration). Du côté relationnel, une communication adaptée est nécessaire pour la prise en charge du patient, en particulier dans les situations impliquant une ventilation assistée ou une sédation.

Dans le cadre de ce mémoire, il serait pertinent d'examiner de manière réflexive les pratiques infirmières liées aux différents moyens de communication utilisés dans les services de réanimation.

Le cheminement vers la question de départ :

Je travaillais en tant qu'aide-soignant en service de réanimation médicale l'été dernier, en 12 heures, de jour. J'étais en collaboration avec l'infirmière sur les soins d'hygiène et de confort pour les patients. L'importance de ces soins est essentielle dans la prise en charge du patient afin d'éviter les risques infectieux, thromboemboliques et prévenir le risque d'escarre. Ce travail m'a permis d'avoir une approche du métier et de consolider mon projet de vouloir devenir infirmier en service de réanimation. J'analyserais la situation avec mon regard d'étudiant infirmier de 2ème année, avec les connaissances que j'ai acquises sur mes précédents lieux de stage.

Nous accueillons dans le service une femme de 75 ans, Mme M, qui vient pour une détresse respiratoire aigue qui nécessite une assistance respiratoire par le biais d'une sonde d'intubation endotrachéale. La ventilation non-invasive n'était pas suffisante pour sevrer, Mme M en oxygène. Ses constantes n'étaient pas suffisantes pour être suppléées en oxygène correctement. Sa FiO2 était

insuffisante pour une respiration spontanée, ainsi qu'une saturation en oxygène qui n'était pas suffisante en air ambiant.

Cette patiente n'a pas d'antécédent, aucune primo-infection au SARS-COV-2 et avec un schéma vaccinal complet. Elle présente des extrémités cyanosées avec une pâleur au niveau du visage. On la reçoit déjà avec la sonde d'intubation parce que son état respiratoire se dégradait.

Quelques jours après son hospitalisation, j'ai assisté à son réveil, voir une personne qui se réveille avec une sonde d'intubation endotrachéale est toujours une source d'inquiétude pour moi, parce que le risque d'extubation est grand. De plus, nous devons être présents auprès du patient et lui expliquer la situation afin de l'accompagner au mieux sur ce moment qui peut être source de stress voir de traumatisme. La communication adaptée est primordiale afin de pouvoir la rassurer.

Lors du réveil, je me mets près d'elle, je suis avec l'infirmière, je me positionne au même niveau de la patiente afin qu'elle puisse me voir et me comprendre.

L'infirmière commence à lui expliquer qu'elle est en service de réanimation médicale, elle lui explique aussi qu'elle est intubée du fait de son état respiratoire qui se dégradait.

Je rajoute avec l'aide de l'infirmière les bénéfices de l'intubation pour qu'elle en comprenne la nécessité. Ensuite, j'essaye de la rassurer avec mes mots que nous sommes présents pour elle, que nous allons prendre soin d'elle. "Nous allons vous accompagner et prendre soin de vous".

Sur la situation, avec du recul, je trouve que l'on dit énormément d'informations à la patiente, ça pourrait accentuer un état de stress. Mais la nécessité de l'informer et l'importance de la communication pour informer la patiente est primordial selon moi. La patiente a été très compréhensive, elle avait un regard qui ne montrait pas de signes d'angoisse, arrivait à comprendre nos mots au fur et à mesure de son hospitalisation. On a mis en place une communication écrite avec une ardoise pour qu'elle puisse s'exprimer également. Lors des visites de famille, nous avons essayé d'aider à la communication entre la patiente et la famille avec l'ardoise, ce qui a semblé convenir à Mme M.

Lors de la toilette, elle communique de façon non-verbale, ainsi ça me permet de prendre soin d'elle et de réaliser des soins d'hygiène comme si elle était chez elle. (perte d'autonomie de la personne).

Quelques jours après, elle souhaite qu'on lui enlève la sonde, car cela devient difficilement supportable, on lui explique que l'épreuve de sevrage a été difficile et que nous devons remettre à plus tard l'extubation. La posture de l'infirmière était adaptée à la situation.

J'ai la sensation d'un travail bien fait par le retour positif de la patiente. Selon moi, la patiente s'est sentie prise en considération durant son hospitalisation.

Par le biais de cette situation, une multitude de questionnements se posent :

- Ai-je réellement pris en compte les besoins de ma patiente à travers une communication codifiée par les gestes ?
- Avons-nous été à la hauteur en termes de communication lors du réveil de la patiente ?
- Sa douleur a-t-elle été prise en compte ?

- Ma communication a-t-elle été comprise par la patiente alors qu'elle était sous l'emprise d'une légère sédation ?
- Ma posture professionnelle était-elle adaptée auprès de ma patiente ?
- Ne pas communiquer auprès d'un patient endormi par une sédation profonde ne va pas à l'encontre de notre déontologie soignante ?
- L'outil était-il adapté à l'échange avec la patiente ?

Ce questionnement se focalise du point de vue de ma patiente et de celle des professionnels. Je sentais aussi que mon peu d'expérience dans le service m'a apporté une appréhension à savoir si je communique efficacement ou non avec ma patiente. De plus, j'avais conscience que de multiples facteurs qui étaient liés aux soins intensifs peuvent interférer la communication. Mais la méconnaissance du milieu technique était impressionnante pour moi, ce qui m'empêchait parfois de me concentrer essentiellement sur les échanges que j'avais avec ma patiente.

Ma question de départ va donc se tourner sur l'importance du soignant à s'adapter et à aborder une communication en fonction de chaque patient et des différents facteurs pouvant empêcher la communication, tel que la sédation ou encore l'assistance respiratoire.

En quoi l'adaptation de la communication du soignant participe-t-elle au "prendre soin" d'un patient ventilé et/ou sédaté en réanimation ?

1. Le cadre théorique

Afin d'approfondir les différentes notions théoriques qui découlent de la question de départ, il faut d'abord comprendre le fonctionnement d'un service de réanimation et les différentes spécialités. Une unité de réanimation est :

Un lieu qui accueille un grand nombre de patients qui présentent de nombreuses défaillances, qu'elle soit aiguë ou chronique, sur le plan cardio-respiratoire, neurologique, digestif et pouvant engager un pronostic vital. Ce sont des prises en charge nécessitant des compétences sur les gestes et soins d'urgence avec des actes chirurgicaux, médicaux ainsi que l'utilisation des thérapeutiques pouvant stabiliser ces défaillances.

Un lieu regroupant plusieurs professionnels de santé tels que des MAR, des médecins urgentistes, une équipe paramédicale composée d'infirmiers, d'aides-soignants et des kinésithérapeutes, un psychologue ou des travailleurs sociaux. Une unité de réanimation peut faire appel à différents spécialistes qui viennent de différents services en fonction de la prise en charge : orthopédies, digestifs, neurochirurgiens, psychiatres, pédiatres.

Un lieu qui possède un environnement spécifique, dans une chambre de réanimation, nous pouvons retrouver un monitoring des surveillances cliniques en continue, beaucoup d'appareils d'exams médicaux pouvant être utilisés à des fins médicaux (ECG, ECMO, des pousses seringues électriques, des pompes volumétriques, des pompes d'alimentations, des manomètres à Air et Oxygènes, des dispositifs de ventilations assistées, des dispositifs d'aspiration gastriques et trachéales...).

Il existe plusieurs spécialités en réanimation : médical, chirurgical, pédiatriques, CTCV... Cela permet d'orienter le patient dans un service spécifique à sa prise en charge afin d'améliorer son pronostic.

1.1. Généralités sur l'anesthésie-réanimation :

Avant d'approcher notre questionnement sur la communication en réanimation, il faut comprendre qu'un patient en unité de réanimation va nécessiter une assistance ventilatoire ou non, ainsi que des thérapeutiques ayant pour but de le stabiliser sur le plan de la douleur et/ou de la conscience.

1.1.1. La sédation en réanimation: un soin de confort et de support à la technique principale.

*“La réanimation représente un ensemble de soins invasifs qui peuvent être la source d'agressions physiques et/ou psychologiques. Le recours à des méthodes de sédation s'est donc initialement imposé en réanimation pour permettre la pratique des soins invasifs et particulièrement la ventilation contrôlée”.*¹ En effet, les soins en réanimation peuvent être lourds et difficiles à supporter, une sédation va donc être nécessaire afin d'améliorer le confort du patient durant son hospitalisation. L'objectif va résider sur la modification de l'état de conscience du patient, on souhaite que le patient plonge dans un coma artificiel, induit par les anesthésiants, afin qu'il ne soit pas conscient lors des soins invasifs qui peuvent être source de souffrance pour lui.

Afin d'évaluer la sédation dans un service de réanimation, on peut utiliser différentes échelles comme par exemple le RASS peut être utilisé afin d'évaluer l'efficacité de la sédation. L'objectif de sédation pour tout patient serait entre -2 et 0 :

- Supérieur à +1 : on estime que la sédation n'est pas assez efficace due aux nombreuses réactions du patient (agitation, anxiété, activités psychomotrices).

¹ Bonnet, F. & Lescot, T. (2010). Analgésie et sédation en réanimation. Springer.

- Inférieur à -2 : on estime que la sédation plonge le patient dans un état de conscience profonde, probablement que la sédation est très efficace et qu'il faudrait réévaluer la posologie afin d'éviter une iatrogénie médicamenteuse chez le patient.

La sédation facilite la prise en charge thérapeutique et peut permettre de pouvoir apporter au patient une assistance ventilatoire. *“La sédation était en quelque sorte le soin de support de la technique principale, à savoir la ventilation contrôlée.”*²

Les protocoles analgésie et sédation peuvent être employées pour réduire la douleur et l'anxiété, afin d'apporter du confort durant les soins douloureux pour le patient. L'importance du choix de la sédation va reposer sur l'évaluation de la douleur. *Dans cette population, dont le standard pour la mesure de la douleur est l'auto-évaluation, l'incapacité [fréquente] à communiquer ne doit clairement pas conduire à négliger une expérience douloureuse chez le patient*³. L'importance de bien évaluer la douleur avec des échelles appropriées permet une utilisation de la sédation à bon escient et ainsi, réduirait l'utilisation de celle-ci plus rapidement. À long terme, des complications pourraient survenir tel que *l'altération de la vigilance, la confusion mentale ou encore la dépression respiratoire.*

1.1.2. Les différents type de ventilation mécanique :

La ventilation mécanique est une méthode de soutien respiratoire utilisée pour aider les patients à respirer lorsqu'ils ne peuvent pas le faire seuls. Elle peut être effectuée de deux manières : invasive ou non-invasive.

La ventilation mécanique invasive implique l'introduction d'une sonde dans la trachée du patient, via la bouche ou le nez, pour fournir un soutien respiratoire directement aux poumons. Cette méthode est souvent utilisée pour les patients gravement malades ou en cas d'insuffisance respiratoire aiguë. Bien que cette méthode soit efficace, elle peut présenter des risques d'infections et de complications associées à l'intubation et au tube.

La ventilation non-invasive est une méthode qui fournit un soutien respiratoire aux patients sans l'utilisation d'une sonde. Elle est souvent utilisée pour les patients atteints de troubles respiratoires moins graves ou pour ceux qui sont capables de respirer spontanément, mais nécessitent un soutien respiratoire supplémentaire. Cette méthode implique l'utilisation d'un masque facial qui fournit de l'air dans les voies respiratoires pour aider le patient à respirer plus facilement. Cette méthode peut être utilisée pour éviter l'intubation et réduire les risques associés à la ventilation mécanique invasive.

² Bonnet, F. & Lescot, T. (2010). *Analgésie et sédation en réanimation*. Springer.

³ Society of Critical Care Medicine and Wolter Kluwer Health, Inc. *Recommandations de Pratiques Cliniques pour la Prévention et la Gestion de la Douleur, de l'Agitation/Sédation, de la Confusion Mentale, de l'Immobilité, et des Altérations du Sommeil chez les Patients Adultes en Soins Critiques*. Résumé cadre traduit par la Société Française d'Anesthésie Réanimation. (2020).

L'intubation est la mise en place d'une sonde dans la trachée, cette sonde d'intubation va permettre à un patient en détresse respiratoire d'être ventilé par le biais d'un respirateur. La ventilation invasive (VI) nécessite la prescription d'un médecin qui va examiner selon plusieurs facteurs, la nécessité d'une ventilation dite "mécanique" pour le patient. C'est l'ultime solution thérapeutique quand un patient présente une menace du pronostic vital sur le plan respiratoire.

La mise en place de la sonde d'intubation va nécessiter un protocole bien particulier, il sera important de ventiler le patient avec une ventilation non-invasive comme le masque à hautes concentrations avec la délivrance d'un débit d'O₂ supérieur à 12 litres . Ce recours thérapeutique peut être utilisé dans des prises en charge comme des détresses respiratoires graves (accidents de la route, décompensation respiratoire, prise en charge d'un patient atteint de la Covid-19...).

Le patient ne pouvant plus exprimer sa douleur à cause de la ventilation invasive et des sédations, on peut utiliser une échelle se nommant : l'échelle BPS.

L'échelle BPS, est une échelle comportementale de la douleur utilisée en réanimation, elle présente un intérêt pour les patients adultes sédatisés et ventilés.

Il y a 3 critères qui sont mesurés lors de l'évaluation :

- L'expression du visage.
- Le Tonus des membres supérieurs.
- L'adaptation au respirateur.

Réaliser une évaluation avec une échelle BPS va permettre de mesurer la douleur la présence de douleur chez un patient intubé et sédatisé.

1.2. Les concepts de communications :

La communication est essentielle dans le métier d'infirmier : elle permet la collaboration d'une équipe afin de répondre à des besoins individuels et collectifs : problèmes rencontrés par les soignants, entraides, se soutenir collectivement face à une situation, transmissions entre les équipes de jour et de nuit. Il est même impossible pour nous, être humains, de ne pas communiquer avec nos pairs, que ce soit verbal ou non verbal (émotions, communication gestuelle...). Selon la théorie des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, infirmière enseignante britannique " *La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission ou la perception d'attitude, de croyance et d'intention*". Cela signifie que l'être humain a besoin de communiquer avec son environnement ainsi que d'entreprendre des relations sociales avec les personnes qui l'entourent.

Dans le milieu médical, le devoir d'informer est défini par le code de la Santé publique, est un devoir déontologique que l'on doit respecter à tous patients qui viennent pour se faire soigner. C'est le cas par exemple des médecins d'après l'article R.4127-35 du Code de la santé publique qui stipule : *“Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une **information loyale, claire et appropriée sur son état et les soins qu'il lui propose**. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension”*⁴. La communication impose donc une information claire et comprise par la personne soignée.

1.2.1. "Feed Back", proxémie et empathie.

Afin d'analyser les fondements de la communication thérapeutique, nous pouvons nous pencher sur les bases de la communication. Avant toute chose, la communication est un processus mis en place entre différents individus ou groupes de personnes afin de permettre d'échanger, et ce, quelle que soit la nature de celle-ci. Cela peut être verbal, écrits, des gestes ou même par le biais d'enregistrements sonores. La communication va répondre à des besoins entre individus et peut permettre la collaboration entre les personnes ou au contraire le désaccord.

D'après l'ouvrage d'Élodie Brunel, Fabrice Michel et Florence Plantet *“Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire, aspect pratiques, éthique et juridique”* : ils nomment une boucle de communication. *“Boucle de la communication : Ensemble de ce processus qui permet la rencontre, l'établissement de la relation de confiance et dans certains cas l'alliance thérapeutique”*.⁵ Cette boucle fait référence au “Feed-back” qui symbolise les rapports entre les différents individus, le feed-back correspond à une interaction en retour à un autre échange précédemment réalisé. Un feed-back impose donc une interaction constante entre deux individus d'où cette “boucle de la communication”.

La communication est donc un ensemble de processus qui va permettre d'interagir, de mettre en relation plusieurs personnes. Dans le cadre d'une relation soignant-soigné, la communication va être cherchée par le soignant afin d'entreprendre une alliance thérapeutique avec son patient afin de permettre à celle-ci de chercher son consentement pour lui prodiguer des soins, quelle que soit la nature des soins. Cela peut être des soins lourds, invasifs ou simplement demander à répondre à certaines questions afin d'établir une anamnèse du patient.

Dans le cadre relationnel, la notion de “juste distance” est très importante afin d'établir une communication adaptée avec le patient. La proxémie est un principe de base en communication

⁴ D'après le Code de la Santé Publique, Sous-section 2 du devoir envers les patients *Article R.4127-35*. (2007)

⁵ Brunel, É., Michel, F., & Plantet, F. (2022). Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire, aspects pratiques, éthiques et juridiques. Éditions Arnette.

thérapeutique. “*La proxémie est définie par la distance qui s’installe entre deux personnes qui interagissent. Cette distance que l’on pourrait qualifier “de sécurité” est variable d’une personne à l’autre et selon la situation*”.⁶

Dans le milieu du soin, les professionnels de santé sont amenés à recevoir des patients douloureux, ayant des souffrances de natures multiples sur l’aspect physique et psychologique. Ils sont amenés à percevoir les émotions des patients. Sachant que la douleur est relative et propre à chacun, les soignants ont le devoir de comprendre la survenue de cette douleur et essayer de la traiter d’une manière adaptée avec un regard clinique sur la situation. Afin de comprendre cela, il faut entrer dans une cotation de la douleur avec une échelle adaptée, mais aussi comprendre le positionnement du patient par le biais d’une faculté empathique. Selon Larousse “*Faculté intuitive de se mettre à la place d’autrui, de percevoir ce qu’il ressent*”. L’empathie pourrait permettre de favoriser la communication avec le patient, dans le cas contraire, une grande émotion pourrait impacter la prise en charge du patient puisque la dimension émotionnelle aura pris le dessus sur la dimension cognitive du soignant. L’empathie lie ces deux dimensions qui sont intrinsèquement liées.

1.2.2. Les différents type de langages :

Trois types de langages⁷ sont utilisés dans la communication entre les individus. *Le langage verbal* est le plus couramment utilisé pour transmettre des informations. Le ton de la voix, les pauses et les accents peuvent également transmettre des nuances de sens. *Le langage non-verbal* utilise des signaux visuels, tels que les expressions faciales, les gestes et la posture, pour communiquer des émotions et des sentiments. *Le langage para-verbal* comprend des éléments qui accompagnent le langage verbal, tels que le volume de la voix, la vitesse et le ton. Ces éléments peuvent changer le sens et l’interprétation de ce qui est dite.

Dans un contexte de relation de soin entre le professionnel et le patient, l’importance d’analyser ses différents types de langages réside sur l’observation du patient en fonction de son état clinique et de son état de conscience. Une fréquence respiratoire élevée, des signes cliniques évocateurs d’une hypoglycémie font partie du langage non-verbale en lien avec le para-verbale. L’intonation de la respiration ou le volume émis par un patient douloureux sont des signes communicatifs aux soignants. Cependant, l’interprétation de ses types de langage revient à l’équipe soignante et à son sens critique et de son observation clinique.

Le soignant doit s’adapter en ayant une communication non-verbale et verbale claire, en utilisant des gestes et des expressions faciales pour renforcer son message. Il doit également adapter

⁶ Brunel, É., Michel, F., & Plantet, F. (2022). Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire, aspects pratiques, éthiques et juridiques. Éditions Arnette.

⁷ Brunel, É., Michel, F., & Plantet, F. (2022). Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire, aspects pratiques, éthiques et juridiques. Éditions Arnette.

son rythme de parole, le ton et le volume de sa voix pour faciliter la compréhension du patient et rassurer celui-ci. En outre, le soignant doit être attentif à la capacité du patient à communiquer, que ce soit par des signes ou des mots. Il doit être ouvert à recevoir les messages du patient, à écouter attentivement et à respecter ses choix et ses besoins. Cette communication adaptée permet également d'établir une relation de confiance entre le patient et le soignant, contribuant ainsi au bien-être psychologique et émotionnel du patient, qui est un aspect important du processus de guérison.

1.2.3. Mécanismes de défenses du patient.

Les mécanismes de défense sont des stratégies inconscientes utilisées pour contenir et réduire l'anxiété, mais ils peuvent parfois mettre en danger l'alliance thérapeutique et empêcher des prises de conscience fondamentales. Le déni est un mécanisme de défense qui consiste à nier une réalité douloureuse qui ne peut être intégrée comme telle. Dans le contexte de la réanimation, l'aptitude du patient à communiquer et à intégrer les différents éléments de sa prise en charge peut être modulée par des difficultés cognitives temporaires ou définitives, cela peut être affecté par l'action de différentes drogues ou thérapeutiques que l'on peut retrouver dans des services de soins intensifs. La dépendance à l'équipe peut être vécue comme une épreuve. L'importance de comprendre que le rapport de force entre le soignant, celui qui sait avoir les réponses à toutes les questions, et le patient quant à lui, à un problème qui ne peut résoudre seul.

On peut noter l'importance d'une communication à l'écoute du patient afin qu'il ne subisse pas ce rapport de force qui pourrait le déstabiliser et lui empêcher de prendre les devants sur l'évolution de sa maladie.

Dans l'ouvrage de Elodie Brunel, Fabrice Michel et Florence Plantet "Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire, aspects pratiques, éthique et juridique", ils font référence à une chose intéressante pendant l'admission d'un patient en réanimation, dans un contexte d'urgence, le patient est amené à être confronté à une période de sa vie extrêmement traumatisante pour lui car le patient approche d'une confrontation avec la mort. Le patient vit un bouleversement de ses habitudes de vie et doit donc s'adapter à intégrer des notions médicales qui lui sont probablement inconnues et cela peut être générateur de stress intense. Il doit s'adapter à ce changement comme il le dit dans l'ouvrage : *"L'aptitude du patient à communiquer et à intégrer les différents éléments de sa prise en charge, est parfois modulée par des difficultés cognitives temporaires ou définitives. Bouleversé dans ses repères habituels, le patient doit s'adapter aux facteurs de stress intrinsèques à la réanimation, comme la soif, le bruit des scopes, l'inconfort de la douleur, l'impossibilité de se*

mouvoir; la difficulté à communiquer s'il est intubée, parfois la sensation de s'étouffer."⁸ Tous ces facteurs intrinsèques, liés à la réanimation, sont une chose importante à prendre en compte dans la prise en charge du patient afin de répondre au mieux à ses questionnements et à ses besoins. Cela rentre dans l'optique d'un "prendre soin" adapté à chaque patient.

1.2.4. Mécanismes de défenses du soignant.

Les professionnels de santé sont en première ligne face aux vagues de patients qui viennent chaque jour au sein des services de soins. Ils doivent faire face aux difficultés que peuvent engendrer des prises en charge de soignant. Dans des services de soins intensifs tels que la réanimation, les soignants sont susceptibles d'être confrontés à des patients vivant des moments extrêmement difficiles avec des pronostics vitaux engagés. Ils doivent avoir des ressources mentales afin de pouvoir supporter toutes les situations de stress auxquelles ils sont confrontés, et ce, tout en prodiguant des soins pour tous les patients. Cela n'est pas chose aisée puisque nous sommes humains.

Il est important de pouvoir comprendre les mécanismes de défenses des soignants, ils sont déterminants dans l'optique d'une prise en charge d'un patient. Pouvoir les comprendre pourrait permettre une réflexion critique sur le positionnement d'un soignant sur une situation qui pose problème.

Selon le *Docteur Alain Toledano de l'institut Rafaël* sur les mécanismes de défense des soignants, il existe plusieurs types de mécanismes importants à savoir :

- Le mensonge, cela consiste à atténuer une vérité par le mensonge. Mécanisme de l'urgence du soignant.
- La banalisation, le soignant va focaliser la souffrance du patient sur une partie seulement au lieu de prendre en compte les différents facteurs.
- L'esquive, il s'agit d'un rejet d'une situation angoissante par le soignant. Il reconnaît que la situation est difficile, mais ne supporte pas l'impuissance.
- La fausse réassurance, par le biais de la connaissance médicale du soignant, va maintenir le patient dans une ignorance. Il va lancer le patient dans une quête de guérison avec de faux espoirs.
- La rationalisation, évitement du dialogue avec le patient avec un discours "hermétique" et peu compréhensible ne laissant pas la place au échange et seulement au savoir médical.

⁸ Brunel, É., Michel, F., & Plantet, F. (2022). Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire, aspects pratiques, éthiques et juridiques. Éditions Arnette.

- L'évitement, c'est tout simplement la réduction du patient à seulement un être malade, un "objet de soin". Le patient évite les échanges directs avec le patient. La présence physique et psychique n'est pas prise en compte par le soignant.
- La dérision, s'abstraire de la véritable relation de soin. Ne pas reconnaître véritablement le fondement de la souffrance du patient.
- La fuite en avant, quand les autres mécanismes de défenses ne sont plus utilisables pour le soignant du fait d'un danger imminent, la réponse spontanée est une manière de se protéger et de décharger une angoisse. Le patient partageant sa souffrance avec le soignant, qui celui-ci rompt définitivement ce partage avec spontanéité.
- L'identification projective, le soignant agit comme s'il pouvait se substituer au malade et pense qu'il sait seul ce qui est le mieux pour lui. Cependant, il ne peut jamais réellement se mettre à la place du patient.

Le facteur stress a un fort impact sur le soignant et peut aussi impacter la communication. Le stress est une réaction naturelle chez l'homme face à une situation difficile, et les soignants, en particulier ceux qui travaillent en réanimation ou dans d'autres environnements de soins intensifs, sont souvent soumis à un stress important en raison de la nature de leur travail. Ils sont exposés à des situations d'urgence, à des patients très malades et parfois à des décès, ce qui peut avoir des conséquences physiques et émotionnelles importantes. Face à ce facteur, le soignant peut utiliser des mécanismes de défense afin de pouvoir se protéger, la distanciation professionnelle est une stratégie adaptée afin de réduire l'impact émotionnel de la situation.

1.2.5. Intégrer la communication aux soins intensifs, mais en dépit de plusieurs facteurs limitant cette interaction.

*"La communication aux soins intensifs est limitée par différents facteurs comme la médication, la sédation et l'impact des différents appareillages, notamment celui de la ventilation mécanique"*⁹. Selon les auteurs, la communication en soins intensifs peut être impactée par des facteurs tels que les thérapeutiques proposées au sein des services de réanimation. La médication utilisée en réanimation peut affecter la communication d'un patient, en particulier s'il est sous sédation ou sous ventilation mécanique. La sédation est souvent utilisée pour aider les patients à se reposer et à tolérer les traitements invasifs, tels que les tubes d'intubation et les cathéters veineux centraux. Cependant, une sédation excessive peut entraîner une altération de l'état de conscience du patient et empêcher sa communication.

⁹ Brunel, É., Michel, F., & Plantet, F. (2022). Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire, aspects pratiques, éthiques et juridiques. Éditions Arnette.

De même, la ventilation mécanique peut affecter la communication des patients en raison de l'utilisation d'un tube d'intubation ou d'une trachéotomie. Ces dispositifs peuvent empêcher les patients de parler ou de communiquer efficacement.

Concernant les mécanismes de défenses du patient et du soignant, ce sont des facteurs pouvant impacter une communication, surtout dans des services de soins intensifs où beaucoup de soignants sont confrontés à des situations de stress permanent.

Selon la Société Française d'Anesthésie Réanimation, l'ambiance de travail, la luminosité des pièces, l'environnement sonore jouent un rôle important dans la collaboration et la communication entre soignants. Cela peut favoriser les échanges tout comme générer des situations de conflit entre les professionnels *“Elles peuvent être des facteurs favorisant la collaboration et la communication efficace entre soignants ou, a contrario, générer des comportements hostiles et/ou des climats délétères qui nuisent à la qualité et à la sécurité des soins.”*¹⁰. Cette gestion de l'environnement sonore est un atout majeur dans la prise en charge du patient ainsi que pour la coordination des professionnels lors de situations de crise. *“Le calme, non seulement favorise la réflexion et la concentration, permet la discrimination des signaux sonores, améliore la communication, mais favorise aussi une ambiance apaisée nécessaire au bon enchaînement des actions dans la prise en charge des patients”*¹¹. Une amélioration de la communication peut être gérée par l'intermédiaire d'une gestion de l'environnement sonore. Une diminution de la communication au sein de l'équipe médicale aura des conséquences sur la sécurité des soins prodigués aux patients, ce qui se répercutera indirectement sur la qualité globale des soins apportés aux patients.

1.2.6. Études portées sur des outils d'assistance en communication.

Après avoir énuméré les principes de la communication dans le monde de la santé et des différents mécanismes de défenses humaines, face aux épreuves et à l'angoisse éprouvée par les patients et les soignants dans les milieux de soins, il serait intéressant de porter un regard sur des outils de communication utilisés chez des patients conscients mais non-communicant.

Premièrement, une étude a été portée en 2011 à l'*University of Pittsburgh, School of Nursing*¹² aux Etats-Unis sur le nombre d'interactions entre l'infirmière et le patient dans une unité de soins intensifs chirurgicaux et cardiaques. Les objectifs de cette étude étaient de relever les interactions, les

¹⁰ Bijok.B, Jaulin.F, Société Française d'Anesthésie réanimation. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Facteur humain en situation critique. (2022)

¹¹ Bijok.B, Jaulin.F, Société Française d'Anesthésie réanimation. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Facteur humain en situation critique. (2022)

¹² Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, Radtke J, Sereika S. *Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit*. Am J Crit Care. (2011)

méthodes et les techniques d'assistance en communication chez des patients non-communicants avec un pronostic vital engagé. Les résultats ont conclu que l'infirmière initiait à 86,2 % des échanges en communication avec plus de 70 % des échanges ont été concluants. Cependant, 37,7 % des échanges ont été infructueux concernant la douleur des patients. On peut donc noter que 1/5 des échanges en communication avec l'infirmière ont été évalués par les patients comme difficile. De plus, très peu de matériel d'assistance en communication ont été utilisés. Cette étude a mis en lumière de grands axes d'amélioration sur la communication entre l'infirmière et les patients non communicants, notamment sur l'utilisation de matériels d'assistance en communication et sur l'évaluation de la douleur.

Une autre étude a été portée en 2012 par *Minerva Anestesiologica*¹³ en Italie, qui voulait montrer l'hypothèse qu'un système de communication contrôlé par le regard "*Eye tracker*" pourrait améliorer la communication entre les patients dans des services de soins intensifs et le personnel médical. 15 patients médicaux et chirurgicaux qui étaient totalement conscients ainsi que 23 professionnels de santé ont été inclus dans l'étude. L'objet de la communication portait sur les besoins et désirs des patients durant leur hospitalisation. Les résultats ont montré des améliorations sur la communication avec l'ajout du système de communication contrôlé par les yeux. De plus, une diminution de l'anxiété a été relevée durant cette étude. Un outil très intéressant qui nécessite une formation rapide de par sa simplicité logistique mais également compréhensible pour les utilisateurs. Cependant, l'utilisation de cet outil serait à débattre en fonction des différents facteurs pouvant interférer avec la communication.

La communication entre les patients et leurs proches est tout aussi importante à prendre en compte durant l'hospitalisation. Des recherches ont été réalisées en 2004 à l'*University of Pittsburgh, School of Nursing*, encore aux Etats-Unis sur une aide à la communication électronique par sortie vocale. Il voulait mettre en évidence l'utilisation du système *VOCA*, initialement disponible chez les enfants et les adultes handicapés, qui est un système d'assistance vocale, et l'employer dans les unités de soins intensifs. Les résultats ont démontré que les patients éprouvent moins de difficultés à communiquer avec le système *VOCA*, et l'utilisent en grande partie pour communiquer avec les visiteurs. Cependant, des facteurs ont démontré des obstacles à la communication via *VOCA* par *le mauvais positionnement de l'appareil, la détérioration de l'état clinique du patient, les contraintes de temps de personnel et l'inconnue de l'appareil par les professionnels*. On peut noter que l'utilisation d'outil en communication assisté peut avoir des limites qui sont parfois impossibles à contrôler du fait de l'instabilité clinique d'un patient en réanimation.¹⁴

¹³ Brienza N, Scorrano F, Grasso F, Gregoretti C. *Gaze-controlled, computer-assisted communication in Intensive Care Unit: "speaking through the eyes"*. *Minerva Anestesiologica*. (2013)

¹⁴ Happ MB, Roesch TK, Garrett K. *Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study*. (2004)

1.3. Concept du “prendre soin” :

1.3.1 Le “prendre soin” selon Walter Hesbeen.

Selon Walter Hesbeen dans son ouvrage « Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante », le *“soin relève ainsi de l'attention. Il désigne le fait d'être attentif à quelqu'un ou à quelque chose pour s'occuper de son bien-être ou de son état, de son bon fonctionnement”*¹⁵. Cette perspective du soin prend en compte une attention particulière sur le patient dans son intégralité, il balaye le soin d'un point de vue du soin technique et du soin relationnel.

Le "prendre soin" de Walter Hesbeen est une approche de l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité. *“Prendre soin désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé”*¹⁶. Ce concept met l'accent sur l'importance de considérer chaque personne comme un individu unique, avec ses besoins, ses désirs et ses valeurs propres, et de prendre en compte l'ensemble de sa situation, y compris ses aspects psychologiques, sociaux, émotionnels et spirituels.

Mettre en lumière la conception du “prendre soin” vis-à-vis du soignant et du patient revient à faire un rapport de sens sur le “prendre soin”. Pour le soignant, le “prendre soin” revient à *“prendre soin d'une personne au lieu de faire des soins inscrit le soin dans une perspective aidante pour la personne soignée.”* Tandis que pour le patient *“ce qui lui arrive dans son chemin de vie (maladie, guérison...) et le sens que cela a pour lui est pris en compte par les soignants.”*¹⁷ Ces deux sens sont étroitement liés à la relation de soin, cependant, ce sont deux choses bien distinctes à prendre en compte.

Le concept du prendre soin de Walter Hesbeen est donc une approche globale de l'accompagnement des personnes vulnérables, qui met l'accent sur la prise en compte de l'ensemble de la personne et de son contexte, ainsi que sur la qualité de la relation établie avec elle et les professionnels de santé.

1.3.2. Une notion de “corps”.

En service de soins intensifs, le patient peut être amené à recevoir des soins lourds qui associeront une modification temporaire de la conscience du patient par l'action des myorelaxants. En fonction de son état clinique, il sera plus ou moins vulnérable et peut rester dans un coma profond

¹⁵ HESBEEN, W. Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. (1997). Paris : Edition-Masson.

¹⁶ HESBEEN, W. Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. (1997). Paris : Edition-Masson.

¹⁷ Bon.C, UE 4.1 Soins de confort et bien-être. Accueil, accompagnement et prendre soin. (2021).

durant plusieurs jours. Ainsi, les soignants sont amenés à prendre soin d'un patient n'ayant plus la capacité de se mouvoir par le mouvement ou de communiquer. Il est essentiel de souligner que les professionnels de la santé ne doivent pas considérer le patient comme un simple "corps malade, inerte". Une telle attitude serait contraire aux valeurs éthiques et morales de leur profession, ainsi qu'à la conception bienveillante du « prendre soin ».

Walter Hesbeen¹⁸ fait référence dans son ouvrage à deux types de corps : *le corps que l'on a ou corps objet*, représenté par l'enveloppe du corps et ses organes sur lesquelles s'est fondée la médecine scientifique. Et le *corps que l'on est ou corps-sujet* qui dissocie l'ensemble des parties qu'est composé le corps (organes, membres, fonctions...) avec « l'être » de la personne, est défini par ses *désirs, ses joies, ses peines, son esprit*. Il met en lumière l'importance de cette distinction du corps dans une perspective du « prendre soin » qui prend en compte l'intégralité de la personne. L'importance du respect du corps d'un patient plongé dans un coma artificiel prend en compte la perspective du « prendre soin » dans la vision humaniste de Walter Hesbeen. Communiquer avec une personne dans le coma par le toucher où la parole permet de respecter cette perspective du « prendre soin » pour le soignant. A contrario, réduire le malade comme un simple « sujet médical » occulterait la vision du « prendre soin » en mettant de côté le *corps-sujet*.

2. Méthodologie du guide d'entretien semi-directif

2.1. Les objectifs de mes entretiens

Dans le cadre de mes recherches sur mon mémoire de fin d'études d'infirmier, j'ai souhaité prendre contact auprès d'infirmiers d'un service de réanimation. L'objectif principal était de comprendre concrètement la spécificité de la communication en réanimation, plus particulièrement à travers le regard des professionnels qui travaillaient auprès de patients intubés et/ou sédatisés. De plus, grâce à mes travaux de recherches théoriques sur la communication thérapeutique et les facteurs spécifiques pouvant influencer une communication en réanimation, j'ai pu me rendre compte de cette particularité afin de pouvoir me construire en tant que futur professionnel de santé qui souhaite travailler dans un service de réanimation.

La construction de ma guidance d'entretien va se fragmenter en 3 parties bien distinctes qui sont pour autant bien liées entre-elles :

La première partie se tournera sur un questionnement professionnel sur les motivations de l'infirmier à travailler en réanimation. Je porterais mon intérêt sur la description de leur environnement de travail afin de pouvoir relever les différentes sources génératrices ou non de

¹⁸ HESBEEN, W. Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. (1997). Paris : Edition-Masson.

difficultés de communiquer : (environnement sonore, omniprésence de matériels de monitoring, l'organisation du service...). Ainsi que leur première approche de la communication auprès de patient présentant une sonde intubation mais encore des patients présentant une altération de la conscience induite par les sédations ou de multiples pathologies.

La deuxième partie se focalise sur la communication, elle rebondit sur les spécificités de la réanimation. Je mets un point d'honneur sur l'intérêt de la gestion des émotions, des retours de situations de communication difficiles vécu par le professionnel. Je ferais attention au retour de situation qui est primordial afin d'analyser les mécanismes de défense potentiellement mis en place par le professionnel sur leur retour d'expérience. Je relèverais les différents outils de communication mis en place par les soignants en fonction de leurs expériences.

La dernière partie conclut sur le prendre soin en réanimation. Je leur demanderais leur conception du prendre soin auprès de leurs patients et je ferais le lien sur leur façon d'adapter leur communication en fonction des facteurs oblitérant la communication (intubation, sédation, pathologies rencontrés en réanimation, la famille, la charge mentale...).

2.2. La population ciblée :

J'ai délibérément choisi d'interviewer deux infirmiers travaillant en réanimation médicale. Mon objectif était d'observer l'évolution professionnelle entre un infirmier ayant peu d'expérience en réanimation (de 1 à 5 ans d'expérience) et un professionnel plus chevronné ayant travaillé plus de 5 à 10 ans dans le même service. J'ai décidé de sélectionner deux infirmiers du même service afin d'analyser l'évolution de la qualité de la relation de soin ainsi que la mise en commun des outils de communication.

2.3. L'organisation de mes entretiens :

J'ai construit mes objectifs avec l'aide de ma directrice de mémoire, afin de lui expliquer l'intérêt de mon choix de vouloir deux infirmiers. Après la construction de mon guide d'entretien et après l'accord de ma directrice de mémoire pour réaliser mes entretiens, j'ai contacté le service de réanimation médicale du CHU de Pontchaillou de Rennes, ayant des contacts, j'ai envoyé un mail au cadre du service qui m'a convié à un rendez-vous. Après son approbation, j'ai donc été sur le terrain afin de contacter directement les professionnels qui répondaient à mes critères.

Quelques jours plus tard, j'ai pu interviewer les infirmiers que j'avais retenus dans le service même de réanimation. Le cadre a mis à disposition pour moi une salle spécialement dédiée aux réunions. Pour le déroulement de l'entretien, j'ai utilisé mon téléphone portable afin de pouvoir enregistrer nos échanges afin de réaliser une retranscription complète de mes 2 entretiens.

Afin de respecter l'anonymat des professionnels, Paul sera l'infirmier ayant 2 années d'expériences en réanimation médicale, et le plus expérimenté avec plus de 11 ans d'expériences au sein du service sera Eric.

3. L'analyse descriptive des entretiens :

3.1. La réanimation : un environnement spécifique :

3.1.1. Leurs motivations à travailler en réanimation.

Au début de l'entretien, les deux infirmiers décrivent tous les deux l'environnement technique de la réanimation. Ils décrivent "l'aspect technique" ou "le côté technique" des gestes en service de réanimation. Paul insiste bien sur ses spécificités et conçoit qu'un infirmier doit être polyvalent. Tous deux parlent aussi d'une prise en charge des patients restreints, au maximum 3 patients par infirmier. Cette restriction est vécue par Eric comme une aubaine pour pouvoir prendre le temps avec les patients "On a du temps à consacrer aux patients".

L'urgence des soins est aussi citée dans nos échanges, cela implique à l'infirmier une rapidité de réflexion "ça pousse à réfléchir vite [...] beaucoup de liens, les faire vite [...]". L'importance de la collaboration entre les différents professionnels est acclamé par les deux infirmiers. "On travaille quasiment qu'en binôme [...] c'est hyper agréable..." "Une équipe vraiment complète autour du patient : AS, kiné, l'équipe médicale qui est très importante".

Pour finir, Eric précise son choix de vouloir faire infirmier en réanimation en expliquant qu'il a eu une mauvaise expérience en clinique traditionnelle, la prise en charge de plusieurs patients a été mal vécu : "Dans les services traditionnels, pas le temps, tu passes d'un bout de couloir, c'est la course, ce n'est pas possible... Moi, je ne peux pas, je n'y arrive pas".

3.1.2. La réanimation : un environnement "bruyant".

Les deux infirmiers sont d'accord concernant la description de l'environnement de soins en réanimation. Ils s'accordent à dire que l'environnement de la réanimation peut sembler bruyant et complexe à première vue.

Paul dit : "environnement qui est totalement différent des services conventionnels" pour qualifier son lieu de travail. Tous sont d'accord qu'un travail sur la réduction des alarmes en

réanimation a été quelque chose de bénéfique “on est parti sur la réduction de toutes les alarmes possible qu’on peut entendre en réanimation...” Comme le dit Paul. Quant à Eric, il caractérise son environnement de travail comme “relativement bruyant” et souligne bien le travail qui a été effectué sur la réduction des alarmes, il précise bien les bénéfices qu’apporte cette réduction de bruit : “un environnement plus serein, plus apaisé, autant pour nous que pour le patient”.

Par rapport à l’impact du soignant sur l’interruption de tâche, le bruit est un facteur qui impacte grandement le soignant, Paul va faire la notion de “charge mentale supplémentaire” et va approuver que le bruit empêche la concentration du soignant : “on peut se déconcentrer”. Eric va vraiment insister sur l’interruption de tâche et va aussi faire la notion de charge mentale supplémentaire : “l’interruption de tâche, c’est vraiment quelque chose de lourd mentalement, ça demande beaucoup de concentration et c’est répercutant sur le personnel, et du coup sur le patient”. Il souligne le bénéfice apporté pour le soignant et le patient, peut être par l’expérience.

L’environnement bruyant de la réanimation est qualifié comme une source de stress pour le soignant : “des alarmes qui sonnent tout le temps, c’est une grosse source de stress, une inquiétude” comme le verbalise Eric, il rebondit sur cette phrase en disant que c’est difficile de se concentrer sur la communication vis à vis des alarmes : “nettement moins concentré sur la communication avec le patient”. Alors que Paul va qualifier cela comme “une part de stress” qui va s’ajouter pour le soignant. Ayant tout juste arrêté de travailler de nuit, le premier infirmier va parler de l’impact des bruits en réanimation comme un “impact psychologique” pour lui et ses collègues, mais va aussi avoir un “impact pour les patients” qui doivent dormir la nuit pour se reposer.

3.1.3. L’appréhension de la prise en soin du patient ventilé en début de carrière.

Les infirmiers éprouvent une certaine appréhension lors de leurs premières prises en charge de patients sous ventilation assistée. Paul a exprimé qu’il se concentrait principalement sur les gestes techniques plutôt que sur l’aspect relationnel, en particulier dans un environnement purement technique qui est prioritaire pour les patients intubés. Eric partage cette même opinion et a déclaré que, en tant que jeune diplômé, il se concentrait également sur les aspects techniques plutôt que sur les relations avec les patients.

Mais avec la prise de recul grâce à l’expérience acquise au fil des années, il se permet de moins se concentrer sur les soins techniques et met en avant ses capacités relationnelles dans sa prise en soin : “j’ai vu petit à petit [...] avec la connaissance de l’environnement et des soins, tout ça m’a permis d’accorder moins de concentration aux soins techniques, à la préparation des médicaments, des choses qu’on maîtrise un peu mieux”. A contrario de Paul qui met en avant le soin technique, mais n’oublie pas l’importance du soin relationnel. Cependant, les responsabilités empêchent de pouvoir se

mouvoir sur le relationnel en début de carrière par peur de faire des bêtises : “Enfin, le patient est important, mais au début, l’environnement est tellement impressionnant, plein de choses qu’on ne connaît pas dont on a peur de faire des bêtises”.

La ventilation assistée en réanimation engage une prise en charge purement technique au début et doit être appréhendée afin de pouvoir se permettre de mettre en avant d'autres compétences comme les compétences relationnelles de l’infirmier. Pour finir, le “prendre soin” est abordé par Eric : “on peut se permettre d’axer plus sur la communication, sur le prendre soin”. Ce qui veut dire qu’il associe le prendre soin avec la communication.

3.1.4. Multiples facteurs interférant avec la communication chez les patients sédatisés.

Concernant les prises en charge des patients sédatisés, les deux infirmiers ont des discours qui se distinguent. Le diplômé le plus récent a souligné la difficulté de la prise en charge des patients en fonction de leur niveau d'altération de conscience, car la sédation peut varier en fonction de plusieurs facteurs. Paul a insisté sur la complexité de la prise en charge des patients sous sédation, en raison de la multiplicité de facteurs à prendre en compte. Il va faire la notion de “facteurs” qu’il faut distinguer, il va expliquer littéralement la communication chez un patient non sédaté et sédaté “le patient qui est conscient, hein, non intubé [...] les communications sont extrêmement simples”.

L’encéphalopathie chez les patients en réanimation va être évoquée “Il y a le patient qui est conscient, mais avec une désorientation temporo-spatial qui arrive avec une encéphalopathie [...] facteurs physiologiques qui vont faire que l’état de conscience ne va pas être optimal [...] il va être complètement à côté de ce qu’on lui dit, il ne va pas comprendre”.

Eric va parler d’un doute auprès du patient, si même sédaté, il puisse nous entendre “... Difficile à savoir si le patient nous entend quand on n’a pas de retour” mais n’appréhende pas la multiplicité des facteurs qui puisse intervenir sur la sédation du patient. Il a cependant un positionnement clair sur l’état de conscience du patient et la mise en place d’une communication adaptée afin de favoriser le prendre soin. Il commence littéralement son élocution en disant : “J’ai une position plutôt claire là-dessus”. En lien avec ce que nous avons dit précédemment sur la faculté des patients à nous entendre, il précise ses propos en partant du principe que “je pars du principe que le patient peut m’entendre et peut comprendre ce que je dis” et “peut-être une conscience aussi encore préservée”, ce qui montre son attachement à la préservation des facultés cognitives du patient. Il va donc adapter sa posture soignante pour favoriser le “prendre soin” du patient. Il utilise des “mots rassurants” lors des soins et fait notion de l’avertissement aux soins potentiellement génératrice de douleur “L’avertissement aux soins et expliquer les soins surtout ça... Que si jamais il ressent les choses, s’il comprend ce que je dis, puisse anticiper les soins”.

En faisant le distinguo sur les discours des deux infirmiers, Paul prend le temps d'assimiler l'impact de la sédation quant à Eric, par l'expérience, a pu assimiler ses différences et à une position claire sur la prise en soin d'un patient sédaté. Un temps d'adaptation est nécessaire afin de comprendre la prise en charge du patient sédaté. Ainsi, Paul nous dit "Je m'en suis rendu compte au bout d'un an". C'est une prise de conscience et nous dit qu'on n'apprend pas de méthode à l'école sur ces mécanismes pouvant interférer avec la communication : "ces mécanismes qu'on apprend pas à l'école, qui engendrent des problèmes qui peuvent impacter la communication".

3.2. La communication en service de réanimation est impactée par des facteurs :

3.2.1. L'état de conscience du patient.

Afin d'aborder la communication en réanimation, j'ai questionné les deux infirmiers sur les obstacles qu'ils peuvent rencontrer en service. Ils ont souligné qu'il est nécessaire d'acquérir une certaine connaissance au début de sa carrière pour établir une communication efficace avec les patients. En raison du niveau de technicité du service et de la quantité importante de connaissances à assimiler, les professionnels doivent se familiariser avec les spécificités du service dès le début de leur carrière afin d'être plus à l'aise lors de la communication avec les patients.

Eric va préciser qu'au début de sa carrière, les connaissances à acquérir étaient tellement dense et que c'était difficile de se concentrer sur autre chose : "c'est compliqué au début [...] méconnaissance des pathologies, des traitements, aussi du regard sur l'évolution en réanimation aussi, différentes étapes de la guérison". Il fait la notion de "crédibilité" dans la communication avec la famille et donc la consolidation des connaissances est donc primordiale, "faut rester crédible, pour l'image du service et puis pour aussi l'image qu'on voit nous-même". Il va axer son argumentation sur la perception du soignant qui peut être mise en difficulté, à cause de l'état de conscience du patient. Paul fait la notion du "*feed-back*" importante en communication, mais que nous ne pouvons pas retrouver avec des patients de réanimation : "un patient qui n'est pas conscient, il faut déjà accepter de ne pas avoir forcément de *feed back*". Autre chose, il nous reparle des patients présentant des neuromyopathies, ce qui est vécu pour lui comme un véritable obstacle à la communication : "des fois, ils ont des "neuromyopathies de réa", donc il ne peuvent pas écrire ou des fois, ils ont les mains attachées" mais aussi de l'impact des sédations chez les patients pouvant impacter véritablement la communication entre le soignant et le patient : "l'état neurologique, elle peut modifier la façon dont on perçoit les choses par l'action des sédations", "paraît cohérente, mais pleines d'hallucination sous kétamine et morphine. Cette difficulté peut se traduire par une mauvaise perception du soignant sur les besoins exprimés par le patient "est ce qu'on doit croire que ce qu'on doit croire [...] c'est ça qui est difficile".

3.2.2. Situations difficiles vécues par les professionnels.

Poursuivant mes questions, j'ai demandé aux infirmiers s'ils ont déjà été confrontés à des situations où la communication avec un patient était difficile au cours de leur carrière. Chacun d'eux a évoqué une situation où le patient était jeune. Paul a récemment pris en charge une patiente de 19 ans atteinte de purpura fulminans, tandis que Eric a évoqué un jeune homme de 18 ans atteint de mucoviscidose. Ces deux situations sont reliées par l'âge du patient en question, se pourrait-il que l'identification projective à travers un patient impacte la communication du soignant ?

Connaître le patient est vécu comme un avantage dans la prise en soin selon les deux infirmiers. Sur les propos des deux infirmiers concernant leur situation problématique, tous les deux seraient d'accord de dire que la connaissance du patient aurait grandement aidé les échanges. Paul argumente ses propos en disant que le fait d'avoir connu sa patiente non intubée a permis de continuer à perdurer ses habitudes de vie "l'avantage de l'avoir vu non intubé, c'est que je connais un peu ses habitudes [...] sur des soins de bouche, sur des mobilisations. [...] Ça va nous aider pour nous". Car il estimait que cela était bénéfique à sa patiente qui ne pouvait plus lui parler à cause de l'intubation et des sédations "au fur et à mesure, j'ai compris comment fonctionnait la patiente et là où je devais aller, enfin me placer, sans détériorer un peu nos échanges". Même chose pour Eric qui exprime bien que la connaissance du patient aide grandement à répondre aux besoins du patient "de la connaissance du patient, on commence à savoir ce qu'ils veulent. Les demandes qui deviennent un peu récurrentes, tout ça, c'est un peu plus facile".

Pour terminer, Eric ajoute que même avec l'expérience, il rencontre encore des situations où il se retrouve "impuissant" par rapport à des patients qui sont intubés dans la communication, notamment avec la lecture des lèvres qui vit comme une vraie difficulté "Alors moi la lecture sur les lèvres ce n'est pas mon fort".

3.2.3. La gestion des émotions.

Durant mon exploration sur les différents mécanismes de défenses des patients et des soignants lors d'une communication, le facteur des émotions joue un rôle important sur ces mécanismes de défense.

J'ai donc questionné sur la gestion de leurs émotions, je voulais savoir si cela pouvait empêcher d'établir une communication avec le patient. Sur la gestion des émotions, les infirmiers ont un point commun, ils ont des difficultés à gérer certaines situations si le patient est jeune. De plus, Paul insiste bien sur la gestion des émotions

tandis qu'Eric ressent une projection sur la vie personnelle à travers une jeune maman. Paul va revenir sur la situation de sa jeune patiente et exprime à quel point elle a "retourné les sentiments" de tous les professionnels avec son histoire de vie. C'est la première fois qu'il avait ressenti autant d'émotions pour cette jeune patiente, il caractérise ses moments passés auprès d'elle comme des "montagnes russes" et on ressent qu'il a été déstabilisé par cette prise en charge "on a fait des montagnes russes [...] on est passé sous des phases de rire" [...] on se mettait à pleurer [...] hyper intense." Il fait aussi la notion d'une chose importante, que l'impacte des émotions jouent un rôle sur la qualité des sédations, c'est-à-dire que potentiellement, le risque d'être affecté par une prise en charge va jouer un rôle sur la perception du soignant à évaluer objectivement une douleur "les émotions impactent sur la qualité des sédations".

Comme l'a mentionné Paul, il peut être approprié d'établir une "juste distance" dans certaines situations où la relation avec le patient devient trop intime.

Eric fait référence à une prise de recul de cette gestion des émotions, il nomme bien que cela s'apprend avec "l'expérience de la vie" et quand en tant que jeune diplômé, cela peut être difficile au début. "Ce sont des choses qui ne sont pas faciles en tant que jeune diplômé, ça ne s'apprend pas à l'école, la gestion des émotions, ça s'apprend. C'est l'expérience des vieux qui disent ça, c'est l'expérience de la vie." Cependant, il montre aussi que parfois, ça lui arrive de "craquer" en disant qu'il est humain, et que l'identification pour lui est un gros problème, c'est un gros problème pour moi ça l'identification." Il va rebondir sur cela parce que selon lui, il y a forcément "des situations où tu t'identifies" et pour lui c'est surtout chez des "patients jeunes", "ça touche une population plus jeune, qui peut être très jeune, qui peuvent être jeunes parents.". Cela peut jouer un rôle sur la communication.

3.2.4. Adapter sa communication : actions mises en place.

Pour continuer mon questionnement, j'ai voulu aborder le sujet de la communication auprès des patients intubés. Je voulais savoir la posture soignante des professionnels vis-à-vis des patients ne pouvant plus communiquer.

Quelles seraient leurs manières de communiquer avec eux ? Des outils qu'ils utiliseraient pour entreprendre une communication ?

Quatre thématiques ont été mutuellement abordées par les professionnels :

- Une communication sur les choses de la vie quotidienne.
- Une codification de la communication par les gestes.
- Des difficultés perçues par le soignant dans la communication auprès du patient.
- Des outils d'assistance en communication mis en place par le soignant.

Pour établir une communication sur les habitudes de vie ou les activités quotidiennes, les deux soignants utilisent des repères basiques tels que le temps, la météo ou le déroulement de la journée. Paul va parler de “cadre avec le temps” en disant “je leur dis l’heure ainsi que le jour [...] tu vois par exemple pour essayer de recadrer dans le temps.” Tandis qu’Eric va parler du déroulement de la journée ainsi que les centres d’intérêts pour s’intéresser à son patient “expliquer le déroulé de la journée aussi, qu'est-ce qu’il va y avoir. Leur parler de la pluie, du beau temps, de la météo et de la température du matin, de ce qu’ils aiment faire leur hobby”. Ils utilisent des repères simples dans le temps afin de permettre au patient de se situer dans le temps durant l’hospitalisation.

En fonction du mode ventilatoire du patient, les soignants s’adaptent en codifiant la communication par des gestes. Paul va poser des questions très fermées afin que le patient puisse répondre de la tête ou par un geste en fonction de ses capacités par oui ou par non “Je leur pose une question, très fermée où ils vont juste me répondre par oui ou par non avec un signe de la tête” ou encore les patients peuvent “montrer avec leurs bouts des doigts” leurs problématiques. Il souligne à nouveau que les patients atteints de neuromyopathies peuvent présenter des difficultés pour établir une communication efficace avec eux. “c’est compliquer avec des patients qui ont des neuromyopathies”. Ensuite, après avoir eu ses réponses sur des questions fermées, il pose des questions plus ouvertes afin de comprendre au mieux son patient “Après les questions simples, j’essaie de faire des questions ouvertes”. Eric réalise la même codification de la communication chez des patients sous ventilation “un geste pour un oui, un geste pour un non. Ouais, souvent, c’est les yeux avec ouverture, la fermeture des yeux et puis on pose tout plein de questions”. Cependant, il va parler pour lui de la “lecture des lèvres et du regard” pour codifier la communication avec son patient “il y a plus que le regard, les lèvres qui fonctionnent du mouvement des lèvres [...] on essaie d’établir un code”.

Ils ont éprouvé des difficultés différentes dans la communication avec des patients sous assistance respiratoire, Paul va éprouver des difficultés avec le fait de ne pas avoir de “*feed-back*”, “c’est compliqué de ne pas avoir de *feed-back*” ou par rapport à la sédation “on est jamais vraiment certain d’être totalement sédaté” qui se rajoute souvent avec la ventilation assistée. Tandis qu’Eric va parler de la lecture des lèvres qui peut être difficile “on arrive pas à comprendre ce qu’il dit sur la, avec la lecture des lèvres”.

Pour terminer, les infirmiers utilisent différents outils en communication comme les ardoises ou l’alphabet, Eric utilise des ardoises chez les patients ne présentant pas de neuropathies “on a des ardoises pour les gens qui n’ont pas de neuromyopathies”. Paul va mettre de la musique de fond pour les patients complètement intubés et sédatisés “je mets de la musique en fond de la télé, même s’ils sont inconscients et sédatisés”.

De plus, Eric va faire référence à une tablette prenant en compte le mouvement oculaire des yeux pouvant former des mots avec un alphabet et un écran numérique “le Tracking Eyes... C’est la

tablette qui permet de communiquer avec les yeux [...] c'est génial pour la communication. C'est des gens qui sont trachéotomisés, qui sont intubés, qui ne peuvent pas parler du tout".

3.3. La communication et le “prendre soin” au cœur de la réanimation :

3.3.1. La communication entre les professionnels.

Je voulais aborder l'importance du prendre soin dans un service de réanimation en explorant mon questionnement sur la façon dont les infirmiers prennent soin de leur patient. La réanimation est un service qui nécessite une certaine organisation et je voulais m'interroger sur la manière de communiquer entre pairs pour permettre de prendre soin des patients. Quand j'ai interrogé les deux infirmiers sur ce sujet, ils ont dit qu'une prise en charge du patient de réanimation en pluridisciplinarité contribue à prendre soin dans l'urgence du patient en réanimation, mais aussi que le travail en collaboration pouvait être parfois difficile. Ils disent tous les deux que cela nécessite une “bonne communication entre pairs” et que “chacun doit avoir sa place” lors d'une entrée par exemple.

Paul argumente bien ses propos en énumérant le nombre de professionnels employés lors d'une entrée. L'importance de travailler en collaboration avec la présence d'un leadership pour mener la communication et pour réaliser les soins en temps voulu. Une bonne communication lors d'une entrée va pouvoir jouer un rôle sur l'efficacité de l'équipe à réaliser les soins en temps et en heure. Le jeune infirmier argumente cela en disant que dans le cas contraire, une mauvaise communication pourrait altérer la bonne prise en charge, des hémocultures réalisées beaucoup trop tard par exemple.

Eric va dire la même chose sur le rôle de chaque professionnel lors d'une entrée et la communication dans une chambre “communication au sein d'une chambre, quand on a une entrée, ça c'est hyper important”. Pour parler des difficultés rencontrées dans la collaboration avec ses pairs, le Paul fait référence à des facteurs dépendants, les collègues. Certains professionnels, en fonction de leurs affinités, peuvent plus facilement travailler en collaboration. Tandis que le plus expérimenté va parler d'un facteur impactant la communication entre les équipes : “L'informatisation des prescriptions. Récemment, un mini-staff a été instauré avec l'équipe médicale et paramédicale afin de pouvoir parler de l'évolution des prises en charge des patients. Apparemment, selon lui l'équipe paramédicale souffrait d'un manque de communication avec les médecins. “Parce qu'on souffrait d'un manque de communication avec l'équipe médicale”. Il précise bien que cela était un besoin collectif “c'était un besoin collectif, c'était un besoin surtout paramédical”.

3.3.2. La vision des professionnels sur le “prendre soin” en réanimation.

Pour conclure mon analyse sur l'importance de la communication en réanimation sur le prendre soin du patient, je souhaite explorer la vision des professionnels sur leur propre approche du “prendre soin” selon eux en réanimation. Il y a de nombreuses similitudes dans leurs discours. Selon eux, une prise en charge dans sa “globalité” est leur vision du “prendre soin”. C'est-à-dire sur tous les aspects du patient, sur le plan psychologique et physique. Paul va parler qu'une connaissance approfondie du patient va permettre de mettre en œuvre des actions pouvant favoriser un prendre soin adapté à chaque patient.

Eric inclut les soins de nursing et le “nursing relationnel” pouvant être un temps d'échange entre le professionnel et le patient. “, c'est de le prendre dans la globalité. C'était d'un côté technique [...] et l'autre côté relationnel, j'inclus le nursing dedans, un nursing relationnel”. Il inclut le soin technique comme prétexte pour créer un temps d'échange “c'est de faire les deux uns peu en même temps pour que le patient ne subisse pas les soins, se sentent écoutés, se sentir entendu. [...] Prendre soin, c'est ouais, c'est vraiment la globalité.”. Il fait aussi référence à ses collègues qui sont formés à l'hypnose en disant que certains pouvant être employé afin d'améliorer la prise en soin du patient “Moi, j'ai appris de collègues qui font de l'hypnose, qui font de l'éducation thérapeutique, tout ça, c'est que tu as de petits moyens”.

4. Discussion :

Après avoir confronté les résultats des points de vue des deux professionnels, on va croiser les résultats avec ce que j'ai pu explorer dans mon cadre conceptuel. L'analyse que j'ai effectuée revêt une importance particulière, car elle me permet de faire des liens avec mon cadre conceptuel et de construire ma projection professionnelle en tant que futur infirmier souhaitant travailler dans des services de soins intensifs tels que la réanimation.

4.1. L'environnement de travail.

L'environnement de travail au sein du service de réanimation a été évoqué par les professionnels, notamment l'environnement sonore en réanimation. Un travail a été réalisé sur la réduction des alarmes, car d'après leurs expériences au sein du service, les alarmes impactent grandement le soignant et le patient. Lors de nos échanges, les professionnels ont qualifié ce facteur comme une source de stress importante pouvant impacter une communication patient-soignant.

L'interruption de tâches a été aussi évoquée comme un facteur pouvant impacter la prise en soin du patient. En accordant mes recherches avec les résultats, le facteur stress a été évoqué dans les mécanismes de défense du patient, celui-ci doit s'adapter aux bruits des scopes qui peut impacter ses capacités cognitives, dont la communication. Cela a été mis en valeur dans l'ouvrage "*Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire : aspects pratiques, éthique et juridique*"¹⁹. On peut ajouter qu'un des infirmiers a relevé l'importance du sommeil la nuit, pouvant impacter sur le plan psychologique, au bien-être du patient et favoriser le "prendre soin".

Selon moi, un patient hospitalisé, quel que soit le service, doit avoir un lieu de repos et de sérénité. Les bruits stridents des scopes en réanimation peuvent être générateurs de stress, d'agacement et d'épuisement pour les patients, mais aussi les soignants, les conditions pour une communication adaptée ne seront pas remplies.

De plus, selon la SFAR concernant *les recommandation des bonnes pratiques professionnelles concernant la gestion des facteurs humains en situation de crise*²⁰. Il est recommandé que l'équipe soignante mette en œuvre des actions sur la gestion des ambiances de travail, notamment celle des ambiances sonores pouvant impacter la communication entre les professionnels durant les situations de crises. Les professionnels que j'ai pu interviewer ont mis en lumière les bénéfices notables de la gestion du bruit avec la collaboration de l'entreprise fournisseur des scopes.

Je suis d'accord avec ces recommandations établi par la SFAR, il est dans l'intérêt du patient et des soignants d'avoir une gestion des alarmes adaptées pour la sécurité des patients. Cela contribue au bien-être des équipes et surtout des patients. Un environnement sonore idéal empêchera les interruptions de tâches et favorise la concentration du soignant a réalisé ses soins dans des conditions optimales. De plus, cela peut aussi améliorer la qualité de la communication si l'environnement le permet. Par conséquent, je mettrai en œuvre des actions afin d'assurer un environnement adapté à la communication en adaptant au maximum les sources sonores dans la chambre.

Pour finir, l'importance d'une communication entre les équipes est un atout non-négligeable. Comme vu précédemment au travers des entretiens, nous avons démontré l'importance d'une organisation dans les équipes, afin d'assurer une sécurité des soins et de favoriser une bonne ambiance de travail.

4.2. L'expérience professionnelle.

L'expérience du professionnel de santé a été soulignée dans les discours comme facteur

¹⁹ Brunel, É., Michel, F., & Plantet, F. (2022). Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire, aspects pratiques, éthiques et juridiques. Éditions Arnette.

²⁰ Bijok.B, Jaulin.F, Société Française d'Anesthésie réanimation. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Facteurs humains en situation critique (2022).

pouvant impacter la communication. Une appréhension en début de carrière a été relevée, c'est-à-dire qu'au début, les soins techniques prennent le dessus sur les soins relationnels quand on débute en service de réanimation. Les deux infirmiers sont tous d'accord sur ce point et argumentent leur point de vue en disant qu'avec leurs premiers patients, l'environnement spécifique, les soins demandant de la technicité, les connaissances à mettre en lien avec les prises en charge, l'organisation cruciale lors des entrées, tous ces facteurs nécessitent de la concentration, et doivent être prioritaires afin qu'ils soient acquis plus tard grâce à l'expérience professionnelle. Vis-à-vis de la ventilation mécanique, la prise en charge nécessite une gestion purement technique du patient (paramètres ventilatoires, surveillances cliniques, mise en place du dispositif). Cependant, un infirmier a mis en lumière que l'on peut bel et bien associer la communication et "le prendre soin" quand la gestion de la ventilation purement technique est acquise.

Dans le cadre d'une projection professionnelle, je suis conscient qu'une gestion technique de la ventilation assistée doit être acquise, afin de pouvoir prendre du temps plus tard sur le relationnel avec mon patient. Néanmoins, le soin technique ne doit pas servir d'échappatoire au soignant, même débutant, pour éviter le contact avec le patient. Une vision du soin essentiellement technique occultera le bien-être du patient et cela ne me semble pas concevable, même en début de carrière. Je peux me référer avec ce que j'ai vu sur *les mécanismes de défenses du soignant*²¹. Un soignant qui s'enferme derrière le savoir purement médical empêche l'interaction avec son patient. On peut prendre exemple de la *rationalisation*, de *l'évitement* ou encore de *l'esquive*. En raison de l'utilisation de la ventilation mécanique, les patients peuvent avoir des difficultés à communiquer efficacement. Par conséquent, négliger leurs interactions pourrait nuire à la qualité de l'alliance thérapeutique et compromettre leur bien-être en leur donnant l'impression d'être ignorés par l'équipe soignante. Cela serait contraire aux valeurs humaines fondamentales de la prise en charge. Le soin doit prendre en compte tous les aspects de la santé et du bien-être du patient, comme fait référence *Walter Hesbeen*²² et sa vision du prendre soin à l'hôpital. Je porterais donc une attention particulière sur l'interaction avec mon patient ayant une assistance respiratoire.

4.3. Les échelles de surveillance comportementale.

L'utilisation d'échelle comportementale est un outil pouvant être utilisé chez des patients sédatisés et ventilés par sonde d'intubation. Cela permet à l'infirmier de pouvoir surveiller une douleur en fonction du langage non-verbal et para-verbal du patient. Les deux professionnels ont bien insisté sur la difficulté de communiquer chez les patients sédatisés et/ou ventilés, car il existe de multiples

²¹ Toledano.A Les mécanismes de défenses des soignants. Institut Rafaël, Levallois.

²² HESBEEN, W. Prendre soin à l'hôpital (1997). Prendre soin à l'hôpital. Paris : Edition-Masson.

facteurs pouvant interférer sur l'état de conscience du patient. Afin de pouvoir aider les professionnels qu'ils puissent surveiller la douleur chez les patients ne pouvant pas parler, l'utilisation d'échelle comme Richmond ou l'échelle BPS va donc permettre aux professionnels de porter leur regard clinique sur un langage non-verbal comme l'expression du visage, l'agitation du patient ou la gestuelle du patient. Pour faire le lien avec l'étude de *l'university of Pittsburgs*²³ sur le nombre d'interactions entre l'infirmière et le patient dans une unité de soins intensifs chirurgicaux et cardiaques qui ont démontrés des axes d'amélioration sur l'utilisation d'outils pouvant aider à la surveillance de la douleur, ces échelles peuvent être des solutions à apporter sur cette problématique.

Selon moi, la surveillance de la douleur est l'essence même du métier d'infirmier. Cela représente une partie importante dans notre métier de pouvoir questionner le patient sur sa douleur. Cependant, chez des patients sédatisés, la tâche peut être relativement difficile. Ce doute de ne pas pouvoir réellement comprendre ce que ressent le patient endormi sera toujours présent chez moi. L'importance de faire attention sur le langage non-verbal du patient et l'utilisation d'échelle adaptée à la prise en soin est selon moi primordial pour la qualité des antalgiques et des sédations administrées chez le patient. Certes, en réanimation, la surveillance de la douleur au quotidien revient au rôle prescrit de l'infirmier, mais une bonne analyse et une bonne utilisation de ses outils est importante. Ainsi, dans une projection professionnelle à venir, je compte bien me former sur la bonne utilisation d'échelles de surveillance afin de pouvoir prendre en charge la douleur de mes patients. Je réfléchirai à l'évolution des pratiques professionnelles et je ferai attention aux nouveaux outils de surveillance dans les années à venir.

4.4. Des outils d'assistance en communication : bénéfiques /Inconvénients ?

Les outils d'assistance en communication sont utilisés par les professionnels, les outils mis en place étaient des outils simples tels que les ardoises ou encore des alphabets. Cependant, certains patients peuvent par exemple présenter des neuropathies de réanimation, évoquées par les professionnels. Ce sont des complications pouvant survenir durant un séjour en réanimation, des complications neuromusculaires pouvant empêcher une bonne utilisation des membres supérieurs. Par conséquent, l'utilisation des outils précédemment cités peut être difficile pour bon nombre de patients présentant des complications neuromusculaires. Un infirmier a évoqué l'utilisation d'un outil nommé "Eye tracker" qui était mis en place pour un patient venant d'un service de soin de suite et de réadaptation. Selon moi, l'utilisation à grande échelle pour certains types de patients pourrait être bénéfique en termes de communication en service de soins intensifs. De plus, nous pouvons faire le

²³ Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, Radtke J, Sereika S. *Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit*. Am J Crit Care. (2011)

lien avec l'étude réalisée par *Minerva Anestesiologica* sur ce système de communication contrôlé par le regard qui a démontré un réel intérêt chez des patients. Cependant, l'utilisation de ces outils peut avoir des limites comme l'étude sur le système *VOCA* qui a démontré des obstacles à la communication du fait d'une mauvaise utilisation de cet outil. Nous pouvons en conclure que l'utilisation de ces dispositifs d'assistance en communication doit être bien employée par les professionnels afin d'exploiter au maximum les bénéfices apportés par ces outils. Cependant, ces outils doivent être employés à bon escient sinon elle pourrait devenir des obstacles à la communication.

Pour ma part, je suis attentif à ces outils, car selon moi, ils peuvent réellement être un atout pour la communication, prendre soin des patients, c'est de pouvoir écouter leurs besoins sur l'instant. Dans le futur, je compte être formé à l'utilisation d'outil en communication qui sera mis à disposition dans les services de soins ou peut être pouvoir proposer des axes d'amélioration en parlant d'outils capables d'améliorer nos compétences en communication si je suis amenée à participer à des réunions de concertation pluridisciplinaires. Je suis sensible à l'importance de communiquer avec les patients et de l'utilisation d'outils permettant de comprendre au mieux un patient non-communicant.

4.5. L'importance de la "juste distance" en communication.

La proxémie est une notion essentielle pour les professionnels de la santé, qui doivent être conscients de leur attitude et de leur engagement dans les soins prodigués afin de maintenir un comportement professionnel. Cependant, les soignants que j'ai interrogés ont été confrontés à des patients ayant des histoires de vie difficiles à entendre. Les professionnels de la santé sont particulièrement sensibles aux jeunes patients, mais ils peuvent également être profondément affectés par l'hospitalisation de jeunes patients en soins intensifs, ce qui rend la communication encore plus difficile. Ces situations de soins m'ont directement fait penser à un mécanisme de défense expliqué dans mon cadre théorique. *L'identification projective*²⁴ expliquée par le docteur Toledano dans son article illustre bien l'importance de garder cette distance professionnelle.

En outre, les professionnels ont unanimement souligné l'importance de la gestion des émotions. Ils ont expliqué que le fait d'être trop affecté par une prise en charge peut avoir un impact sur la sédation du patient. C'est pour cela que garder une certaine distance revient à protéger le patient, mais surtout le soignant afin qu'il conserve une lucidité dans son observation clinique, et que les émotions ne prennent pas le dessus.

Selon moi, maintenir une distance professionnelle adéquate se reflète dans la façon dont le

²⁴ Toledano.A Les mécanismes de défenses des soignants. Institut Rafaël, Levallois.

soignant communique avec le patient. Bien que chaque professionnel de santé ai le choix de communiquer comme il le souhaite, par exemple en utilisant le tutoiement, il est important de considérer la nature et l'objectif de chaque échange. Si un patient demande à être tutoyé et que cela ne dérange pas le soignant, alors la juste distance est respectée. Cependant, si l'une ou l'autre partie est affectée par cette demande, il est important de la communiquer afin d'adapter les échanges de manière appropriée.

4.6. La communication verbale.

En conclusion, l'un des soignants utilise la communication verbale pour aider les patients sous sédatifs à anticiper la douleur, tout en préservant la conscience du patient, il utilise la communication préventive. Cette pratique fait écho à la notion de corps décrite par Walter Hesbeen dans son ouvrage, où le soignant prend en compte l'intégralité du corps du patient en communiquant avec lui. De cette manière, le soignant se protège en gardant une communication avec lui, même si celui-ci ne peut pas lui répondre. Cela donne du sens aux soins et conserve un respect de la personne soignée.

De mon point de vue, il est important de maintenir une communication même en l'absence de retour de la part du patient. Si j'étais à la place d'un patient sous sédatif, j'apprécierais que l'on m'avertisse des examens ou des soins douloureux qui me sont prodigués. Cette communication est également importante pour maintenir une conduite éthique des soins et protéger le soignant afin qu'il ne se sente pas en position de "bourreau" ou de participer à un acharnement thérapeutique.

Problématisation vers la question d'ouverture :

Par le biais de mon analyse des différentes thématiques abordées dans mes discussions, je vais apporter une évolution à mon travail de recherche en me questionnant sur une autre problématique en rapport avec ma question de départ.

Pour commencer, l'environnement de la réanimation est un lieu de soins différents des services de soins traditionnels. J'ai pu voir à travers mes lectures et de mes analyses que l'environnement technique de la réanimation pouvait être un facteur impactant le soignant et le patient. Durant un échange entre le soignant et le patient, l'environnement doit être adaptée à la communication et c'est au rôle du soignant de mettre en place des actions afin de favoriser les échanges dans le calme et pour que les interlocuteurs ne soient pas interpellés par les bruits stridents du monitoring du patient. Hormis la communication entre le professionnel et le patient, même la communication entre la famille et le patient peut être impactée.

Le soignant doit pouvoir connaître ses limites en s'adaptant à toutes les situations de stress rencontrées lors de ses prises en charge. Il pourra être amené à rencontrer des situations de crises pouvant impacter son bien-être du fait de la technicité des soins dans les services de soins intensifs. La prise en compte de la charge émotionnelle est importante et peut permettre aux soignants de pouvoir adapter leur communication afin de pouvoir prendre soin au mieux de leur patient. Savoir passer la main à l'équipe soignante peut être primordial.

En ce qui concerne les obstacles à la communication liés à des facteurs tels que la ventilation assistée ou la sédation chez les patients en réanimation, l'acquisition de connaissances et de compétences techniques est essentielle pour assurer la sécurité du patient. Cela permet également de fournir une prise en charge complète en mettant en avant les compétences relationnelles. Avec le temps, le soignant peut combiner ces compétences techniques et relationnelles de manière plus fluide, en prenant conscience de l'importance de prendre le temps avec les patients une fois que la technique est maîtrisée. Cette prise de conscience a été soulignée lors de mes échanges avec les deux infirmiers, qui m'ont permis de comprendre que l'expérience facilite cette combinaison de compétences.

De plus, l'utilisation d'outils de communication adaptés au contexte clinique du patient nécessite une évaluation clinique de la situation au travers du regard du soignant. Avoir notion des différents types de langages permet au soignant de pouvoir mettre en place des actions en communication adaptée pour chaque patient en prenant en compte les différents facteurs pouvant impacter ces échanges. Cela demande une grande capacité d'adaptation du soignant.

Les obstacles à la communication peuvent être internes au patient, tels que les neuromyopathies de réanimation, l'intubation qui peut bloquer les cordes vocales, la sédation ou encore les mécanismes de défense du patient. D'autre part, ils peuvent également être externes au patient, tel que l'environnement sonore, le monitoring du patient avec les constantes vitales, la présence de la famille ou d'autres professionnels dans la chambre. Enfin, les obstacles peuvent également venir du soignant lui-même, tel que les mécanismes de défense du soignant ou la gestion de ses propres émotions.

L'adaptation de la communication du soignant est cruciale pour le « prendre soin » d'un patient ventilé et/ou sédaté en réanimation. En effet, ces patients sont souvent dans un état de vulnérabilité extrême, avec un risque élevé de détresse émotionnelle et de confusion. De plus, la présence de tubes d'intubation, de cathéters et d'autres équipements médicaux peut rendre la communication difficile.

Ce mémoire ainsi que mes recherches portent essentiellement sur le soignant et le patient, cependant, la communication avec la famille est capitale dans la prise en soin du patient et peut se révéler être un atout majeur. Lors de mes entretiens, les professionnels ont consciemment inclus la famille comme facteur pouvant impacter de manière positive ou négative la communication et la prise en soin avec leur proche. C'est pourquoi je pourrais poursuivre mes travaux de recherche sur la thématique de la communication en me concentrant sur le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient.

Ma question d'ouverture sera donc :

En quoi la communication avec la famille peut-il impacter la prise en soin du patient en réanimation ?

Conclusion :

Ma réflexion s'est essentiellement concentrée sur la communication entre le patient et le soignant. L'importance de cette ligne directrice dans mes recherches était d'acquérir un bagage de connaissances sur des pratiques en communication et sur le fonctionnement des interactions par le biais de mécanismes inconscient pouvant impacter une communication. Sur ma situation d'appel, j'ai estimé avoir réussi à pouvoir communiquer avec ma patiente, cependant, j'ai souhaité approfondir sur ma manière de communiquer si un jour, je serais confronté à des situations de communication difficile. Auquel cas, je pourrais apporter des solutions pour pouvoir prendre en soin mon patient dans son intégralité.

Par le biais de ce travail de recherche, j'ai pu souligner l'importance de la communication auprès des patients ne pouvant plus communiquer à cause de facteurs présents dans les services de soins intensifs. Les résultats m'ont démontré que communiquer ne revient pas seulement à discuter avec son patient, cela revient à avoir un regard clinique sur le patient et sur son entourage. Pouvoir communiquer avec un patient en réanimation est très difficile si le soignant ne maîtrise pas son environnement ou qu'il ne connaît pas assez son patient sur ses capacités cognitives ou motrices. L'utilisation d'outils d'assistance en communication tels que la communication avec le regard ou encore avec une assistance vocale a démontré des bénéfices majeurs pour la communication, cependant, cela a aussi montré des limites et c'est au soignant de pouvoir adapter une autre méthode de communication en fonction de son patient. Pour conclure, l'expérience professionnelle est un atout non-négligeable dans la communication. Les compétences techniques étant acquises par l'expérience, le soignant peut donc se focaliser sur le relationnel.

Ce mémoire va m'aider à développer une partie de mes compétences relationnelles sur le terrain. Cela me permettra de prendre du recul sur des situations difficiles en communication et de pouvoir m'adapter en toute circonstance à chaque patient. La recherche d'outils d'assistance en communication m'a permis de m'ouvrir sur les pratiques en communication. J'aurai cette appétence d'apprendre de nouvelles techniques pouvant m'aider à communiquer auprès de mes patients si je suis amené à travailler avec des patients sédatés et sous assistance ventilatoire. Comprendre les différents mécanismes de défenses va me permettre de remettre en question des situations de communication où j'ai estimé que je n'étais pas à la hauteur des espérances du patient, mais aussi de mes propres attentes. Enfin, mettre des mots sur le concept de "prendre soin" et de la concordance avec les compétences relationnelles m'a permis de faire le point sur ma conception du soin et de l'importance des échanges auprès de mes patients, cela a eu un réel impact positif en vue d'une projection professionnelle.

Ce travail de recherche a été pour moi un plaisir d'apprendre de nouvelles connaissances dans le domaine de la réanimation et de la communication. Cela m'a permis de me construire en tant que futur infirmier de demain. L'exercice d'analyse et de recherche de données auprès des professionnels infirmiers est une expérience très enrichissante. Ensuite pouvoir faire des liens avec les données récoltées et mes recherches théoriques ont procuré du sens à mon travail. C'était une première expérience pour moi de m'initier à un travail de recherche.

Cependant, j'ai rencontré des difficultés lors de l'exercice de rédaction du mémoire. Synthétiser des informations n'a pas été évident. La richesse de mes entretiens m'a malheureusement contraint à limiter au maximum ma rédaction et à ne pas exploiter la communication avec la famille que les professionnels ont beaucoup citée comme un atout majeur dans la communication avec le patient. Mais grâce à cela, j'ai pu construire ma question d'ouverture sur l'importance de la place de la famille dans la communication chez un patient en réanimation.

Bibliographie:

- Bonnet, F. & Lescot, T. (2010). *Analgésie et sédation en réanimation*. Edition Springer.
- Brunel, É., Michel, F., & Plantet, F. (2022). *Communiquer en anesthésie-réanimation et en médecine péri-opératoire, aspects pratiques, éthiques et juridiques*. Éditions Arnette.
- HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital* (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : Edition-Masson.

Webographie:

- D'après le Code de la Santé Publique, Sous-section 2 du devoir envers les patients *Article R.4127-35*. (2007)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912897/2007-10-28
- ten Hoorn, S., Elbers, P.W., Girbes, A.R. *et coll. Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review Crit Care* 20. (2016).
<https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Toledano.A *Les mécanismes de défenses des soignants*. Institut Rafaël, Levallois.
<https://institut-rafael.fr/actualite-scientifique/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>
- Bon.C, *UE 4.1 Soins de confort et bien-être. Accueil, accompagnement et prendre soin*. (2021).
<http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2021/09/Accueil-accompagnement-et-prendre-soin.pdf>
- Brienza N, Scorrano F, Grasso F, Gregoretti C. *Gaze-controlled, computer-assisted communication in Intensive Care Unit: "speaking through the eyes"*. *Minerva Anestesiologica*. (2013)
<https://europepmc.org/article/med/23174919>

- Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, Radtke J, Sereika S. *Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit*. Am J Crit Care. (2011) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21362711/>

- Happ MB, Roesch TK, Garrett K. *Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study*. (2004) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15024374/>

- Bijok.B, Jaulin.F, Société Française d'Anesthésie réanimation. *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Facteurs humains en situation critiques* (2022) <https://sfar.org/facteurs-humains-en-situations-critiques/>

- Society of Critical Care Medicine and Wolter Kluwer Health, Inc. *Recommandations de Pratiques Cliniques pour la Prévention et la Gestion de la Douleur, de l'Agitation/Sédation, de la Confusion Mentale, de l'Immobilité, et des Altérations du Sommeil chez les Patients Adultes en Soins Critiques*. Résumé cadre traduit par la Société Française d'Anesthésie Réanimation. (2020). <https://sfar.org/download/resume-cadre-recommandations-de-pratiques-cliniques-pour-la-prevention-et-la-gestion-de-la-douleur-de-lagitation-sedation-de-la-confusion-mentale-de-limmobilite-et-des-alterati/>

- Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK. *The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients*. Am J Respir Crit Care Med. (2002) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12421743/>

- Centre Hospitalier de Toulouse. *L'échelle BPS*. Payen, Crit Care Med, (2001) <https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/bps.pdf>

Annexes :

I. Échelle de vigilance-agitation de Richmond.

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	agité	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	ne tient pas en place	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	éveillé et calme	
-1	somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-3	diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

II. Échelle *Behavior pain Scale*.

Critères	Description	Score
Expression du visage	Détendu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimace	4
Tonus des membres supérieurs	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
Adaptation au respirateur	Adapté	1
	Lutte ponctuellement	2
	Lutte contre ventilateur	3
	Non ventilable	4

Payen, Crit Care Med, 2001

III. Tableaux d'analyses des entretiens.

La Réanimation : un environnement qui impacte la communication entre le soignant et le patient ainsi que son entourage				
Q° : Quelles ont été vos motivations pour travailler en réanimation ?	Aspect technique spécifique en réanimation	Aspect relationnel + connaissance du patient	Mauvaise expérience antérieure par un manque de relationnel vécu	Collaboration avec l'aide-soignant dans la prise en soin + Contribution au prendre soin
<p>Paul : Diplômé d'état depuis 2 ans.</p>	<p>"l'aspect technique qu'on voit en réanimation"</p> <p>"L'aspect technique de toutes les machines"</p> <p>"La réanimation implique d'avoir plein de connaissances."</p> <p>"on prend vraiment tout en charge"</p> <p>"on en à 3 maximum" (patients)</p> <p>"ça pousse à réfléchir vite [...] beaucoup de liens, les faire vite [...] ça oblige même à rechercher des trucs"</p>	<p>"prendre en charge le patient dans sa globalité"</p> <p>"l'aspect physique, psychologique, moral..."</p> <p>"ce que j'aime bien, c'est vraiment bien connaître le patient"</p> <p>"on a vraiment le temps de bien les connaître"</p> <p>"aimer discuter avec la famille"</p>	<p>X</p>	<p>"le travail en collaboration que j'aime beaucoup"</p> <p>"on travaille beaucoup quasiment qu'en binôme [...] c'est hyper agréable..."</p> <p>"faut aimer travailler en équipe"</p>

	vraiment personnels”			
Eric : Diplômé d'état depuis 11 ans.	<p>“Travail dans l'urgence qui est difficile, mais super intéressant”</p> <p>“prendre du coup de A à Z, [...] c'est quelque chose que j'apprécie.”</p> <p>“Le côté technique [...] beaucoup de gestes [...] ça nous plaît particulièrement aussi.”</p>	<p>“le nombre de patients est restreint”</p> <p>“pouvoir plonger dans les pathologies [...] comprendre ce qui se passe.”</p> <p>“Tout le côté relationnel avec le patient, même si c'est un patient de réanimation ce n'est pas que des patients endormis”</p> <p>“un côté relationnel qui est ultra important”</p> <p>“On a du temps à consacrer aux patients.”</p> <p>“Prendre le temps de faire les soins”</p>	<p>“Mauvaise expérience en clinique, tout début de mon DE en intérim”</p> <p>“L'impression de ne pas connaître ses malades”</p> <p>“Ne pas réussir à mettre un visage en fin de journée”</p> <p>“Dans les services traditionnels, pas le temps, tu passes d'un bout de couloir, c'est la course, ce n'est pas possible... Moi, je ne peux pas, je n'y arrive pas”</p>	<p>“Il y a beaucoup de collaboration avec l'équipe.”</p> <p>“Une équipe vraiment complète autour du patient : AS, kiné, l'équipe médicale qui est très importante”</p>

Q° : Pouvez-vous nous décrire votre environnement de travail ?	Environnement sonore très bruyant qui impacte le bien-être du soignant, du patient. + Facteur empêchant la communication	Environnement nettement mieux avec la réduction des bruits + Prendre soin	Environnement technique pouvant être une source d'angoisse au début + Impact sur le prendre soin	Environnement où l'interruption de tâche est fréquente + limite la communication et le prendre soin
Paul : Diplômé d'état depuis 2 ans.	<p>"Hyper important en réanimation médicale [...] réduire justement les alarmes de nos scopes."</p> <p>"on est parti sur la réduction de toutes les alarmes possible qu'on peut entendre en réanimation [...] tous le personnels a été formés [...] à la gestion des alarmes".</p> <p>"ça ajoute une part de stress"</p> <p>"on a des patients qui peuvent être éveillés, donc déjà ça peut les angoisser aussi les patients [...] ils vont sonner pour essayer de comprendre [...] du coup ça nous apporte un peu de travail".</p> <p>"c'est extrêmement désagréable [...] c'est des alarmes qu'on peut entendre chez nous quand on va s'endormir [...] ça peut avoir un impact psychologique sur le soignant assez important."</p>	<p>"à chaque prise de poste, il y a une vérification des alarmes et après en fonction de l'état clinique du patient"</p>	<p>"On a plein d'outils à disposition. Chariot d'urgence, échographie... plein d'outils à disposition pour travailler"</p> <p>"Hyper impressionnant"</p> <p>"environnement qui est totalement différents des services conventionnels"</p>	<p>"ça apporte une charge mentale plus importante, on peut se déconcentrer"</p>

	<p>“plus important la nuit qu’on a des patients qui dorment [...] peut avoir besoin de dormir la nuit [...] ça va jouer sur la prise en charge du patient”.</p>		<p>“un environnement qui est très angoissant [...] pas de fenêtre, donc c’est la lumière artificielle [...] pas de toilette [...]”</p> <p>“un lit au milieu de pleins d’instruments autour qui sont pour la plupart inconnus quand on est ici qu’on a jamais vu de notre vie. Et je pense que c’est très angoissant.”</p>	
<p>Eric : Diplômé d’état depuis 11 ans.</p>	<p>“c’est un environnement qui peut être bruyant, qu’il est moins depuis peu parce qu’il y a eu un gros travail sur les alarmes”</p> <p>“relativement bruyant”</p> <p>“un travail derrière qui a été fait sur l’intensité des alarmes et la pertinence des alarmes”</p> <p>“ça se traduit dans l’environnement de la réanimation [...] par vraiment beaucoup moins</p>	<p>“un environnement plus serein, plus apaisé, autant pour nous que pour le patient”</p> <p>“un moment où on est censé privilégier le sommeil pour nos patients, [...] c’est quand même un gain de confort”</p> <p>“c’est quand même nettement mieux”</p>	<p>“Forcément, quand on est branché à des tuyaux qu’on entend que ça sonne de façon stridente sans arrêt, je suppose que ça n’aide pas au confort et à être</p>	<p>“Beaucoup moins d’interruption de tâches” (par rapport aux alarmes)</p> <p>“le gros truc, ce sont surtout les interruptions de tâche. Parce que forcément quand ça sonne, il faut aller voir donc là c’est autant tu peux être avec le patient à discuter”</p> <p>“l’interruption de tâche, c’est vraiment quelque chose de lourd</p>

	<p>d'alarmes..."</p> <p>"source de stress, forcément des alarmes qui sonnent tout le temps, c'est une grosse source de stress, une inquiétude"</p> <p>= "nettement moins concentré sur la communication avec le patient"</p>	<p>"un environnement plus serein pour eux, moins de stress."</p>	<p>serein."</p>	<p>mentalement, ça demande beaucoup de concentration et c'est répercutant sur le personnel, et du coup sur le patient"</p>
<p>Q°: Au début de votre carrière, comment avez-vous appréhendé la rencontre de vos premiers patients ventilés avec une assistance respiratoire ?</p>	<p>Une première approche focalisée sur la technique, l'environnement à appréhender plutôt que le relationnel avec le patient.</p>	<p>Après l'expérience du terrain, le relationnel avec le patient est mis en avant dans la prise en charge du patient intubé.</p>		
<p>Paul : Diplômé d'état depuis 2 ans.</p>	<p>"La première approche n'était pas du tout axée sur le patient"</p> <p>"Enfin, le patient est important, mais au début, l'environnement est tellement impressionnant,</p>	<p>X</p>		

	<p>plein de choses qu'on ne connaît pas dont on a peur de faire des bêtises"</p> <p>"on est très centré sur les gestes sur ce qu'on fait et sur l'environnement purement technique"</p>		
<p>Eric : Diplômé d'état depuis 11 ans.</p>	<p>"Je ne me cache pas qu'au début, c'était la technique avant tout ! Les soins avant tout, la relation secondairement"</p> <p>"Parce que jeune DE, c'est tellement stressant qu'il faut au début prioriser.</p> <p>"Très difficile au début, parce que voilà axé sur la technique"</p>	<p>"j'ai vu petit à petit [...] avec la connaissance de l'environnement et des soins, tout ça m'a permis d'accorder moins de concentration aux soins techniques, à la préparation des médicaments, des choses qu'on maîtrise un peu mieux"</p> <p>"on peut se permettre d'axer plus sur la communication, sur le prendre soin"</p> <p>"prendre le temps d'amener les choses et discuter avec le patient, de le mettre en confiance et surtout discuter pendant les soins [...] super important [...] maintenant je fais plus facilement et de manière plus aisée"</p> <p>"ça les fait s'évader"</p>	
<p>Q° : Comment avez-vous appréhendé la rencontre avec vos premiers patients sédatisés et altération de la conscience ?</p>	<p>La multiplicité des prises en charge en fonction de l'état de conscience du patient impacte la communication et la prise en soin du patient</p>	<p>Un temps d'adaptation est nécessaire afin d'appréhender les prises en charge et d'être à l'aise dans la communication.</p>	<p>Positionnement clair sur l'état de conscience du patient et mise en place d'une communication adapté afin de favoriser le prendre soin</p>
<p>Paul : Diplômé d'état depuis 2 ans.</p>	<p>"c'est d'autant plus compliqué"</p> <p>"Il y a plein de facteurs possible"</p> <p>"le patient qui est conscient, hein, non intubé"</p>	<p>"Je m'en suis rendu compte au bout d'un an"</p> <p>"on dit qu'il faut un an pour avoir un infirmier à peu près formé correctement en réanimation [...] à partir de ce moment-là, on se concentre beaucoup plus sur"</p>	

	<p>[...] les communications sont extrêmement simple”</p> <p>“Il y a le patient qui est conscient, mais avec une désorientation temporo-spatial qui arrive avec une encéphalopathie [...] facteurs physiologiques qui vont faire que l'état de conscience ne va pas être optimal [...] il va être complètement à côté de ce qu'on lui dit, il ne va pas comprendre” (pour établir une communication)</p> <p>“leur état de conscience pourrait être altéré ou leur jugement était altéré”</p> <p>“il y a les patients qui sont totalement endormis voir curarisé donc là ils parlent pas du tout”</p> <p>“Les différences sont énormes [...] cela impacte sur notre travail.”</p>	<p>le malade et moins sur la technique.”</p> <p>“on prend conscience, il y a tous ces facteurs qui entrent en cause”</p> <p>“ces mécanismes qu'on n'apprend pas à l'école, qui engendrent des problèmes qui peuvent impacter la communication”</p>	<p>X</p>
<p>Eric : Diplômé d'état depuis 11 ans.</p>	<p>“Difficile de savoir si le patient nous entend quand on n'a pas de retour”</p>	<p>X</p>	<p>“J'ai une position plutôt claire là-dessus”</p> <p>“je pars du principe que le patient peut m'entendre et peut comprendre ce que je dis”</p> <p>“je vais donc expliquer forcément tous les soins, surtout ceux qui impliquent le toucher [...] qui peut induire des douleurs.”</p>

			<p>“des mots rassurants”</p> <p>“L’avertissement aux soins et expliquer les soins surtout ça... Que si jamais il ressent les choses, s’il comprend ce que je dis, puisse anticiper les soins-là”.</p> <p>“peut-être une conscience aussi encore préservée”</p>
Des facteurs qui impactent la communication en réanimation			
Q° : Quels sont les obstacles que vous pouvez rencontrer dans la communication auprès d’un patient en réanimation ?	Des obstacles en rapport avec le soignant : nécessite un temps d’apprentissage.	Des obstacles en rapport avec le patient et son état neurologique : la perception du soignant est mise en difficulté et la communication est non adaptée.	
Paul : Diplômé d’état depuis 2 ans.	“ce qui m’agace plus particulièrement, c’est de ne pas arriver à comprendre justement un patient qui va me dire quelque chose”	<p>“un patient qui n’est pas conscient, il faut déjà accepter de ne pas avoir forcément de <i>feed back</i>.”</p> <p>“des fois, ils ont des neuromyopathies de réa, donc ils ne peuvent pas écrire ou des fois, ils ont les mains attachées.”</p>	

		<p>“y a des patients [...] qui peuvent être compliqués [...] les patients qui ont des encéphalopathies hépatiques on en a beaucoup qui nous sortent des choses qui ne sont pas adaptées.”</p> <p>“l'état neurologique, elle peut modifier la façon dont on perçoit les choses”</p> <p>“l'action des antalgiques” (affirme sur le fait que l'analgésie est un facteur qui impacte la communication).</p> <p>“qui paraît cohérente, mais pleines d'hallucination sous kétamine et morphine”</p> <p>“est ce qu'on doit croire que ce qu'on doit croire [...] c'est ça qui est difficile”</p>	
<p>Eric : Diplômé d'état depuis 11 ans.</p>	<p>“c'est compliqué au début [...] méconnaissance des pathologies, des traitements, aussi du regard sur l'évolution en réanimation aussi, différentes étapes de la guérison”</p> <p>“on a peu de réponses à leur apporter aux familles et aux patients aussi”</p> <p>“leur expliquer les différentes étapes là pour qu'ils appréhendent mieux la suite”</p> <p>“faut rester crédible, pour l'image du service et puis pour aussi l'image qu'on voit nous-même”</p>	<p>X</p>	
<p>Q°: Avez-vous rencontré des difficultés à communiquer pendant une prise en soin d'un patient en réanimation ?</p>	<p>Situation qui fait référence à un patient jeune où la communication était impactée dans la relation soignant-soignée.</p>	<p>La connaissance du patient par la communication est vécue comme un avantage dans la prise en soin</p>	<p>La sonde d'intubation est vécue comme une difficulté pour le soignant.</p>

<p>Paul : Diplômé d'état depuis 2 ans.</p>	<p>"on a une jeune-là qui est, qui a un purpura fulminans qui à amputé a 19 ans, en fait moi je l'ai connu consciente, non intubée et consciente, intubée [...] elle arrivait à discuter."</p> <p>"quelqu'un qui est hyper caractériel qui sort cache des mots qui peuvent être un peu froid"</p> <p>"elle essaie de nous sortir exactement les mêmes choses, mais là"</p> <p>"ça va dépendre du caractère du patient, ça va dépendre de son état de base"</p> <p>"ça impacte parce qu'on connaît le caractère du patient [...] forcément nous impacter sur le plan psychologique"</p>	<p>"l'avantage de l'avoir vu non intubé, c'est que je connais un peu ses habitudes [...] sur des soins de bouche, sur des mobilisations. [...] ça va nous aider pour nous."</p> <p>"au fur et à mesure, j'ai compris comment fonctionnait la patiente et là où je devais aller, enfin me placer, sans détériorer un peu nos échanges"</p>	<p>X</p>
<p>Eric : Diplômé d'état depuis 11 ans.</p>	<p>"c'était un jeune de 18 ans qui avait la mucoviscidose"</p> <p>"il n'arrêtait pas de m'appeler parce qu'il se sentait pas bien"</p> <p>"j'avais pas tellement de réponses à lui apporter parce que quand je regardais les chiffres étaient bons, la saturation était bonne, la tension était bonne"</p> <p>"c'est ultra frustrant et en même temps, je comprenais pas ce qui se passait"</p> <p>"jusqu'au moment où il fait son arrêt cardiaque"</p>	<p>"ça devient un peu plus simple quand tu commences à connaître le patient quand on est là plusieurs jours"</p> <p>"de la connaissance du patient, on commence à savoir ce qu'ils veulent. Les demandes qui deviennent un peu récurrentes, tout ça, c'est un peu plus facile"</p>	<p>"des situations que tu te sens impuissant par rapport à la communication parce que c'est compliqué quand les gens sont intubés"</p> <p>"Alors moi la lecture sur les lèvres, ce n'est pas mon fort"</p>

	devant moi avec les yeux qui révulsés”		
Q° : Les émotions peuvent-elles empêcher d’entreprendre une communication avec un patient ?	L’identification à travers le patient impact grandement les émotions et donc l’interaction avec celui-ci : Une population de jeune patient.	La notion de “juste distance” dans la relation soignant-soignée est évoqué dans la gestion des émotions.	Prise de recul sur la gestion des émotions en début de carrière après expérience sur le terrain.
Paul : Diplômé d’état depuis 2 ans.	<p>“elle a retourné les émotions de tout le service.” (la jeune patiente)</p> <p>“j’ai connu plein d’émotions pour la première fois”</p> <p>“ le fait de lui faire de l’hypnose a potentialisé toutes ses émotions à elle”</p> <p>“on a fait des montagnes russes [...] on est passé sous des phases de rire” [...]on se mettait à pleurer [...] hyper intense.”</p> <p>“les émotions impactent sur la qualité des sédations”</p> <p>“Il faudra accepter qu’elle fasse des grimaces [...] faudra accepter qu’elle soit mal [...] faut qu’on accepte ce qu’elle nous renvoie”, sans que ça devienne atroce”</p> <p>“Les émotions, elles ont eu un impact assez important”</p>	<p>“faut savoir un moment aussi dire stop [...] dans l’échange que l’on peut avoir”</p> <p>“des moments où ça allait un peu trop loin dans la relation”</p> <p>“on avait l’impression qu’elle avait plus une relation amicale avec nous”</p> <p>“on la tutoie parce qu’elle est jeune”</p>	x

Eric : Diplômé d'état depuis 11 ans.	<p>"il y a forcément des situations qui vont te faire penser où tu t'identifies."</p> <p>"c'est un gros problème pour moi ça l'identification."</p> <p>"ça touche une population plus jeune, qui peut être très jeune, qui peuvent être jeunes parents."</p> <p>"quand ils sont souvent très âgés, je me dis que s' il décède [...] c'est des fois la continuité de la vie."</p> <p>"une jeune maman de 25 ans qui laisse 2 enfants derrière elle et émotionnellement ça, c'est super dure en réanimation"</p>	X	<p>"Ce sont des choses qui ne sont pas faciles en tant que jeune diplômé, ça ne s'apprend pas à l'école, la gestion des émotions, ça s'apprend. C'est l'expérience des vieux qui disent ça, c'est l'expérience de la vie."</p> <p>"j'essaye de relativiser, moi, j'essaie beaucoup de relativiser"</p> <p>"ça m'est déjà arrivé de craquer forcément. On est humain."</p>	
Q° : Comment adaptez-vous votre communication avec un patient sous assistance ventilatoire ? Quels outils utilisez-vous en réanimation ?	Communication sur les choses de la vie quotidienne	Questionnement adapté au patient, par les gestes et par une codification de la communication	Difficultés perçus par le soignant par rapport au soignant dans la communication	Outils de communication et mise en place d'action par le soignant pour établir une communication

<p>Paul : Diplômé d'état depuis 2 ans.</p>	<p>"le stimuler, je discute avec lui en général"</p> <p>"je leur dis l'heure ainsi que le jour [...] tu vois par exemple pour essayer de recadrer dans le temps."</p> <p>"je leur explique à peu près tous [...] les aspirer, prendre une glycémie, prendre une température..."</p>	<p>"Je leur pose une question, très fermée où ils vont juste me répondre par oui ou par non avec un signe de la tête"</p> <p>"Des questions très précises en général [...] il y a plein de questions fermées comme ça"</p> <p>"Souvent, les patient répondent par oui ou par non avec la bouche et pas avec un signe de la tête"</p> <p>"c'est compliqué avec des patients qui ont des neuromyopathies"</p> <p>"montrer avec leurs bouts des doigts"</p> <p>"Après les questions simples, j'essaie de faire des questions ouvertes"</p>	<p>"Les patients quand ils ont été dans le coma pendant un mois ou deux, ils n'ont plus la force plus rien, il peuvent avoir du mal à écrire"</p> <p>"on est jamais vraiment certain d'être totalement sédaté."</p>	<p>"ils peuvent écrire et/ou avec un alphabet c'est toujours plus facile"</p> <p>"une feuille A4 où il y a toutes les lettres de l'alphabet"</p> <p>"appeler ma collègue aide-soignante [...] qui va pouvoir prendre le relais"</p> <p>"je mets de la musique en fond de la télé, même s'ils sont inconscients et sédatés"</p>
<p>Eric : Diplômé d'état depuis 11 ans.</p>	<p>" c'est expliquer ce qu'on va faire, comment ça va se dérouler, les soins, expliquer le déroulé de la journée aussi, qu'est-ce qu'il va y avoir. Leur parler de la pluie, du beau temps, de la météo et de la température du matin, de ce qu'ils aiment faire leur hobby"</p>	<p>"il y a plus que le regard, les lèvres qui fonctionnent du mouvements des lèvres, [...] on essaie d'établir un code"</p> <p>"un geste pour un oui, un geste pour un non. Ouais, souvent c'est"</p>	<p>"on n'arrive pas à comprendre ce qu'il dit sur la, avec la lecture des lèvres"</p>	<p>"on a des ardoises pour les gens qui n'ont pas de neuromyopathies"</p> <p>"on a aussi des alphabets sur papier [...] qui permettent de pointer du doigt les lettres et puis reconstituer les mots"</p>

		<p>les yeux avec ouverture, la fermeture des yeux et puis on pose tout plein de question”</p> <p>“avec l’habitude, on sait souvent ce qui revient le plus, les choses assez basiques, les gens qui se réveillent et qui sont intubés, ils sont soit ça, c’est sûr”</p>	<p>“c’est chronophage hein, ça prend du temps”</p> <p>“y a des gens qui se réveillent, qui sont limite paralysée”</p>	<p>“le Tracking Eyes... c’est la tablette qui permet de communiquer avec les yeux [...] c’est génial pour la communication. C’est des gens qui sont trachéotomisés, qui sont intubés, qui ne peuvent pas parler du tout”</p>
Le prendre soin au cœur de la collaboration entre soignant, auprès du soignant en associant une communication adaptée				
<p>Q° : Selon vous, comment la collaboration et la communication entre vos pairs vous permet-il d’améliorer la prise en soin du patient en réanimation</p>	<p>Le travail en collaboration peut être difficile.</p>	<p>Prise en charge du patient de réanimation en pluridisciplinarité, contribue à prendre soin dans l’urgence du patient en réanimation.</p>		
<p>Paul : Diplômé d’état depuis 2 ans.</p>	<p>“tu as déjà des collègues avec qui ça va bien fonctionner [...] tu sais un peu comment ils vont réagir et comment ils vont travailler.”</p> <p>“il y a d’autres collègues que tu connais un peu moins où ça va être plus compliqué”</p>	<p>“le binôme aide soignant” “on travaille beaucoup quasiment qu’en binôme”</p> <p>“on a aussi des mini-staff le matin dans la galerie avec les médecins et toute l’équipe du module [...] les échanges se font sur des prises en charge de patient”.</p> <p>“la communication va être importante”</p> <p>“avec nos collègues infirmiers [...] les échanges se font surtout sur des entrées parce qu’on a besoin de plusieurs infirmiers [...] 2 - 3 infirmiers dans la chambre au maximum”</p> <p>“c’est une situation stressante [...] on a plein d’informations qui vont dans tous les sens”</p> <p>“il faut avoir le leader, quelqu’un qui doit faire le <i>leadership</i>”</p>		

		<p>“Communiquer avec tes collègues infirmiers pour leur dire là où t’en es et qu’eux te disent aussi pour savoir ce qu’ils restent à faire.”</p> <p>“une intubation en général, on prend le temps [...] on se prépare en amont”</p> <p>“pour les entrées où des patients qui se dégradent, faut que les rôles soient bien définis [...] il y a une importance d’avoir l’interne ou le médecin qui va prendre le leadership”</p>
<p>Eric : Diplômé d’état depuis 11 ans.</p>	<p>“parce qu’on souffrait d’un manque de communication avec l’équipe médicale”.</p> <p>“c’était un besoin collectif, c’était un besoin surtout paramédical”.</p> <p>= Mini staff instauré récemment.</p> <p>“ils voyaient leurs intérêts pour leurs patients, mais ils ne voyaient pas les contraintes que nous pouvions avoir pour l’organisation de certaines choses”.</p> <p>“il y a eu récemment l’informatisation, ça nous a éloignés avec le médecin. Oui parce qu’ils prescrivent de leurs côtés”</p> <p>“après c’est aussi “personne dépendante” la communication avec les médecins...”</p> <p>“chacun est différent et qui sont susceptibles qui vont se braquer assez vite et forcément la communication, elle va se couper quoi...”</p>	<p>“c’est assez récent dans l’histoire du service, on a en plus instaurer un mini staff le matin à 9h, c’est institué dans chaque modules”</p> <p>“communication au sein d’une chambre, quand on a une entrée ça, c’est hyper important”.</p> <p>“chacun trouve sa place”</p>
<p>Q° : Pouvez-vous me parler de votre conception soignante du</p>	<p>Prendre soin du patient dans sa globalité en utilisant les soins techniques avec du</p>	<p>Utilisation de techniques afin de permettre aux patients d’oublier les douleurs causées par les soins</p>

“prendre soin” en lien avec la réanimation ?	relationnel.	
<p>Paul : Diplômé d'état depuis 2 ans.</p>	<p>“Prendre en charge le patient dans sa globalité”</p> <p>“un environnement plus serein, plus apaisé, autant pour nous que pour le patient” =Par rapport au travail sur les alarmes.</p> <p>“de la connaissance du patient, on commence à savoir ce qu'ils veulent. Les demandes qui deviennent un peu récurrentes, tout ça, c'est un peu plus facile” = Connaître son patient, prendre soin en respectant ses habitudes de vie.</p>	<p>X</p>
<p>Eric : Diplômé d'état depuis 11 ans.</p>	<p>“c'est de le prendre dans la globalité. C'était d'un côté technique [...] et l'autre côté relationnel, j'inclus le nursing dedans, un nursing relationnel”.</p> <p>“c'est de faire les deux un peu en même temps pour que le patient ne subisse pas les soins, se sentent écoutés, se sentir entendu. [...] Prendre soin, c'est ouais, c'est vraiment la globalité.”</p> <p>“expliquer ce qu'on doit faire”</p> <p>“La journée semble plus rapide aussi puisque quand on discute et qu'on est à l'aise avec quelqu'un, forcément c'est moins long”.</p>	<p>“Moi, j'ai appris de collègues qui font de l'hypnose, qui font de l'éducation thérapeutique, tout ça c'est que tu as de petits moyens”.</p>

IV. Guide d'entretien semi-directif :

Thématiques	Questions
Réanimation	<ol style="list-style-type: none">1. Pouvez-vous vous présenter, ainsi que vos années d'expériences au sein de votre service ?2. Quelles ont été vos motivations de travailler en réanimation?3. Pouvez-vous nous décrire votre environnement de travail ?4. Au début de votre carrière, comment avez-vous appréhendé la rencontre avec vos premiers patients en service de réanimation ?
Communication	<ol style="list-style-type: none">1. Quels sont les obstacles que vous pouvez rencontrer dans la communication auprès d'un patient en réanimation ?2. Durant votre exercice professionnel au sein du service, avez-vous rencontré des difficultés à communiquer pendant une prise en soin d'un patient en réanimation ?3. Parfois, les émotions peuvent-elles empêcher d'entreprendre une communication avec un patient ?4. Comment adaptez-vous votre communication avec un patient inconscient ?
“Prendre soin” Question de conclusion:	<ol style="list-style-type: none">1. Selon vous, comment la collaboration et la communication entre vos pairs vous permet-il d'améliorer la prise en soin du patient en réanimation ?2. Pouvez-vous me parler de la conception soignante du “prendre soin” en réanimation ?3. Selon vous, à contrario, la communication peut-elle être un outil pouvant favoriser la prise en soin d'un patient en réanimation ?

V. Entretien retranscrit n°1 : Paul.

Thibaut : Bonjour, je suis Thibaut qui voudrait s'interroger dans le cadre d'un entretien pour mon MIRSI.

Est-ce que tu peux déjà te présenter ?

Paul : Je m'appelle Paul, je suis infirmier diplômé depuis 2020.

Thibaut : D'accord très bien. Donc 2 ans. Sortie de diplôme directement en réanimation médicale ?

Paul : sachant que j'avais travaillé avant là, enfin pendant le COVID. Fin pendant mon stage de S6-1 j'avais il y a eu le COVID, donc du coup je suis resté en faisant fonction de soignant, et des étés d'avant si j'avais travaillé en aide-soignant.

Thibaut : ça marche. Ah oui, tu avais travaillé ici.

Paul : ouais

Thibaut : D'accord, et c'était pas difficile par rapport au COVID ?

Paul : Non non.

Thibaut : ça t'a motivé dans ton projet de faire infirmier ?

Paul : Ouais.

Thibaut : OK ça marche. Du coup en tant qu'infirmier, c'est quoi tes motivations de travail en réanimation et pas ailleurs ?

Paul : Ah ! C'est un long sujet. Ben déjà juste pour faire simple, forcément l'aspect technique qu'on va en réanimation, alors tout l'aspect technique de toutes les machines. Mais ce que j'aime beaucoup, c'est que l'on prend en charge le patient dans sa globalité. La globalité

Thibaut : Ouais dans la globalité...

Paul : surtout avec le binôme aide soignant, de l'aspect physique, psychologique, moral et la famille.

On essaie vraiment, on prend vraiment tout en charge et l'avantage c'est qu'on a pas beaucoup en charge, enfin même si on a des patients qui sont très lourds, qui peuvent être très prenants en termes de travail, on a beaucoup de on a pas beaucoup, on en a trois au maximum et on a vraiment de faire le tour et de bien connaître nos patients, les antécédents, pourquoi il est là, et savoir vraiment ce qu'on fait... La réanimation implique d'avoir plein de connaissances, mais dans plein de domaines.

Ce n'est pas une spécialité comme la cardiologie ou la pneumologie, même si ça fait appel à d'autres spécialités, mais là on les regroupe toutes ensemble et donc du coup, c'est ça que je trouve plutôt cool de dire que ça nous fait travailler de la pneumologie, de la cardiologie l'endocrinologie.

Thibaut : Oui.

Paul : L'aspect psychologique, enfin, y a plein de choses, c'est ultra diversifié.

C'est globalement similaire dans un autre service, mais là, c'est décuplé, je trouve le fait que le patient, en phase aiguë qu'il faut aller un peu vite, c'est ça que je trouve intéressant.

Thibaut : Ouais, l'urgence des soins d'urgences.

Paul : ouais, bah, forcément, voilà, j'aime ça et puis travaille en collaboration que j'aime beaucoup.

Thibaut : ...Avec les soignants ?

Paul : parce qu'on travaille beaucoup quasiment quand binôme donc ça, c'est hyper agréable. C'est ce qu'on trouve peut être un peu moins les autres services. Voilà, ça, c'est vraiment ce que j'aime bien, c'est vraiment bien connaître le patient. On a vraiment le temps de bien le connaître. Après, ces patients restent chez nous très longtemps en général, donc on a encore plus le temps de les connaître. Mais du coup même la famille du coup en général, si je peux rester plusieurs semaines, Ben y a des échanges avec la famille qui peut être importante....

Thibaut : Du coup la place de la famille qui est très importante dans la prise en charge...

OK ça marche... Donc ça relève plein de domaines de connaissances. Tu me dis aussi beaucoup de temps de soins aigus, de soins d'urgences....

Paul : en fait ça pousse à réfléchir, à réfléchir. Des fois, ça pousse à réfléchir très vite, beaucoup de liens, les faire vite et des fois ça oblige même à rechercher des trucs vraiment personnels pour essayer de comprendre les choses. Ça implique ouais, plein de connaissances qu'on n'a pas y a beaucoup de choses qu'on apprend sur le terrain, plus que ce qu'on apprend à l'école...

Thibaut : oui, je vois. Ton environnement de travail si tu pouvais me l'expliquer. En gros, c'est quoi un module de réanimation ? Et qu'est-ce qu'on peut retrouver dans un module de réa ?

Paul : bah nous, on est organisé en 3 unités de 24 lits, 3 unités de 8 lits et ça fait 24 lits de réanimation plus celles qui sont au troisième étage (USC). Donc on a 8 patients avec du coup que c'est en forme de U, on a une banque centrale au milieu et donc du coup après les chambres de réanimation... Il faut détailler les chambres ? Plus de détails sur le contenu des chambres ou sur la forme des chambres ?

Thibaut : ce que l'on peut voir principalement.

Paul : Bah ce qu'on va voir, c'est du coup, on a l'avantage d'avoir des... (moniteurs). Fin notre module central sur lequel on a tous nos documents, les téléphones, les scopes qui sont retranscrits, c'est en hauteur donc on a une vue d'ensemble sur toutes les chambres, donc là on a plein d'outils à dispositions. Chariot d'urgences, échographies... Plein d'outils à dispositions pour travailler. Et après dans les chambres, plus spécifiquement, on a des chambres avec un lit, des respirateurs, scope, du matériels, des pousse-seringues... Un chariot infirmier et un chariot aide-soignant. Et après un environnement informatique, des tableaux pour pouvoir noter les choses, enregistrer des choses.

Thibaut : Ok et quand tu es en stage, c'est pas trop dur...

Paul : C'est hyper impressionnant parce que c'est un environnement qui est totalement différent des services conventionnels. C'est un environnement qui est très angoissant. Quand on met un pied pour la première fois à l'intérieur, parce que déjà, la moitié des chambres par module, en fonction de leur localisation, n'ont pas de fenêtre, donc c'est la lumière artificielle. Et oui, c'est des chambres, Ben y a pas de toilettes, y a juste un évier en lavabo avec des lits, un lit au milieu avec plein d'instruments autour qui sont pour la plupart inconnus quand on a ici qu'on a jamais vu de notre vie. Et je pense que c'est très angoissant.

Thibaut : Ok, ça marche et du coup, souvent en réanimation, on dit l'environnement sonore qui est assez bruyant, que je pourrais m'en dire de cet environnement sonore ?

Paul : Il est hyper important en réanimation médicale, d'autant plus quand on travaille de nuit. Mais là, parce que nous, dans le service, on a un partenariat avec Philips, c'est la marque de nos scopes pour réduire justement les alarmes de nos scopes.

Et là, on est parti sur la réduction de tous les alarmes possibles qu'on peut entendre en réanimation. Donc, là, tout le personnel a été formé. Enfin, médecins, infirmiers, aides-soignants à la gestion des alarmes pour réduire au maximum les alarmes. Avant, dans chaque module, toutes les portes, des modules étaient ouverts, donc on entendait les seringues et les choses qui se passaient dans les autres

modules et là maintenant, on ferme les portes justement pour réduire le bruit. On essaie de fermer un peu les portes des chambres le plus possible pour réduire le bruit et enfin l'environnement sonore, en tout cas, a été diminué. Franchement, la nuit les scopes, le personnel ont été formés pour bien adapter leurs alarmes et la nuit, par exemple, si l'alarme a bien été réglé, il y a des scopes qui vont jamais sonner la nuit, voire très peu.

Thibaut : Vous changez les alarmes des scopes la nuit par rapport au jour ?

Paul : Bah à chaque prise de poste, il y a une vérification et une adaptation des alarmes et après en fonction de l'état du patient. Mais du coup, à chaque fois, à chaque prise de poste y a une adaptation des alarmes... Par exemple dans le module B là où je suis par exemple, il y a sur chaque scopes, il y a une information au bout d'un certain temps, si la même alarme sonne à 4 reprises, enfin 4 fois de manière rapprochée et on va avoir un message sur le scope comme quoi il faut adapter notre alarme pour réduire le bruit.

Thibaut : Parce que le bruit en fait ça peut être source de...

Paul : déjà pour nous, ça va être source d'agacement. Quand on sait que ça peut être des alarmes inutiles, ça apporte une charge mentale plus importante parce que du coup, on peut se déconcentrer du coup de ce qu'on est en train de faire. (interruption de tâche). Ça ajoute un bruit de fond déjà, qui est assez important en réanimation, donc ça ajoute d'une part une source de stress. Enfin, ce n'est pas du stress. Mais ouais, c'est le tout de la charge mentale en fait. De manière beaucoup plus intense, les patients, nous, on a des patients qui peuvent être éveillés, donc déjà ça peut les angoisser aussi les patients. Quand ils sont assis confortablement, qu'ils entendent une alarme, ça peut provoquer des angoisses chez les patients, beaucoup de questions, donc ils vont sonner pour essayer de comprendre et du coup qui va nous aussi nous apporter un peu de travail. Il y a les familles aussi qui peuvent se poser beaucoup de questions, qui, qui y a des familles qui interrogent énormément sur les scopes, les alarmes, pourquoi ça sonne. Ça rajoute une part de complexité à la situation. [...]

Thibaut : Oui, ça peut engendrer une charge de travail supplémentaire, une charge mentale aussi, comme tu disais...

Paul : C'est extrêmement désagréable parce que c'est des alarmes, par exemple, qu'on va si on a eu des journées compliquées, qu'on peut des fois quand on rentre chez nous pour s'endormir, on va avoir l'impression de les entendre encore chez nous. Ça peut avoir un impact psychologique sur le soignant assez important et là, c'est nettement mieux pour nous depuis un an, tout le monde a vu la différence. On a une nette réduction de nos alarmes. Depuis quelques mois, ça marche très bien...

Paul : C'est d'autant plus important, la nuit, qu'on a des patients qui dorment et qui ne sont pas intubés, mais qui dorment et qu'on peut aussi avoir besoin de dormir la nuit et pas la journée. Donc ça va jouer sur la prise en charge du patient.

Thibaut : Très bien. Au début de ta carrière, tu as rencontré (pour la première fois) des patients intubés, est-ce que tu avais rencontré avant ton stage en réanimation des patients intubés ?

Paul : C'est un peu caduc du coup parce qu'alors oui, j'en avais vu en stage en S5 parce que j'ai fait de la salle de réveil, mais c'est totalement différent de la réanimation. Et après, j'avais travaillé l'été avant mon semestre 5 là (en réanimation médicale), justement en faisant fonction d'aide-soignant ici, c'était la première fois où j'ai vu des patients intubés.

Thibaut : C'est là où t'as vraiment pris en charge des patients intubés et dans son entièreté quoi ? Pas simplement en salle de réveil. Ils étaient là alors chirurgie... Ok et comment tu es ressenti (face à des patients intubés) ? En fait, ce que tu avais ressenti avec cette première approche avec ce type de patients ?

Paul : La première approche n'était pas du tout axée sur le patient. Les débuts pour ma part. Enfin... Le patient est important, mais au début, l'environnement est tellement impressionnant, y a plein de choses qu'on ne connaît pas dont on a peur, parce qu'on a peur de faire une bêtise et on sait que déconnecter un respirateur sans le vouloir, ça peut engendrer de graves effets pour le patient. Enfin, on a toute cette impression-là, cet imaginaire-là et donc du coup, on est très centré sur les gestes qu'on fait et sur l'environnement purement technique, sur le matériel plus que sur le patient lui-même, c'est une certitude pour ma part en tout cas.

Thibaut : ouais OK ça marche et aussi les patients sédatisés, où ils ont une altération de la conscience...

Paul : Ben là c'est d'autant plus compliqué parce que c'est enfin. Après, je ne sais pas si ça viendra avec d'autres questions (Parle de mon questionnaire.) [...] en réanimation, il y a plein de facteurs possibles, dire y a le patient qui est conscient, hein, non, intubé, et qui est parfaitement cohérent. Et dans ces cas-là, les communications sont extrêmement simples, elle est plus facile, parce qu'elle peut être compliquée hein... Il y a le patient qui est conscient, mais avec une désorientations Temporo-spatial qui arrive avec une encéphalopathie et qui là du coup, on a des facteurs physiologique qui vont faire que son état de conscience ne va pas être optimal, enfin l'échange va être optimal il va être complètement à côté de ce qu'on lui dit il va pas du tout comprendre ce qui lui arrive donc ça, c'est compliqué il y a les patients qui sont totalement endormis voir curarisés donc là ils

parlent pas du tout donc là, c'est différent. Et il y a des patients qui sont conscients intubés et les patients conscients intubés, il y a 2 choses c'est soit, ils sont conscient intubés et sans problèmes médicaux qui font que, par exemple, la natrémie avec des encéphalopathies qui font que leur état de conscience pourrait être altérés ou leur jugement était altéré, sachant qu'on n'a pas de on entend pas le son de leur voix, donc on suppose à chaque fois et il y a les patients qui sont conscients, totalement conscients et on a la preuve sans vraiment avoir la preuve. On sait qu'ils sont plutôt cohérents dans ce qu'il raconte. Il y a plein, plein, plein de choses...

Thibaut : On voit que tu les énumères pas mal, et les différents facteurs...

Paul : les différences sont énormes parce que du coup ça impacte sur notre travail, notre façon de faire (en fonction de l'état de conscience des patients). Je pense, ça impacte à chaque fois.

Thibaut : est-ce que tu avais compris ces différences-là, au début de ta carrière ?

Paul : là, je pense qu'enfin, je m'en suis rendu compte au bout d'un an. Enfin, vraiment, au bout d'un an d'un an de réanimation, on dit que faut un an pour avoir un infirmier à peu près formé correctement en réanimation. Je pense qu'à partir de ce moment-là, on se concentre beaucoup plus sur le malade et moins sur la technique et sur ce qui a vraiment le malade. [...] En tout cas, c'est vraiment à partir de ce moment-là, où on prend conscience, qu'il y a tous ces facteurs-là qui rentrent en cause.

Thibaut : D'accord. Oui, en fait [...] il y a l'environnement qui est déjà assez conséquent...

Paul : Il y a l'environnement, y a plein de pathologies qu'on n'apprend pas à l'école, qui engendre des problèmes qui peuvent impacter la communication.

Thibaut : Très bien. Ok, ça marche. Là, sur l'exercice professionnel de l'infirmier en réanimation. Quelles sont les compétences ? Alors, il y a beaucoup de compétences, certes, parce que c'est assez large, mais pour toi, quelles sont les compétences à avoir ? [...]

Paul : [...] il faut être bien sur ce qu'on fait, faut apprécier ce qu'on fait. [...] il faut être facilement adaptable quand même.

Thibaut : capacité d'adaptation ?

Paul : ouais il faut aimer travailler en équipe. [...]. Il faut aimer discuter avec la famille pour prendre en charge les patients. Juste aimé son travail, c'est important. Après, c'est des trucs que l'on retrouve dans n'importe quels... (poste) Infirmier.

Thibaut : mais en réanimation, en fait la prise en charge globale est plus globale ?

Paul : ouais après il faut accepter la pression, il faut accepter aussi de ne pas réussir toujours à faire. Enfin ne pas réussir. Je ne sais pas trop comment te dire ça, mais faut accepter des fois de ne pas réussir à rentrer en communication, parce qu'on est sur le thème, en communication avec un malade. Il faut accepter de pas toujours y arriver. Je pense de manière globale. [...]

Thibaut : [...] on est axé patient, mais aussi autour du patient parce que tu me parles beaucoup de la famille. [...]

Paul : pour ma part en tout cas, je trouve qu'elle est un des vecteurs clé (dans la prise en charge du patient) même si c'est bah y a la famille. Enfin il faut aimer discuter avec les gens. Il faut aussi savoir emmagasiné, pas les prendre pour ça (les remarques), mais faut savoir aussi ne pas... Comment... Prendre tout le malheur des gens. Enfin, tu vois faut, je pense qu'il faut bien avec soi-même [...] il y a des situations qui sont quand même extrêmement compliquées, qui sont très dures psychologiquement et physiquement.

Thibaut : Prendre du recul ?

Paul : Ouais c'est le mot que je cherchais.

Thibaut : C'est ça ? Ça marche pas de souci, Ok. Très bien, ok du coup. Dans ta communication auprès d'un patient de réanimation, dans la globalité, est-ce que t'as rencontré des obstacles ? [...]

Paul : déjà avec un patient qui n'est pas conscient, Il faut déjà accepter de pas avoir forcément de parler dans le vide, entre guillemets. Expliquer aux gens, mais sans attente, de quelque chose en retour à ce fameux feedback, on peut apprendre à l'école. Il y a le patient qui est conscient, intubé. Dans ce cas-là, des fois, c'est compliqué parce qu'on arrive à le comprendre. Ce sont les patients même quand ils sont conscients et intubés, ils ont envie de parler [...] ils parlent comme s'ils nous parlaient. Sauf qu'en fait, Ben. En fait la sonde d'intubation bloque les cordes vocales, il a pas d'air qui passe et on n'entend pas de son, des fois, ils ont des neuromyopathies de réa , donc ils ne peuvent pas écrire ou des fois ont les mains attachées parce-qu' il risque d'auto-extubation qui peuvent engendrer des catastrophes. Donc tous ces facteurs-là déjà, ils peuvent très vite compliquer les choses. Mais ce qui

m'agace le plus particulièrement, c'est de ne pas arriver à comprendre justement un patient qui va me dire quelque chose. Et puis bah y a des patients qui peuvent être des fois qui se qui peut être compliqué, c'est chez nous, ce sont des patients qui peuvent se plaindre des gens qui sont conscients, mais enfin conscient, pas intubés, qui peuvent se plaindre de choses, mais parce que leur état, notamment chez nous, les patients qui ont des encéphalopathies hépatiques, on en a beaucoup qui nous sortent des choses, mais qui ne sont pas adaptées. Mais des fois, je pense, ça peut être des douleurs abdominales et des douleurs thoraciques. Des fois, ça m'est arrivé d'avoir un patient qui se plaint de douleurs dans le thorax et depuis plusieurs heures et en fait finalement vu qu'il est encéphalopathie. Et bah. On a mis ça sur le compte d'une gêne ou des choses comme ça, puis finalement, en fait, on avait quelque chose, mais en fait, [...] l'état neurologique du patient, elle peut engendrer de la façon dont on perçoit les choses, elle peut engendrer plein de choses.

Thibaut : Comme une question peut être altérée [...] et vraiment mal comprise, ça peut cacher quelque chose en fonction de la compréhension de l'équipe soignante...

Paul : C'est ça.

Thibaut : Et de la compréhension du patient...

Paul : Et puis bah tous les facteurs sont confondants. Bah, comme tu dis hein, j'aurais une hyponatrémie, une encéphalopathie hépatique, un patient en alcalose... Par exemple une patiente qui est en galerie a, qui paraît hyper cohérente, mais pleine d'hallucinations sous kétamine et morphine. Et en fait, bah qu'est ce qu'on doit croire que ce qu'on ne doit pas croire ? Bah, du coup, c'est ça qui est en difficulté en fait.

Thibaut : bah, la sédation du coup en soit, tu perçois une difficulté dans la communication en fonction de l'action des sédations ?

Paul : Oui l'action des analgésiques complètement.

Thibaut : OK ça marche. Tu as eu des expériences, une expérience pour toi qui était compliquée. [...]

Paul : ouais, j'ai 2 extrêmes pour le coup. Mais en ce moment, voilà, tout le monde pourrait en parler, mais on a une jeune-là qui est, qui a un purpura fulminans qui a été amputé à 19 ans, en fait moi je l'ai connu consciente, non entubée et consciente, intubée, non séditée et séditée, sur plein de phases. Ouais en fait du coup. Le fait de l'avoir consciente non intubée avec des antalgiques, elle arrivait à discuter. C'était par exemple quelqu'un qui hyper caractériel qui sort cache des mots qui peuvent être un peu froids des fois. Mais c'est son caractère de base.

Donc on arrive à fonctionner comme ça et on connaît la personne et en fait quand elle est consciente intubée, elle essaie de nous sortir exactement les mêmes choses, mais là, du coup peut être de pas entendre le son de sa voix, c'est compliqué et donc du coup c'est quelqu'un qui va s'énerver très vite, qui va pas vouloir écrire sur les ardoises qui vas pas y arriver [...] (amputé des 4 membres) c'est quelqu'un qui permet qui va pleurer, on va pas savoir pourquoi, tout ça peut rendre très compliqué la situation alors que là tu vois. Versus quelqu'un d'autre, j'ai une dame qu'on a intubé, qui est là, qui a une neuromyopathie et qui ne peut pas être extubée [...] et on l'a fait marcher dans le couloir et cette dame-là, intubée, on arrive à faire marcher et à la comprendre totalement les capables d'écrire et capable de nous montrer sur un alphabet imprimé les lettres quand elle veut parler et là du coup, ces 2 situations-là elles sont totalement différentes. Les patients sont tellement différents, mais du coup la communication n'a rien à voir entre ces 2 patients.

Thibaut : [...] la communication dépend beaucoup du caractère du patient...

Paul : Bah ça va dépendre du caractère du patient. Ça va prendre de son état de base. Enfin, je veux dire un patient qui a une neuromyopathie et qui ne peut pas utiliser le crayon qui ne veut pas écrire, qui à les mains attachées parce que l'on ne veut pas qui touche à quoi que ce soit parce qu'il peut être très agité ou peut être dangereux pour lui, ça va être des facteurs qui vont devenir compliqués.

Un patient qui a beaucoup de sédations [...] hyper compliquée. Enfin, l'état de santé de base de ton patient. Après, c'est des situations qui peuvent évoluer en plus hyper vite dans le service, c'est ça qui est compliqué. C'est là où il y a besoin de s'adapter en permanence.

Thibaut : Et tu m'as dit que tu as vu ta patiente dans plusieurs phases. Cela ne t'a pas impacté dans ta prise en charge ?

Paul : Si forcément ça impacte parce qu'on connaît le caractère de la personne, on nous dit des choses qui peuvent être enfin sont ressenties sa façon de voir les choses et donc du coup qui va forcément nous impacter sur le plan psychologique. [...] L'avantage d'avoir aussi de l'avoir vu, non intubé, c'est que je connais un peu ses habitudes. Ce qu'elle voulait comme elle voulait comme elle voulait. Enfin comment est ce qu'elle voulait que l'on fasse, les petites habitudes qu'elle voulait, par exemple sur des soins de bouche sur des mobilisations. Donc forcément moi ça m'a aidé dans ma prise en charge. Une fois qu'elle est intubée, consciente et après, quand elle était inconsciente, sédatée, parce que du coup, je reprends à peu près les mêmes gestes, genre, procéder de la même façon, même si ça se trouve à ce moment-là, c'était plus adapté parce que la situation faisait que pour elle ce n'était pas confortable.

Thibaut : ouais, mais pour toi. Connaissaitre ton patient t'a permis de prendre soin, on va dire de continuer à prendre soin.

Paul : ça aide grandement à la prise en charge du patient. Je pense bien le connaître sous tous les angles [...], c'est de vraiment bien le connaître, sur le plan psychologique, moral, tous ces aspects physiques alors c'était horrible, mais toutes ces petites habitudes qui vont lui faire plaisir, forcément, ça va, nous nous en aidions à nous, dans notre prise en charge. Parce que tu vois par exemple la dame dont je m'occupe aujourd'hui, c'est une dame qui a une maladie qui fait que son moral de base est très bas. C'est quelqu'un qu'on doit stimuler, vraiment beaucoup, beaucoup, qu'on doit toujours, toujours, même si elle refuse par exemple d'aller au fauteuil, de marcher. Enfin, on la force après nous suit. Elle y va finalement après elle est contente. [...]

Ça fait 3 jours que je m'en occupe et là, je commence un peu à la connaître, tout comprendre un peu le caractère qu'elle est donc du coup, forcément entre lundi où je m'en suis occupé aujourd'hui, je pense qu'on a pris en charge elle a changé, parce qu'au fur et à mesure, j'ai compris comment fonctionnait le patient et là où je devais aller, enfin me placer, sans détériorer un peu nos échanges. Et il faut aussi que je lui fasse [...] plaisir. Enfin l'objectif ce n'est pas de plomber le moral, de la casser

Thibaut : bien sûr. [...]

Paul : enfin faut aller vers l'objectif qu'elle veut, mais qu'elle vienne avec moi plutôt que je la force [...] l'objectif, c'est de la faire marcher, de la rééduquer à fond et l'objectif, c'est qu'il est ce n'est pas que je la force que je la pousse à aller jusqu'au bout sans qu'elle ne le veuille. [...] Pardon, on est obligé de la forcer au début et après, c'est qu'elle nous suive et qu'elle soit d'accord [...] d'elle-même, elle nous dit qu'elles veulent faire et que ça ne lui pose pas de soucis.

Thibaut : Bah ce feedback, en gros cette communication cette réponse quoi, si on peut dire ça comme ça quoi. Ok. Tu parlais aussi, ton ressenti, et tes émotions. Bah, on est un métier où on travaille avec l'humain.

Paul : Ouais,

Thibaut : on perçoit les émotions des patients, mais aussi nous, on est amené à avoir des émotions. Est-ce que pour toi les émotions, c'est, tu arrives à peu près les gérer [...]

Paul : J'avais jamais eu de problème jusqu'à récemment. Honnêtement, j'avais jamais le problème dans le sens où je faisais la part des choses parce que ce que j'aime bien dans la réanimation [...] par exemple toi, un patient qui arrive chez nous ou je sais qu'on est vraiment 99 % du temps à aller au

bout des choses, à dire qu'on n'aurait pas pu faire mieux que ce qu'on a fait pour pouvoir essayer de lui sauver la vie, ça, c'est un des trucs que j'aime beaucoup.

Paul : Sans aller dans l'acharnement thérapeutique, mais on a été optimal à la fois quand un patient et qu'on sait qu'il va décéder, on va lui mettre des sédations profonde pour qu'il soit vraiment soulagé et tout ça, c'est qu'on a été optimal sur vraiment beaucoup de choses pour que lui soit confort, que la situation se passe au mieux pour la famille, pour lui. Et donc du coup, j'avais toujours ce truc là où me dire qu'on a fait du mieux qu'on pouvait avec tout ce qu'on avait et bah malheureusement, on n'a pas réussi. Bon, ça arrive, on s'est dit, mais jusqu'à récemment là, tu vois, c'est la petite jeune qui a 19 ans, qui a fait son purpura fulminans, et bah elle, enfin, tu peux demander à tout le service, elle a retourné les émotions de tout le monde. Je m'en suis occupé pendant très très longtemps, et forcément les émotions [...] J'ai connu plein d'émotions pour la première fois. Euh, par exemple, tu vois, quand ont faisaient ses pansements, quand elle était consciente, on lui mettait beaucoup d'antalgique, elle avait a vraiment des hautes doses, on lui fait en même temps du meopa et de l'hypnose parce qu'on as des infirmiers qui font de l'hypnose chez nous. [...] Et du coup, le fait de lui faire l'hypnose, ça a potentialisé toutes ses émotions à elle. Et en fait, pendant que l'on faisait ses pansements. Ce sont des pansements qui durent 4 h à peu près, et c'est, on a fait des montagnes russes, c'est-à-dire qu'on est passé sous des phases de rire de fou rire avec elle parce qu'elle blaguait, les échanges étaient plutôt cordiaux [...] même si la situation était compliquée et quelques minutes après... [...] Mais on était presque tous, honnêtement, à vouloir sortir de la chambre pour verser notre larme, parce que ce qu'elle nous sortait, c'était vraiment d'une violence, alors pas envers nous, hein, dans ce qu'elle vivait, hyper intense et donc du coup l'émotion-là qu'on vit enfin, ce sont les montagnes russes du coup. [...] Mais on était presque tous, honnêtement, à vouloir sortir de la chambre pour verser notre larme, parce que ce qu'elle nous sortait, c'était vraiment d'une violence, alors pas envers nous, hein, dans ce qu'elle vivait, hyper intense et donc du coup l'émotion-là qu'on vit enfin, ce sont les montagnes russes du coup.

Je trouve que forcément ça impacte le patient parce que tu vois, cette gêne, là par exemple sur les sédations, ça a impacté sur les sédations. Les émotions impactent sur la qualité des sédations. Parce que cette patiente-là, on doit la garder séditée pour pouvoir lui faire des pansements. Mais pendant les phases de non-sédation, fin de non-pansement, on devait la laisser consciente, intubée. Et en fait des fois, on ne la trouvait vraiment pas confortable et on le disait au médecin. En fait, au bout d'un moment, les médecins nous ont fait une réunion d'équipe en disant qu'elle avait des doses de cheval, hein, que l'on n'administre même pas une personne, aujourd'hui, je pense de 100,130 kilos. Ce sont vraiment des doses énormes. On était limite dans des doses dangereuses, mais avec ça, elle n'était pas forcément séditée. Pas forcément confortable, en fait elle ne paraissait pas forcément confortable et du coup à un moment, ils nous ont dit (les médecins) [...] peut-être qu'il faudra accepter toi qui fais des grimaces, faudra accepter qu'elle soit mal, sans que ça devienne atroce, mais il faut qu'on accepte

ce qu'elle nous renvoie sans pouvoir pour autant aller dans l'augmentation des médicaments de ses sédatifs et d'analgésiques parce qu'en fait, on arrive à des choses plutôt dangereuses. Et je pense que les émotions que toi... Pas forcément confortable, en fait elle ne paraissait pas forcément confortable et du coup à un moment, ils nous ont dit (les médecins) [...] peut-être qu'il faudra accepter toi qui fais des grimaces, faudra accepter qu'elle soit mal, sans que ça devienne atroce, mais il faut qu'on accepte ce qu'elle nous renvoie sans pouvoir pour autant aller dans l'augmentation des médicaments de ses sédatifs et d'analgésiques parce qu'en fait, on arrive à des choses plutôt dangereuses. Surtout quand ce sont des patients qui sont là très, très longtemps et qui prennent beaucoup de poids dans la galerie, dans le module. Elle prenait...

Thibaut : elle absorbait vraiment... [...]

Paul : mais tous les patients, tout le module. Donc, du coup, on en parlait beaucoup et les autres, on les oubliait un peu....

Thibaut : en même temps, c'est une situation qui est assez complexe [...] elle est jeune...

Paul : oui ! Et du coup, enfin, les émotions, elles ont eu un impact assez important, je pense dans la communication.

Thibaut : tu penses quand même que la communication, ce sont les émotions ont permis quand même d'entreprendre une relation avec ta patiente, et est-ce que tu penses [...] es-ce que vous avez jugés ça de manière adaptée ? (relation soignant-soigné) Où pensez vous que c'était peut-être trop ?

Paul : C'était bien de savoir enfin un moment, il faut savoir, je pense déjà couper parce que tu vois, moi, je n'en suis pas occupé là depuis plusieurs mois, plusieurs semaines, ça m'a fait plutôt du bien, mais je pense qu'il faut savoir aussi un moment de dire stop [...] dans l'échange qu'on peut avoir. Que des fois des moments où ça allait un peu trop loin dans la relation, on avait, il y a un moment où avec une collègue, on avait l'impression qu'elle avait plus une relation amicale avec nous et plus une relation soignant-soignée. [...] Même si on a dit à l'école qu'il ne faut pas que le soignant soit supérieur au soigné, tu vois, mais on sentait que la relation était plus de "soignants-soignés".

Thibaut : OK

Paul : parce que tous les 2, on commençait à la connaître depuis très longtemps.

Thibaut : Ben oui...

Paul : [...] par exemple, on la tutoie parce qu'elle est jeune donc on la tutoie et donc du coup tous ces échanges-là, on fait que y a peut-être des fois [...]. Il y a des fois on est allé un peu trop loin ou pas assez justement [...] alors ça n'a pas eu un gros impact sur la prise en charge [...]. Dans nos échanges et dans notre communication, je pense que c'était peut-être plus adapté et c'est pour ça qu'un moment les médecins nous ont fait une grande réunion de l'équipe, un staff, en disant...

Thibaut : un staff éthique peut-être ?

Paul : [...] Elle a pas été statué sur nos staff éthique justement, mais ils ont une réunion pour parler d'elle, juste pour recadrer les choses parce que, par exemple les médecins l'a voient 1h par jour à peu près et donc du coup eux-mêmes nous disaient que c'étaient facile pour eux c'est facile pour eux qu'ils la voyaient 1h, donc du coup ils ont pas autant d'échanges que nous du patient tu vois et donc ils sont pas aussi proches des patients que nous et donc du coup c'est plus facile pour eux de dire ça que nous [...].

Thibaut : ça a aidé aussi la prise en charge pour elle et aussi pour les soignants. L'équipe du coup...

Paul : oui, oui...

Thibaut : comme ça, prendre du recul et vraiment poser les bases de la prise en charge.

Thibaut : OK, très bien. Tu me parlais des patients intubés et sédatisés [...] comment accepterais-tu une communication avec un patient juste intubé ? [...]

Paul : quand je rentre dans la chambre, j'essaye de voir s'il dort ou pas, de le stimuler pour voir s'il est vraiment bien conscient, c'est-à-dire... c'est juste qu'ils dormaient après de sa nuit, tu vois ? Et après, je discutais avec lui juste en général... Bah juste le faite de lui dire "bonjour" quand on est le matin, je dis l'heure qu'il ainsi que le jour [...], tu vois par exemple pour essayer de recadrer dans le temps. Savoir juste comment ils vont passer une bonne nuit, s'ils ont des douleurs quelque part, qui soit bien installées ou pas bien installé [...] Dire de ce pourquoi je suis là, c'est à dire on va faire le tour de surveillance de 8h, passer des médicaments choses comme ça et à chaque fois qu'en général le truc des patients conscients, je leur explique à peu près tout ce que je fais, les aspirer, faire une glycémie, une température, enfin, je leurs explique pas, je leur dis juste bah ce que je vais vous faire...

Thibaut : des questions rapides, simples, et puis eux, ils te répondent comment ?

Paul : Eh ben la réponse...

Thibaut : comment tu les perçois ? (les réponses)

Paul : il y a des patients qui vont nous dire des choses... Moi ce que j'aime bien faire avec les patients pour que les choses soient faciles et c'est des fois compliqué, car eux ont du mal à comprendre, [...] c'est, je leur pose une question, très enfin fermée ou il me réponde juste par oui ou par non avec un signe de tête oui ou non. Donc, sur des questions très précises en général, si ce sont des questions qui vont m'apporter des informations importantes, vraiment sur de la douleur, il y a plein de questions fermées comme ça [...] je leur demande en fait très souvent, les gens me répondent en parlant de la bouche et ne font pas de signe de oui, non, tu vois ? Et ça, c'est une vraie difficulté et je me dis, mais des fois, je me dis que ce n'est pourtant pas compliqué ce que je leur demande. Mais en fait des fois [...] je sais pas, mais souvent les patients répondent bah oui non avec la bouche et pas signe de la tête ou par agacement, ils répondent sans vraiment répondre. Parce qu'ils sont énervés de ne pas pouvoir dire ce qu'ils veulent dire...

Thibaut : ouais...

Paul : et après bah ce que je leur demande, c'est des fois de s'ils peuvent le faire parce que chez nous, c'est compliqué aussi avec les patients qui ont des neuromyopathies, de me montrer s'il y a quelque chose, de me montrer avec le bout de leurs doigts. Es-ce que c'est sur eux ? Et dans ce cas, s'il y a un problème, il me montre la jambe, on va essayer de faire plein de questions, ce que l'on peut trouver au niveau des jambes, ça peut être froid, chaud, la douleur, une gêne, un picotement, envie d'avoir un pantalon [...] ou les pieds aussi. Bref, 15 000 possibilités.

Thibaut : oui bien sûr.

Paul : et après quand tout cela n'est pas possible, là, c'est compliqué quoi.

Thibaut : oui, après, ça dépend de la prise en charge. Tu peux poser la question. Tu peux poser des questions simples...

Paul : après que les questions simples soient posées, j'essaye de faire des questions plus ouvertes [...] mais on ne peut pas avoir un échange comme ça avec les patients conscient et intubé. C'est toujours compliqué, alors quand ils peuvent écrire et/ou avec un alphabet c'est toujours plus facile [...]

Thibaut : L'alphabet ?

Paul : C'est une feuille A4 où il y a toutes les lettres de l'alphabet et ils nous montrent avec leurs doigts tout simplement...

Thibaut : tu peux composer des mots...

Paul : donc ça, c'est facile, mais en fait-tout ça, écrire avec l'alphabet, cela demande du temps. Les patients quand ils ont été dans le coma pendant un mois ou deux, ils n'ont plus de force plus rien, ils peuvent avoir du mal à écrire, ça prend du temps, vraiment du temps. On peut passer des fois 20 minutes dans une chambre à essayer de comprendre quelque chose. [...] Moi j'essaie de prendre le temps un maximum, mais des fois, quand on sait qu'on a des patients qui sont très graves derrière, on va avoir plein d'exams, on a plein de choses à faire, on sait qu'on va passer la journée dans une dans la chambre du voisin parce que il va pas bien, et Ben des fois on a envie [...] déjà eu envie de partir en disant, Tant pis, mais, dans ces situations, ce que j'essaie de faire, c'est appeler ma collègue aide soignante qui est peut-être, un peu moins occupé, qui va pouvoir prendre le relais. En général, honnêtement, pour le moment, j'ai jamais quitté un patient sans savoir vraiment ce qu'il voulait...

Thibaut : mais ça peut arriver. [...] Mais après, tu peux prendre le relais par l'aide-soignante ça, c'est très bien et après y a des fois où vraiment ce n'est pas possible. Et faut réitérer et encore réitérer, essayer au maximum. Oui, il ne faut pas forcément avoir une réponse tout de suite parce que sinon la surcharge de travail. Bah, tu vas, tu vas prendre du retard et je sais qu'en réanimation ça va vite. Je comprends le côté où tu fais tes soins et que tu aimerais aussi prendre du temps avec eux quand même. [...]

Tu m'as déjà dit pas mal d'outils, je trouve...

Paul : et ben le week-end, j'ai eu la patiente, tu vois qu'on fait marcher. Sa mère est avec elle, essaie de discuter avec elle sur les alphabets-là, tu vois ? Sauf que sa mère ne comprend pas. Et du coup, je viens nous voir pour essayer de la comprendre, tu vois. Et y a ce facteur-là qui est compliqué où, des fois, je leur dis, alors elle me des fois elle monte le mot, je le comprends, mais je dis à la famille que moi, je ne peux pas rester pendant 1 h avec vous, d'essayer de traduire les mots que veut dire sa fille [...]

Thibaut : ça peut être compliqué aussi l'échange avec la famille. [...]

Paul : souvent, c'est la famille ou le patient est conscient et va vouloir parler. On essaye de sevrer le ventilateur, la famille arrive du coup, les patients vont s'énerver parce qu'ils vont vouloir alors s'énerver, ceux qui vont vouloir dans l'échange avec la famille. Et sauf que les familles vont les

stimuler à discuter, à faire plein de choses, et souvent, ça m'est arrivé d'avoir des patients qui se désapent du respirateur, qu'on doit re-sédater. Alors, est-ce que c'est la famille ? Enfin, il y a plein de facteurs possibles, mais des fois, on a des patients qui s'énervent vraiment et en fait, on les sent. Et quand la famille parle, les patients sont épuisés, les alarmes sonnent... Tu sens vraiment que la tension artérielle monte et en fait, on sent vraiment qu'ils essaient de discuter dans l'échange parce qu'ils sont contents de les voir forcément. Et la famille voit que le patient est conscient, même s'il est toujours intubé, et on envie vraiment de discuter avec eux. Mais honnêtement, la famille des fois peut rendre plus compliqués les échanges [...]

Thibaut : ouais, ça peut être un facteur qui vraiment impacte la prise en charge [...] être positif comme négatif.

Paul : il y a des patients avec qui ça va très bien se passer.

Thibaut : et le patient complètement sédaté. Toi comment tu communique avec lui ? Comment est-ce que tu communique ou pas ?

Paul : je pense que je communique moins. Et je pense que je communique encore moins que quand j'ai fait par exemple faisant fonction aide-soignant.

Thibaut : c'est-à-dire ?

Paul : [...] il y a un moment où au début, je leur disais vraiment bah tout ce que je faisais [...] je leur parlais comme si comme s'il allait chez quelqu'un et honnêtement, je pense que maintenant, je le fais moins, c'est même sûr que je le fais moins. Je leur dis juste ce que je leur fais. Je leur dis toujours bonjour, quel jour on est pardon... Des choses un peu bateau, mais qui sont importantes... Parce qu'on n'est jamais vraiment certain d'être totalement sédaté. Après, je dis tout ce que je fais, un moment où je vais les aspirer, toucher leur corps, par exemple, prendre une température, une glycémie, c'est des trucs comme ça, mais je ne vais pas rentrer dans des grands discours.

Thibaut : mais oui, mais après, ça peut s'expliquer par le boulot que tu as à faire aussi...

Paul : [...] c'est compliqué de ne pas avoir de feedback des fois, je trouve. Alors après moi, j'aime beaucoup parler, des fois, c'est compliqué...

Parce que j'aime bien avoir des échanges et je pense d'avoir des patients qui ne sont pas conscients, ça n'impacte en rien pris en charge hein, mais moi, j'aime bien avoir un échange et c'est de la réanimation. On a moins d'échange avec nos patients... Moins qu'avec un service classique, tu vois ?

Mais des fois que je fais, c'est que du coup, je mets de la musique en fond de la télé. Même s'ils sont inconscients et sédatisés, intubés [...] pour avoir un peu de vie dans leur chambre...

Thibaut : tu sens un peu le besoin d'avoir quelque chose, un bruit ou peut-être un fond sonore pour eux...

Paul : alors peut-être qu'au fond d'eux, ils n'aiment pas du tout, hein. Je ne le saurai jamais...

Thibaut : mais c'est peut-être pour toi, tu penses que ce serait mieux ?

Paul : oui, je pense que c'est ma représentation des choses.

Thibaut : oui voilà, mais ça peut se comprendre, mais ça peut totalement se comprendre.

Très bien. [...] Comment la collaboration et la communication entre tes pairs peut te permettre d'améliorer la prise en soin du patient ?

Paul : question large ! Alors là... Bah déjà, bon bah y a les temps de transmission entre l'équipe de jour et de nuit.

Paul : [...] on prend le temps de le faire. Même si, enfin techniquement sur notre temps de travail, on prend aussi sur notre temps personnel pour faire les transmissions... Mais nous, ce qu'on fait là, ce qu'on essaie de faire au maximum [...] mais c'est aller dans la chambre du patient. Alors ils y en ont qui le font d'autres qui ne le font pas, en général, quand c'est des transmissions qui sont très très rapides, on ne le fait pas. [...] Moi, je sais, j'aime bien le faire, c'est aller dans la chambre du patient et faire toutes les transmissions dans la chambre du patient. Souvent, je l'ai fait sur des patients qui sont inconscients et intubés... Mais pour des patients qui sont conscients tout court ou conscients intubés, il y a des choses que je n'ai pas forcément envie qu'ils entendent parce que c'est des interventions qui ne sont pas adaptées.

Du coup, je ne le fais pas. Mais du coup l'échange entre soignants peut se faire là.

[...] On a aussi des mini-staff le matin dans la galerie avec les médecins et toute l'équipe du module. Le staff de 9 h. Voilà, du coup, les médecins et nous (l'équipe paramédicale) échangeons. Et du coup [...] les échanges se font sur des prises en charge de patients alors c'est souvent sur des situations chez des patients qui vont bien. Finalement, nos collègues infirmières ne vont pas forcément rentrer dans les détails. [...] Les échanges sont surtout sur des entrées parce qu'on a besoin de plusieurs infirmiers ou des patients qui se dégradent très vite ou sur une urgence vitale. Et dans ces cas-là, on va se retrouver avec beaucoup de monde dans la chambre et c'est là où la communication va être importante.

Et c'est là où moi, j'aime qu'il y ait le moins de monde possible. Par exemple, dans une chambre en réanimation, un patient fait un arrêt cardiaque. Souvent moi ce que je fais, c'est d'autant plus important la journée parce que c'est pire que la nuit. [...] On ne doit pas être plus de 2-3 infirmiers dans la chambre au maximum. Déjà, souvent, en plus, il y a les internes, externes. Tout le monde arrive et en fait souvent il y a beaucoup de bruit parce que tout le monde parle dans tous les sens. C'est une situation qui est stressante. Du coup, on a plein d'informations qui vont dans tous les sens. Les médecins nous disent des choses vont dire quelque chose d'infirmier, l'interne va dire quelque chose à l'autre infirmier et des fois, on a des choses qui sont lancées comme ça, mais finalement, on n'a pas de ce fameux feedback là, donc ce que j'ai là, c'est vraiment le senior, que ce soit de jour ou de nuit, il dit aux gens de sortir, ceux qui n'ont pas besoin d'être la sorte de la chambre, et c'est lui qui dit quoi faire.

Enfin faut avoir le leader, quelqu'un qui doit faire le leadership et qui dit bah ce qu'il faut faire et comment le faire. Et je pense que ce qui est important après, c'est dans l'équipe de faire une fois qu'il t'a demandé quelque chose que tu l'as fait. Tu t'es mis à un poste en particulier. [...] Mais aussi de communiquer avec tes collègues infirmiers pour leur dire là où t'en es, ce que tu as fait et qu'eux te disent aussi pour savoir en fait ce qu'ils restent à faire. [...] Une intubation en général, on prend le temps, si ça va, si on a le temps de la faire. Intubation, ce n'est pas une urgence absolue de se dire toi, tu fais ça, tu fais ça, moi, je fais ça, moi, je fais ça... On se prépare avant en amont pour savoir exactement ce qu'on va faire [...] si le patient se dégrade ou si ça ne marche pas, on échange de place.

Thibaut : OK, chacun son poste.

Paul : En fait, chez nous, pour des entrées où des patients qui se dégradent, faut que les rôles sont bien définis au moment où il y a tous les infirmiers-là, faut prendre le temps genre une minute voire plus pour se dire qui fait quoi et comment on va le faire. Moi, pour moi, c'est là où il y a importance d'avoir l'interne ou le médecin qui a qui va prendre le leadership sur la situation qui va aussi impacter grandement cet échange là. Moi au fond de moi, c'est essentiel pour que les choses fonctionnent parce que ça arrive souvent où il y a par exemple, on dit à une personne de transfuser, mais il y a plein d'autres informations qui sont données. Et puis l'infirmier qui s'occupe du patient n'est pas au courant, sur des bilans sanguins qui sont affaires rapidement, des antibiotiques qui sont mis, des médicaments qui sont lancés sur le patient. On n'est pas au courant quand la situation se termine bah, on se dit pourquoi cela a été fait, ça a vraiment été fait ? Comment ça été fait ? A quelle heure ? [...]

Thibaut : ouais, et puis même pour celui qui prend en charge le patient, dire que ça a été fait.

Paul : [...] des fois, tu as déjà des collègues avec qui ça va forcément bien fonctionner au début parce que t'as travaillé de la même façon. [...] Donc tu sais un peu comment ils vont réagir et comment ils

vont travailler dans ces cas-là, je trouve, ça va être plus facile. Et il y a d'autres collègues que tu connais un peu moins où ça va être plus compliqué. Du coup, l'échange va forcément être un peu plus compliqué. Et bah, du coup, on peut avoir des problèmes personnels [...] on n'a pas envie, on est un peu ronchon. On a plein de facteurs qui font que la communication est altérée. C'est pour ça que c'est important d'essayer de mettre de côté ça quand t'arrives...

Thibaut : c'est difficile, c'est compliqué... C'est déjà un environnement assez difficile à vivre et faut prendre sur toi.

Paul : ce qui peut être compliqué chez nous, c'est que la charge mentale est lourde. C'est-à-dire qu'on a plein de choses à faire, plein de choses à penser. Je trouve que quand on a des patients qui arrivent et qui se dégradent très vite, on a pas mal de choses à penser, vraiment d'une intensité extrêmement forte, et si justement, on ne communiquait pas entre nous pour dire qui fait quoi, comment on le fait, forcément, il y aura des choses qui vont passer à la trappe.

Thibaut : et ça peut être dangereux pour le patient.

Paul : ça va avoir un impact sur la prise en charge du patient, donc tu vois, typiquement, un choc septique, on aime bien faire les prélèvements infectieux pendant que l'autre collègue prépare l'antibiotique. Pour X raison des fois, on communique mal et l'antibiotique est posé avant donc du coup ça peut avoir un impact sur les résultats ou des antibiotiques qui sont posés plus tard parce qu'il y a eu des interruptions de tâches aussi. C'est extrêmement important.

Cela peut avoir un énorme impact sur la prise en charge. [...] On intube un malade qui est grave et puis y a un autre patient qui se dégrade en même temps, qui s'est extubé, ça m'est arrivé plusieurs fois... Du coup, on est tous dans la chambre, tout est cadré et puis là d'un coup y a un facteur déclenchant qui fait que tout ça part vite en cacahuète. [...]

Thibaut : ouais, je vois à peu près, je vois ce que tu viens de dire. [...] Juste une dernière chose.

Communiquer, c'est prendre soin du patient ?

Paul : bah oui, communiquer ici est super important, c'est même la base, pour moi, de notre métier. Communiquez avec son patient, communiquez entre nous entre soignants, je pense que c'est important... Communiquer avec son patient peut avoir un impact forcément sur son moral, sur les aspects psychologiques pour lui. [...] Communiquer avec la famille, c'est super important parce que la famille, elle peut vite être... Problématique... Ce n'est pas le bon mot...

Thibaut : Peut être absorbé par la situation...

Paul : des fois la famille, elle peut, ça peut vite compliqué à gérer parce que l'angoisse de la situation, il panique et je pense que communiquer clairement avec eux et poser les choses clairement dès le début avec eux, ça peut bien fonctionner. Et donc du coup ça a un impact aussi sur le patient parce que la famille sera moins anxieuse, plus dans la compréhension de ce qui se passe. [...] Le truc bête, c'est que les premières visites, des patients qui sont, qui sont arrivés intubés, qui sont graves ou pas grave [...] ce que j'aime bien faire surtout la nuit parce que je n'ai pas le temps, j'aime bien moi, juste infirmier et avec l'aide-soignant, les prendre dans une pièce à part dans le salon des familles ou juste avant d'entrée dans le module, je leur explique tout ce qu'il y a dans la chambre. Dans quel état est leur proche, ce qu'ils vont trouver dans la chambre, la sonde d'intubation elle est dans la bouche et elle sert à ça. Juste pour limiter l'impact qu'ils vont avoir. Enfin, tu sais cette première vision qui va avoir du service, de la chambre de réanimation. Moi quand je suis arrivé pour la première fois, j'ai trouvé ça hyper angoissant parce qu'il y a plein de choses qu'on ne connaît pas. [...]

VI : Entretien retranscrit n°2 : Eric

Thibaut : Bonjour Eric...

Eric : Salut Thibaut !

Thibaut : je t'interroge dans le cadre de mon MIRSI, je vais te poser des questions, n'hésite pas, t'es pas obligé de répondre, c'est libre à toi.

Alors du coup, je vais te poser la question, est-ce que tu peux te présenter ? Ainsi que des années d'expérience au sein de ton service.

Eric : Oui, Ben oui, oui, c'est Eric, infirmier depuis 2005.

Thibaut : OK que de la réanimation médicale ?

Eric : ouais, c'est ça. J'ai fait des stages un peu partout, notamment en réanimation et c'est ça qui m'a donné envie de postuler ici. Ouais surtout dans un CHU où on apprend énormément. Donc, voilà pourquoi je suis là.

Thibaut : ouais, tu as fait un stage ici en réanimation médicale ?

Eric : ce n'était pas ici, c'était, j'avais fait les stages, moi, j'ai fait l'école sur ***** et du coup, j'avais fait les stages à *****, un stage en réanimation, ça m'avait bien plu et j'avais fait mon stage pré-pro à Saint-Malo, à la réanimation polyvalente du CH à Saint-Malo, sur 3 mois et donc c'est là que ça a confirmé mon projet pro voilà. Ouais, et puis j'ai été repris là-bas aussi, ainsi qu'ici, je préférerais venir au CHU. Et voilà...

Thibaut : donc tu avais fait 11 ans de nuit et là combien d'années de jour ?

Eric : 6, 7 ans de jours ouais... 11 ans (de nuit) par choix professionnel et personnel parce que voilà... Mon épouse travaille aussi de nuit. Du coup pour les enfants, au début, c'était vraiment pour... Professionnel parce que ça me garantissait un poste ici. Et puis après c'était par choix aussi parce que ça me plaisait la nuit, c'était vraiment très très bien et puis pour les enfants aussi ça conjugue bien aussi avec la vie perso, ça allait bien. Mais au bout de 10 ans, ça commence à devenir un petit peu dur.

Thibaut : ce n'est vrai que 11 ans de nuit.

Eric : et puis voilà, il fallait un peu de renouveau pour relancer la machine... Passage de jour, c'est très bien, surtout sur un CHU du coup, on apprend beaucoup de choses.

Thibaut : [...] pourquoi la réanimation et pas un autre service ?

Eric : principalement, parce que le nombre de patients est restreint. Ça, c'était le critère numéro un parce que j'ai pu faire des services en stage. Bah, comme tout le monde, on a 10, 15, 20 patients dans le privé des fois, et ça, c'était impossible quoi. L'impression de ne pas connaître ses malades, ses patients. Ne pas réussir à remettre un visage à la fin de la journée quand il fait les transmissions, ce n'était pas....

Thibaut : ce n'était pas possible pour toi en fait ?

Eric : Ouais. Mauvaise expérience en clinique, tout début de mon DE en intérim à Laval. On m'avait donné une patiente, une jeune patiente, 18 ans pour péritonite. Dans la chambre, on avait pas prévenu et heureusement, c'est la maman qui est venue me chercher dans l'après-midi. Il faut me prévenir qu'elle était là, en fait, je ne l'avais pas vu. Moi, j'ai du mal à prendre en charge plusieurs patients quand on en a 15, 20... Le nombre restreint de patients, ça a été un des critères très importants. Et puis de le prendre du coup en charge A à Z (le patient de réanimation) ça aussi c'est quelque chose que j'apprécie. En allant du Nursing jusqu'aux soins infirmiers. Pouvoir plonger vraiment dans les pathologies du coup et comprendre ce qui se passe. Parce que avec 23 patients, on a quand même le temps de refaire l'histoire avec les médecins, donc je parlais du CHU tout à l'heure, c'est important avec les internes tout ça on apprend beaucoup de choses et du coup beaucoup d'explications sont données aux internes, aux externes et du coup on peut profiter de cet apport là pour bien comprendre la pathologie du patient.

Et puis après, il y a le travail dans l'urgence, aussi, qui est difficile, mais super intéressant...

Thibaut : stimulant aussi pour toi !

Eric : ouais et donc ce sont des choses qu'on ne voit pas au quotidien, mais régulièrement. [...] Et puis le côté technique aussi forcément, qui fait que... Beaucoup de gestes [...] par rapport à des services traditionnels et donc.... Ça, ça nous plaît particulièrement aussi.

Thibaut : ok, beaucoup de techniques...

Eric : et il y a beaucoup de collaboration avec l'équipe. Ouais, une équipe vraiment complète autour du patient : AS, Infirmiers, kiné, l'équipe médicale, qui peut être, qui est très importante... [...]. Et

puis y' a quand même, bah, on en parlait, je suppose ! Tout le côté relationnel avec le patient, même si c'est un patient de réanimation, ce n'est pas que des patients endormis. Il y a quand même un côté relationnel qui est ultra important pour tous nos patients, donc ça, c'est plus, on a, même si on a des journées de travail plutôt chargées, ça dépend des périodes. On a quand même du temps à consacrer aux patients et ça fait partie aussi des choses de pourquoi je suis là...

Thibaut : tu as du temps à accorder, tu veux dire ? À accorder plus de temps pour toi, c'est quoi accorder plus de temps pour ?...

Eric : eh Ben pour discuter, ouais, discuter. Prendre le temps de faire les soins, donc tous les soins, soit le nursing, les soins techniques, pendant ce temps-là, on peut discuter avec le patient et ça, c'est important, on a 2 voire 3 patients, on a quand même largement le temps dans la journée de prendre un temps là-dessus. Et avec les familles aussi. Principalement, l'après-midi, c'est des moments où on a un peu plus de creux... On a le temps de prendre le temps avec la famille et le patient dans la chambre et ça, c'est... Ils le disent beaucoup, hein, les, les familles [...] c'est appréciable pour eux ces moments-là. Dans les services traditionnels, pas le temps, tu passes d'un bout de couloir, la course, c'est la course, ce n'est pas possible ça.... Moi, je ne peux pas, je n'y arrive pas.

Thibaut : mais c'est vrai que tu le dis bien, ouais, c'est bien de prendre le temps pour la prise en soin, avec tes 3 patients que tu as en charge. Hein, c'est bien, c'est bien clair en tout cas. Du coup pour quelqu'un qui ne connaît pas la réanimation, est-ce que tu pourrais me décrire la réanimation sans parler des patients pour l'instant, l'environnement de ton travail ?

Eric : c'est un environnement qui peut être bruyant, qu'il est moins depuis peu parce qu'il y a eu un gros travail sur les alarmes, donc c'est un peu moins brillant dans le module où on travaille [...] entre nous, on parle de modules, c'est là où on passe la plupart de temps dans notre journée où ça regroupe chez nous, donc 8 chambres de réanimation. Et donc on a un "central" et les chambres autour, donc tout gravite autour du "central".

Et donc c'est un environnement quand même qui peut être relativement bruyant avec les alarmes. Voilà, après je sais pas trop vraiment ce que tu veux, si tu veux plus de détails sur des choses particulières...

Thibaut : c'est-à-dire, tu disais l'environnement sonore qui est assez bruyant. [...] Vous avez fait des recherches dans le service ?

Eric : il y a eu effectivement des études et puis un travail en partenariat avec Philips qui est notre fournisseur de scopes pour faire un relevé sur toutes les alarmes qu'il peut y avoir sur une journée. Et

donc ça a été fait sur plusieurs semaines et du coup un travail derrière qui a été fait sur l'intensité des alarmes et la pertinence des alarmes [...] et le réglage des alarmes. Parce qu'on se rend compte qu'il y a plein d'armes inutiles donc un gros travail qui a été fait par les collègues là-dessus et donc le représentant de chez Philips, et ça se traduit dans l'environnement de la réanimation ici en tout cas par vraiment beaucoup moins d'alarmes, beaucoup moins d'interruption de tâches du coup, et un environnement plus serein, plus apaisé, autant pour nous que pour le patient.

Thibaut : voilà, tu dis des choses vraiment très intéressantes. Un lieu plus apaisé pour le patient et pour vous. [...] Les bénéfiques, si tu peux me détailler un peu plus des bénéfiques. En quoi réduire toutes tes alarmes ou au moins juste ce dont tu as besoin te permet vraiment d'être bénéfique pour toi et pour le patient ?

Eric : Ben pour nous, parce que c'est source de stress, forcément des alarmes qui sonnent tout le temps, c'est une grosse source de stress, une inquiétude. Du coup, on est beaucoup nettement moins serein, nettement moins concentré sur les tâches qu'on a à faire sur la communication avec le patient aussi. Le gros truc, ce sont surtout les interruptions de tâches. Parce que forcément, quand ça sonne, il faut aller voir donc là, c'est autant, tu peux être avec le patient pour discuter. Tu peux te faire un soin à préparer les drogues, médicaments et du coup, on est sans arrêt coupé quoi. Et ça, ce sont vraiment tous les services, hein, de toute façon, l'interruption de tâches, c'est vraiment quelque chose de lourd mentalement et ça demande beaucoup de concentration et c'est répercutant sur le personnel et du coup sur le patient parce que, t'as l'impression par plein de moments de le laisser tomber en fait et de partir comme ça et tu ne reviens pas tout de suite et du coup t'es coupé, dans ce que tu fais avec lui. Ce travail-là, c'était forcément bénéfique pour le patient parce que c'est un environnement beaucoup moins du coup sonore, notamment la nuit. Du moment où on est censé privilégier le sommeil pour nos patients qui, je rappelle, ne dorment pas tous (parle des patients sédatisés.) ! C'est sûr ! Donc, pour eux, c'est quand même un gain de confort, je pense...

[...] C'est quand même nettement mieux. Mais je pense que c'est un environnement plus serein pour eux, moins source de stress. Forcément, quand on est branché à des tuyaux, qu'on entend que ça sonne de façon stridente sans arrêt, je suppose que ça n'aide pas au confort et à être serein !...

Thibaut : et aussi peut-être aussi aux familles.

Eric : ouais, tout à fait. Oui, parce que c'est les premiers à s'interroger dès que ça sonne jaune, alors quand on dit jaune, c'est intermittent, c'est rouge, c'est fort et strident. Forcément, c'est une source d'inquiétude pour eux. Tout de suite, c'est que ça ne va pas, donc c'est les premiers à s'inquiéter. Du coup à faire stresser aussi le patient à venir nous chercher donc à nous interrompre. Voilà, donc c'est

ça, c'est le chat qui se mord la queue hein, ça me fait. C'est une bonne chose, une très bonne chose qui a été faite là-dessus.

Thibaut : très bien et du coup [...] tu as fait tes débuts en réanimation pour toi, l'approche du patient [...] tout d'abord ventiler avec une sonde d'intubation... Comment t'as pu appréhender cette prise en charge ? Et maintenant aujourd'hui ? Où t'en es ? Comment tu te sens ?

Eric : je ne me cache pas qu'au début, c'était la technique avant tout ! Les soins avant tout, la relation secondairement. Ça va à plus ou moins grande échelle. C'est-à-dire ça pourrait très bien être à l'échelle d'un tour de surveillance, d'ailleurs j'étais plutôt focus sur ce que j'avais à faire ? Quels médicaments j'allais passer ? Qu'est-ce que j'ai à faire ? Et s'il me reste du temps, je peux prendre du temps avec le patient. Parce que jeune DE, c'est tellement stressant qu'il faut au début prioriser ! J'ai plus ou moins grande échelle parce que ça, à l'échelle d'un tour de surveillance et c'est aussi à l'échelle sur plusieurs années, c'est-à-dire... j'ai vu petit à petit [...] avec la connaissance de l'environnement et des soins, tout ça m'a permis d'accorder moins de concentration aux soins techniques, à la préparation des médicaments, des choses qu'on maîtrise un peu mieux et du coup on peut-on peut se permettre d'axer plus sur la communication, sur le prendre soin et donc ça, c'est à dire pas forcément jeter tout de suite sur la seringue qui est à préparer, se jeter sur le pansement qui est à faire, c'est-à-dire prendre le temps d'amener les choses et discuter avec le patient, de le mettre en confiance et surtout continuer à discuter pendant les soins, ça c'est super important, chose que maintenant je fais plus facilement et de manière plus aisée, c'est sûr. Et je pense que c'est un confort pour le patient qui n'a pas de prix parce que finalement, je pense qu'il s'évade quelque part aussi, quand on parle d'autres choses que la réanimation. Moi, j'aime bien. Tout de suite, leur donner d'où ils viennent, tout ça, ce qu'ils font dans la vie de tous les jours, leur passe-temps comme ça. Très vite, on sait ce qui est leur centre d'intérêt. Et puis du coup, j'essaie d'embrayer là-dessus pendant les soins et comme ça ne se rend pas compte de ce qu'on fait aussi, ça les fait s'évader.

Et ça, c'est quelque chose que pour moi, c'était très difficile au début. Parce que voilà axé sur la technique, sur ce qui est à faire sur le plan de soins...

Thibaut : tout à apprendre aussi sur ton positionnement...

Eric : bah oui, ça demande tellement de concentration au début... [...] Et puis la relation avec le patient, c'est ultra important, pour autant ce n'est pas tracé dans le plan de soins et voilà. Si mon antibiotique n'est pas fait, je vais me faire taper sur les doigts, si je n'ai pas parlé aux patients, je n'aurais rien à me reprocher...

Thibaut : oui...

Eric : donc, au début, c'est ça... Et puis le fait d'être à l'aise ensuite permet de voir ces priorités, tout en assurant forcément ses soins premiers...

Thibaut : Et le patient sédaté, curarisé ? Comment tu te sentais au début et maintenant comment tu prends en charge un patient aujourd'hui qui est inconscient et qui te on va dire, théoriquement le feedback, tu sais le retour et qui rend pas de retour autour.

Eric : aucun retour oui...

Thibaut : comment tu te sens par rapport à ça ?

Eric : j'ai une position plutôt claire là-dessus, je ne sais pas si je fais bien les choses, je pars du principe que le patient peut m'entendre et peut comprendre ce que je dis. Donc je vais aller expliquer forcément tous les soins que je vais faire, surtout ceux qui impactent, qui impliquent le toucher et éventuellement ce qui peut induire des douleurs des soins qui ne sont pas forcément agréables. Je vais forcément aller expliquer à ce patient-là ce que je vais faire. Après, je ne te cache pas que moi la communication, ensuite, s'arrête un petit peu là... [...] J'ai quand même des mots rassurants sur autre chose, sur par exemple l'entourage qui peut avoir la famille, s'il a eu de la visite, la veille et le matin s'il a eu un coup de fil de la famille pour prendre des nouvelles. Donc ça, j'essaye de le dire aussi. Mais j'axe surtout sur l'avertissement aux soins et expliquer les soins surtout ça... Que si jamais il ressent les choses, s'il comprend ce que je dis, puisse anticiper ces soins-là, dans sa tête aussi et comprendre aussi ce qu'il faut ressentir, au toucher, tout ça, les douleurs, les mettre en lien avec ce que ce qui fait à ce moment-là.

Thibaut : ça te permet peut-être de ne pas oublier que c'est quelqu'un, un humain.

Eric : oui, on peut dire ça. De façon sous-entendue [...] enfin, personnellement, je l'oublie jamais... [...] Mais ça peut aider effectivement à se rappeler que ce n'est pas qu'un corps inanimé, peut-être une conscience aussi encore préservée. Complètement, on ne sait pas. Enfin, c'est difficile de savoir si le patient nous entend quand on n'a pas de retour comme ça. [...]

On a des retours de patients ensuite sont très peu nombreux, hein, c'est plutôt rare. On a quelques retours des patients qui sont endormis tout ça. Donc il y a un peu de tout, hein ? Les gens qui se rappellent plus de rien la plupart du temps, c'est ça. Il y a des gens quand même qui se rappellent avoir entendu des voix qui reconnaissent des voix à la suite quand on les réveille. Ça c'est arrivé aussi, donc ça, ça prouve bien que si on avait pas de retour, c'est important de l'expliquer les choses et continuer de communiquer. Ouais.

Thibaut : très bien. Bon bah, déjà, tu m'avais dit beaucoup de choses intéressantes par rapport aussi donc l'environnement sonore qui peut impacter peut être une communication. Et la famille aussi, peut-être un obstacle à la communication donc est-ce que tu aurais des obstacles à me dire sur comment tu vas dans ta communication avec ton patient ?

Eric : par rapport à la famille, tu veux dire ?

Cela peut être un obstacle. [...] Ouais c'est pas souvent pour moi, ça peut arriver, des fois on va pour ça sur des personnalités un peu envahissantes lors des visites ou effectivement la famille peut prendre un peu le dessus sur la conversation et du coup pas laisser le temps au patient de répondre et tout comme ça. Après, ce sont des traits courts dans la journée. Et donc du coup ce n'est pas forcément un impact très important sur la relation qu'on peut avoir. Patience, la visite en général, c'est une demi-heure, une heure, donc sur l'ensemble de la journée ce n'est pas trop pénalisant. Mais c'est un moment où on apprend pas mal de choses aussi souvent avec les familles et on peut comprendre pas mal de choses aussi. Du coup, on va apprendre pas mal de choses sur le mode de vie du patient, tout ça, donc c'est, c'est des moments intéressants. L'échange avec les familles. C'est surtout bénéfique pour eux, parce qu'ils comprennent forcément plein de choses. Ils sont dans ce genre de plein de questions qui se posent et c'est ce qui est légitime par rapport à toutes nos machines thérapeutiques, tout ça. Les positions des patients, tout ça donc, ils ont souvent plein de questions et on essaie de prendre le temps.

Thibaut : beaucoup de temps

Eric : Ben ouais, ça peut prendre beaucoup de temps selon les familles, effectivement, ça peut être chronophage. Ouais, mais encore une fois, ce sont les visites, ça ne représente pas une grosse partie de temps dans la journée donc [...] c'est souvent, c'est l'après-midi. C'est ce qu'on essaie de dire, une unité qui est ouverte visite h 24. Mais du coup, on essaie, on les oriente plus sur l'après-midi parce que c'est à un moment en général, on a quand même du temps à leur consacrer. Les plus gros soins sont déjà faits sauf si urgence, mais on a du temps à leur consacrer l'après-midi normalement, oui.

Thibaut : du fait des tours des soins qui sont beaucoup plus conséquents, plus le matin.

Eric : ouais, c'est ça. Le matin, c'est consacré. Enfin y a toute la partie nursing qui est assez importante avec les toilettes [...]. Il y a la visite du médecin le matin, donc c'est forcément ça se fait au lit du malade donc ça peut prendre du temps, euh. Et puis on a tous nos soins, les pansements, tout ça, les soins quotidiens qu'on a à faire. On essaye de concentrer ça sur la matinée pour que l'après-midi, on ait plus de soins, entre guillemets...

Thibaut : être disponible.

Eric : ouais, être disponible pour les patients, avoir juste des tours de surveillance. Et souvent, moi, j'essaie de profiter, je ne mets pas forcément les familles en dehors de la chambre lors des tours de surveillance, il y a des choses, s'il n'y a pas de chose, comme une prise de sang, une chose comme ça...

Thibaut : tu les inclus.

Eric : ouais, j'essaie de les inclure dedans. Et puis de profiter de ce moment-là pour discuter du coup. Mais bon après, c'est un cas par cas hein.

Thibaut : oui bien sûr.

Eric : selon la famille, selon les âges, des gens qui viennent aussi.

Thibaut : je vois que ce n'est pas quelque chose qui empêcherait de communiquer ou alors de même de prendre soin de ton patient. Je trouve que c'est vrai qu'avec l'expérience, ça t'a permis d'être beaucoup plus à l'aise avec les familles et ce que dit oui t'es au début.

Eric : oui, c'est compliqué, c'est compliqué au début d'une parce qu'une méconnaissance des pathologies, des traitements, aussi du regard sur l'évolution en réanimation aussi, différentes étapes de la guérison. La guérison, il n'y a pas, malheureusement que des guérisons et on peut aller jusqu'à des fois la mort, forcément assez régulièrement, mais voilà, ça soit dans un sens ou dans l'autre, il y a différentes étapes et au début on les maîtrise pas spécialement donc on a peu de réponses au début à leur apporter aux familles et aux patients aussi hein. Quand ils ont des questions là-dessus et forcément avec l'expérience, on a de plus en plus quoi... Avec les traitements, expliquer les différentes étapes du sevrage médicamenteux, ensuite le sevrage respiratoire. Choses en réanimation médicale, on a beaucoup de ça. Le sevrage médicamenteux, respiratoire, c'est une grosse partie du boulot. Leur expliquer ces différentes étapes-là pour qu'ils appréhendent mieux la suite et qu'ils comprennent mieux aussi les choses, hein ? Pourquoi le patient est encore intubé alors qu'il est réveillé à ça ? C'est difficile, hein ? Dans le Grès Anatomy. Quoi, on leur enlève le tube Hein ? Direct !

Thibaut : ce n'est pas la même chose et c'est un peu plus long !

Eric : c'est plus compliqué que ça et ça les gens comprennent pas et donc et ça, tu fais avec l'expérience, on peut leur expliquer, on n'a pas besoin d'attendre de forcément l'entretien avec le

médecin pour apporter les réponses, on n'a pas réponse à tout, hein ? Forcément, mais bien souvent, on arrive à s'en sortir quand même. Je pense qu'on est, on essaie d'être à la hauteur de leur espérance par rapport à ça. Après, si ça dépend des cas aussi, hein, les pathologies qu'on ne maîtrise pas et que l'on trouve plus rares. On n'est pas médecin non plus hein, donc on ne peut pas avoir réponse à tout, mais forcément l'expérience faite qu'on est de plus en plus à l'aise. Et c'est une composante indispensable, la réponse qu'attendent les familles ? Quoi ?

Thibaut : après, je pense que tu arrives bien ? Si tu n'as pas de réponse à leurs questions, tu délègues peut-être à ton collègue qui est beaucoup plus expérimenté, ou peut-être au médecin.

Eric : c'est surtout le médecin effectivement, ça peut être aussi les collègues hein, parce que ça peut être le kiné, les aides-soignants aussi, qu'on peut aller le voir si on a des questions plus basées sur l'hygiène du patient les choses comme ça et mais c'est bien souvent avec les familles, c'est plus des tâches qu'ils attendent où là, on ne peut pas répondre, c'est des choses plus médicales. Ouais. D'éventuels examens complémentaires, par exemple, qui à qui restera à faire, certains résultats aussi sur des bactéries, ils veulent les noms des bactéries, des trucs comme ça. Mais voilà, on sait très bien et des fois qu'il ne faut pas trop s'embourber dans des réponses, ouais, vaut mieux botter un petit peu en touche et puis surtout, ça restait à sa place. Et puis, on dirige plus facilement vers le médecin. Mais je pense que des fois, on sent bien qu'un entretien médical va être nécessaire pour recadrer un peu les choses ou pour faire un point plus précis. Oui, parce que y a eu des évolutions en sens ou dans un autre. C'est sûr qu'il faut, ça sert à rien de s'enliser dans des explications où on sent qu'on ne va pas s'en sortir.

Thibaut : c'est mieux pour toi, et même pour la famille ou le patient.

Eric : faut rester crédible. Pour l'image du service et puis pour aussi l'image qu'on voit nous-mêmes, mais surtout garder la confiance que peuvent avoir les familles envers nous, il faut savoir dire aussi, je ne sais pas. Et puis dire, Ben ça, on pourra l'aborder un peu plus tard avec le médecin si vous voulez.

Thibaut : il y a un soutien quand même a entre collègues, qui peuvent être bien sûr des situations de communication compliquée.

Eric : Ben oui, on a tous nos domaines aussi de prédilection. Ouais, et des choses qu'on maîtrise un peu moins bien. Il ne faut pas hésiter à appeler au secours. Les collègues sur des choses qu'on ne maîtrise pas. Ça, là, c'est, on est humain aussi hein.

Thibaut : du coup, t'as eu des situations, une peut être, une situation qui t'a marqué, sur toute ta carrière ?

Eric : il y en a eu plusieurs, forcément. oui c'est eu plusieurs...

Thibaut : [...] si tu pouvais me dire une situation où la communication avec ton patient était difficile et ton positionnement vis-à-vis de ça ? [...] T'as le temps de réfléchir parce que ouais, beaucoup de situations.

Eric : ouais oui oui... [...] C'est sur des situations que tu te sens impuissant par rapport à la communication parce que c'est compliqué quand les gens sont intubés, alors moi les lectures sur les lèvres ce n'est pas mon fort. En plus, donc c'est difficile, ça devient un peu plus simple quand tu commences à connaître le patient quand on est là plusieurs jours, voilà...

Thibaut : les habitudes de vie...

Eric : oui tout ça, et de la connaissance du patient. On commence à savoir ce qu'ils veulent. Les demandes qui deviennent un peu récurrentes, tout ça, c'est un peu plus facile. On commence à avoir des moyens qui font aussi que je ne sais pas si on parle de ça, mais là, on avait ce qu'on appelle le Tracking eyes... C'était la tablette-là, qui permet de communiquer avec les yeux... Je sais plus comment ça s'appelle. Ce n'est pas Tracking eyes ah non ce n'est pas ça, je sais plus... Ouais, c'est une tablette qui enfin un écran en fait qui suit le mouvement oculaire et qui avec l'alphabet. Du coup, ça permet de voir quelle lettre le patient regarde et du coup avec un peu d'habitude et d'exercice, il arrive à formuler des phrases quoi, et ça, c'est génial pour la communication. C'est des gens qui sont trachéotomisés, qui sont intubés, qui ne peuvent pas parler du tout. C'est encore quelque chose qui est un peu à l'étude chez nous, ce n'est pas généraliser du tout ça. Ce sont plus des gens qui font partie des essais qui avaient ça et c'est top... C'est topissime pour la communication. Tu peux avoir une conversation, quoi.

Thibaut : [...] c'est une tablette que tu as dans le service ?

Eric : non, c'est en lien avec les gens de la rééducation qu'il y avait ça et c'est même, j'ai une tablette, mais c'est un écran LCD hein 80 cm.

Thibaut : ah oui !

Eric : oui, c'est sur pied sur roulette qu'on place devant le patient. C'est une histoire de calibration à faire une fois après nous, on s'en occupait plus, mais du coup vraiment en suivant les yeux, je ne sais pas les techniques et exacte comment ça marchait...

Thibaut : mais ça te permettait de construire des phrases. [...]

Eric : on parlait du coup, faisait des mots, lettre par lettre, puis des phrases quoi. Et après ça va une fois que le patient a capté le truc, ça va vite quoi, ça va vite et pour la communication, c'est top !

Thibaut : c'est un outil qui l'a forcément appris à utiliser et du coup ça, c'est un gain de temps en fait à des situations où peut-être. Des fois, la communication est impossible et du coup, on essaie de trouver le problème et quand quelqu'un est intubé, c'est difficile de savoir où il a mal.

Eric : bah oui tout à fait.

Thibaut : par exemple pour quelqu'un qui est intubé et qui ne sait pas trop comment s'exprimer, et toi, tu mets quoi en place dans la recherche de réponse ?

Eric : Ben, la plupart du temps, si vraiment, on n'arrive pas à comprendre ce qu'il dit sur là, avec la lecture des lèvres, tout ça, les gestes aussi parce qu'on a certains patients peuvent faire des gestes aussi, hein, mais d'autres ne peuvent plus non plus aussi, ça, c'est encore différent selon les gens qu'on qui est, qu'on réveille, qu'ont des neuropathies de réanimation, qui ne peuvent plus bouger du tout. Bah, là, c'est encore plus compliqué pour la communiquer et puis les gestes qui accompagnent et qui montrent aussi qu'il y a des gens qui sont, faut en dire, qu'y a des gens qui se réveillent, qui sont limite paralysée en fait hein. Donc il y a plus que le regard, les lèvres qui fonctionnent du mouvement des lèvres. Et bah, dans ces cas-là, on essaie d'établir un code quoi, hein... Un geste pour un oui, un geste pour un non. Ouais, souvent, c'est les yeux avec l'ouverture, la fermeture des yeux et puis on pose tout plein de questions. Alors avec l'habitude, on sait souvent ce qui revient le plus, les choses assez basiques, les gens qui se réveillent et qui sont intubés, ils ont soif, ça, c'est sûr, on ne va pas forcément commencer par ça, mais ça fait partie des questions qui vont être assez rapides. Ouais, ça va être les douleurs s'ils y ont mal. Et puis si c'est oui, c'est chercher la localisation et après ça voilà, c'est un petit travail d'enquêteur forcément...

Thibaut : oui, mais avec l'expérience ça t'aide.

Eric : c'est voilà, mais avec l'expérience ça aide puisqu'on sait très bien les choses qui vont venir très vite sur le tapis hein. Et c'est ouais, c'est souvent un jeu de devinettes, quoi.

Thibaut : après, est-ce que tu as d'autres outils que tu utilises par exemple ? Ton collègue me parlait facilement des ardoises.

Eric : on a des ardoises pour les gens qui n'ont pas de neuropathies et qui peuvent écrire... Ce n'est pas la majorité quand même. On a aussi des alphabets sur papier. Euh, qui permettent de pointer du doigt les lettres et puis d'en reconstituer des mots, puis des phrases. Alors, c'est pour ces chronophages hein, ça prend du temps, forcément, ça prend du temps, mais ce sont des outils qu'on a aussi. Qu'est-ce qu'on a d'autres autrement, ce sont principalement ceux-là.... Après, c'est pour les gens aussi qui ne comprennent pas le français forcément, mais c'est encore une autre problématique, hein, une langue étrangère, les outils avec des dessins pour qu'on se comprend par le dessin plutôt c'est un truc comme ça.

Thibaut : ce sont beaucoup de cas par cas [...] en fonction de la pathologie et de ses capacités motrices.

Eric : parce que les gestes ça compte beaucoup, hein mine de rien, beaucoup de patients non plus la parole, du fait qu'ils sont intubés, les gestes tout de suite, s'ils ont déjà la possibilité de lever les bras et de montrer les mains les choses. C'est 3/4 du boulot de fait. Parce que très vite on comprend beaucoup plus facilement.

[...] Tu parlais d'une situation particulière. Je ne sais pas si t'en fais une finalement.

Thibaut : non mais en fait je me dis que c'est bien ce n'est que quand tu j'ai interrogé le jeune infirmier, il m'expliquait très rapidement en fait une situation qu'il avait marquée en même temps. Et toi, je ne m'attends pas en fait à une situation, je me dis, je vois que t'en as tellement plein. Ouais, sur l'expérience ce qui est normal

Eric : sur la communication, c'est au quotidien quoi.

Thibaut : Mais je vois comment, toi tu appréhendes les choses dans ta communication, je vois comment tu te positionnes, c'est bien tu je trouve je te trouve assez serein en tout cas sur ça sur ton sur la communication et puis c'est bien en tout cas t'es clair avec ça et du coup je voulais juste je rebondis sur la gestion des émotions pour toi actuellement je pense que je sais pas comment tu te ressens enfin avec tes patients si t'as gestion du stress ou peut être des émotions que tu ressens que forcément je

pense que tu peux ressentir des choses, en fonction de des patients que tu as en charge. Comment tu te positionnes sur ça ?

Eric : ce sont des choses qui ne sont pas faciles en tant que jeune diplômé, ça ne s'apprend pas à l'école, la gestion des émotions. Ça s'apprend, c'est l'expérience les vieux qui disent ça, c'est l'expérience de la vie. Forcément, ouais, on essaye d'apprendre, de les maîtriser alors après, heu, moi, j'essaie beaucoup de relativiser. Mais il y a forcément des situations qui vont te faire penser où tu t'identifies hein ? [...] Moi, souvent ce que je me dis enfin, c'est un gros problème pour moi, ça l'identification, les émotions et tout ça et c'est pour ça que je n'ai pas été en réanimation chirurgicale parce que ça m'aurait intéressé certainement autant que la Med. Mais ça touche une population beaucoup plus jeune même, qui peut être très jeune, qui peuvent être jeunes parents, des choses comme ça et ça. Moi, ça me pose souci. Je le gère de mieux en mieux, j'ai l'impression, mais le fait ici que la population de patient soit plutôt des gens âgés, c'est un peu bizarre de raisonner comme ça. Mais je me disais quand ils sont souvent très âgés et je me dis, si ça, enfin, s'il décède, c'est pas, c'est pas grave, c'est des fois la continuité de la vie [...] ils ont vécu longtemps, ils ont des enfants, des petits-enfants et ça, ça me faisait relativiser même et ça empêchait quand même pas de m'impliquer et de mettre la même énergie que si c'était un jeune dans sa prise en charge, c'est pas ça, mais je trouvais ça moins dur qu'une jeune maman de 25 ans qui laisse 2 enfants derrière elle et émotionnellement ça c'est super dur en réanimation chirurgicale je crois. Ils ont des tonnes d'histoires comme ça. Je suis passé là parce que je suis incapable de le faire. Mais du coup, il y a forcément une situation où on s'identifie. On aura un petit papi qui fait penser à son papa ou à son grand-père. Bah oui, forcément, ça peut être compliqué. Ça m'est déjà arrivé de craquer forcément. On est humain, donc je pense que ça arrive à tout le monde, mais ça rentre forcément dans notre prise en charge, les émotions, c'est sûr. Après, voilà, j'essaie de relativiser un maximum. [...] Tu vois comme tu disais, tu demandais tout à l'heure une situation particulière et justement avec les émotions, j'en ai une [...] après, en termes de relation, c'était très limité... [...] C'était un jeune de 18 ans qui avait une mucoviscidose, tu vois et j'étais de nuit donc j'arrive à 21 h, parce qu'à l'époque, ils faisaient des 21 h - 7 h. Et quand on arrivait dans le service, on commençait par aller dans chaque chambre récupérer les prescriptions, c'est encore du papier, ce n'est pas si vieux que ça. Ils y avaient des papiers.

Thibaut : ah oui, ils y avaient des prescriptions formats papiers ?

Eric : avant d'avoir les transmissions, tu vois tout, on voyait nos 2 - 3 patients et du coup, quand les voyants, tu te disais : "Ah bah lui ça va aller cette nuit, ça va être tranquille. Ah bah lui, il va me demander un peu de boulot". Tu vois ?

Thibaut : ok.

Eric : donc j'arrive dans cette chambre-là, 18 ans, il était en tailleur dans son lit avec des lunettes à oxygène et puis il était sur son PC. Ok, je dis bon ce n'est pas un patient trop de réa lui semble comme ça. Je pense que ça va être cool avec lui cette nuit. [...] Très vite, en début de nuit, il n'arrêtait pas de m'appeler parce qu'il ne sentait pas bien. "J'ai un peu de mal à respirer, je ne sais pas, ça ne va pas..." Et je n'avais pas tellement de réponses à lui apporter parce que quand je regardais les chiffres, étaient bons, la saturation était bonne, il était sous 2 L, elle était bonne. La tension était bonne. Enfin, tous les chiffres étaient bons. Et pourtant, il n'arrêtait pas de sonner, de me rappeler, il me disait " Eric ça va pas, ça va pas..." J'appelle le médecin une fois, il va le voir, tu le rappelles une deuxième fois et t'as pas t'as pas de réponse à lui apporter... C'est ultra frustrant et en même temps, je ne comprenais pas ce qui se passait quoi jusqu'au moment où il fait son arrêt cardiaque devant moi avec les yeux révilés, du coup, il tombe en arrière et en fait, il décède parce qu'on n'arrive pas à le réanimer. Donc ça a été un truc forcément marqué. Pour la petite anecdote, j'ai mon 2e patient qui s'est arrêté en même temps. Ah oui quand même... C'était une grosse journée.

Thibaut : ah oui quand même...

Eric : [...] du coup, forcément, ça marque parce qu'il y avait cette communication-là. On parle vraiment que soit le côté de communication, relation avec le patient, je n'ai pas pu lui apporter de solution en tant qu'on n'a pas vu le truc venir et après y a eu toute la communication avec la famille...[...] Il avait 18 ans, il est décédé... Là, c'était compliqué aussi parce qu'ils ne comprenaient pas [...]. Et c'était très dur à gérer, donc ça, ça fait partie des situations qui marquent forcément... Quand tu te sens impuissant, même si tu te sens à l'aise dans ton travail.

Thibaut : forcément, après, tu vas chercher quand même. Il y a eu des recherches et ensuite t'as voulu prendre soin de ton patient quand même...

Eric : c'est surtout ça n'allait pas. J'ai essayé de le rassurer en lui disant : "bah écoute. Je comprends que tu ne te sens pas bien... Je ne comprends pas, mais je l'entends et mais pour moi, là voilà, ta saturation est bonne". Il savait très bien de quoi on parlait aussi quand on parlait de saturation. Il savait ce que ça veut dire... Je n'ai pas de choses concrètes à mettre sous la main hormis ton angoisse", on avait mis ça sur là-dessus finalement sur l'angoisse. En plus, voilà, c'est le début de la nuit, ça, des fois ça se majore souvent chez les patients, mais oui j'ai essayé de répondre à ses questions et de trouver des choses, d'appeler le médecin parce que je n'ai pas non plus la science infuse et qui il avait peut-être des choses que je n'avais pas vues.

Thibaut : mais voilà bien sûr, t'as vu avec lui pour voir sur le plan large, on va dire prendre du recul sur la situation.

Eric : tout à fait. [...]

Thibaut : pour finir presque, tu me parlais du coup avec le médecin, tu veux lui parler parce que tu demandais des choses, des informations à tes collègues si t'as des situations où tu n'as pas de réponse, tu leur demandes. Pour toi la communication avec tes pairs, c'est important pour prendre en charge un patient ? C'est une question large, mais du coup pour toi, comment tes collègues en fait vont pouvoir t'aider ? Comment vous organisez par exemple pour une entrée, pour une sortie ? Comment ça marche ?

Eric : en communication, c'est primordial. Je dirais au sein du service, ou plus restreint au sein du module. Dans le module, on est une petite équipe, 3 infirmières, 2 aides-soignants et le médecin, les internes, donc ça reste une petite équipe. Il faut qu'on communique dans le sens large pour s'organiser, pour connaître les priorités de chacun aussi, pour connaître les contraintes de chacun. Et ça dans l'intérêt avant tout du patient, nous, dans notre intérêt dans l'organisation des soins. Mais du coup, ça implique forcément le patient. Donc c'est primordial la communication. Et d'ailleurs, récemment, c'est assez récent dans l'histoire du service, on a en plus instauré un mini staff le matin à 9 h 30, c'est instituer dans chaque module. Parce qu'on souffrait d'un manque de communication avec l'équipe médicale, c'était très décrit. Il voyait que leurs choses avaient un peu des œillères. Ce qu'on disait, ils voyaient leurs intérêts enfin pour leur patient, mais ils ne voient pas les contraintes que nous, on pouvait avoir pour l'organisation de certaines choses et donc du coup voilà, on se pose à 9 h 30 tous les matins dans le module tous ensemble pour discuter de la journée, de discuter de chaque patient, ce qui est prévu, tout ça. Et ça a fait beaucoup de bien sur l'organisation de la communication. Après voilà la communication au sein d'une chambre, quand une entrée comme tu dis par exemple, ça, c'est ultra important ça ce que fait chacun, chacun trouve sa place, il faut communiquer, on ne peut pas ne pas se parler ça ", c'est sûr que ça ne donnera rien de bon. Et avec tout le monde, avec nos collègues aides-soignants.

Thibaut : pour savoir comment vont se dérouler les soins ?

Eric : ouais complètement.

Thibaut : et avec les médecins, est-ce que tu penses que le fait qu'il ne soit pas avec vous dès qu'ils sont un peu à part, même s'ils sont annexés à un peu au service, tu penses que c'est un besoin pour eux ? Peut-être aussi que les médecins vont vous voir tous ensemble ?

Eric : ouais, je pense, c'est un besoin collectif. C'était un besoin, surtout, paramédical, c'est surtout nous [...] parce qu'il y a plein de choses qui rentrent en ligne de compte, mais il y a eu récemment l'informatisation. Ça nous a éloignés avec le médecin. Oui, parce qu'ils prescrivent de leur côté, ils peuvent prescrire de leur bureau qui est 2 étages au-dessus s'ils veulent, tu vois sans forcément. On insiste sur la communication, c'est-à-dire qu'ils peuvent prescrire à distance, mais il faut nous prévenir, il faut communiquer. L'informatisation a fait que je trouve ça nous avait éloigné un petit peu et du coup, d'où l'importance de ce staff le matin. Après, c'est aussi "personne dépendante" la communication avec les médecins... Certains vont plus se dire "Bah moi, j'attends qu'il vienne me voir hein". Et puis certains vont dire "je vais quand même aller prendre les devants, voir un petit peu où ce qu'on en est que ce qu'on fait aussi". [...] C'est un peu subtilité de chacun de la personnalité... De chaque équipe. Chacun est différent et qui sont susceptibles, qui vont se braquer assez vite et forcément la communication, elle va vite se couper quoi...

Thibaut : mais c'est quand même un besoin qui était exprimé.

Eric : oui, c'était un besoin qui est exprimé. [...] Après nos médecins sont quand même très accessible, il ne faut pas se cacher, c'est ce qui fait aussi que personnellement, je suis encore là, c'est qu'on peut tout leur dire et qu'en général, on peut leur poser n'importe quelle question, même si ça peut être une question "con" pour eux. On n'est pas jugé en général et la communication est facile avec eux, mais bon, ce n'est pas le cas dans tous les services.

Thibaut : pour finir, je voudrais savoir toi, ta conception soignante du prendre soin.

Eric : pour moi le prendre soin, [...] mais c'est de le prendre dans sa globalité. C'est ce que je disais. C'était d'un côté technique, soins, médicaments. D'un côté, on peut voir de l'autre côté le côté relationnel. J'inclus le nursing dedans, moi aussi un nursing relationnel et pour moi, c'est de mêler un peu tout ça. C'est de faire les deux un peu en même temps pour que le patient ne subisse pas les soins, se sentent écoutés, se sentir entendu. [...] Prendre soin, c'est ouais, c'est vraiment la globalité...

Thibaut : c'est tout ton patient. Et puis même, c'est une interaction que tu as avec lui.

Eric : forcément, c'est l'interaction avec lui, mais c'est un peu comme si je prends tous les ingrédients, c'est-à-dire les médicaments, les pansements. Tu vois de toutes les soins qu'on peut faire technique, le nursing, la toilette, les soins de confort, les préventions d'escarres tout ça et la communication, c'est d'expliquer ce qu'on va faire, comment ça va se dérouler, les soins, expliquer le déroulé de la journée aussi, qu'est-ce qu'il va y avoir. Leur parler de la pluie, du beau temps, de la météo et de la

température du matin, de ce qu'ils aiment faire leur hobby, tout ça. Et en fait, c'est de mettre tout ça dans le même pot et de mélanger quoi et de faire vraiment de faire tout en même temps pour qu'ils ne subissent pas les soins qui peuvent être douloureux. La journée leur semble plus rapide aussi puisque quand on discute et qu'on est à l'aise avec quelqu'un, forcément, c'est moins long. Pour moi, le prendre soin, c'est ça, c'est cet ensemble-là. Alors c'est avec mes mots...

Thibaut : c'est très clair. Je veux dire, ce n'est pas une définition du dictionnaire, ce n'était pas ça que je cherche au contraire. En fait, c'est surtout que tu inclus le soin technique, les soins qui peuvent être lourds, mais que tu inclus en fait ta touche personnelle, ton côté soignant et voilà.

Eric : on s'en rend compte tous les jours, hein que si t'arrives et tu dis, je vais faire la prise de sang. Tu vas tâter pendant deux minutes pour faire ton gaz du sang, tu fais le gaz de machin, tu fais mal, tu ne dis rien, tu finis ton gaz du sang. Alors que si t'arrives en présentant, en discutant un petit peu avant et tu continues à discuter pendant le soin. Après y a des techniques [...]. Moi, j'ai appris de collègues qui font de l'hypnose, qui font de l'éducation thérapeutique, tout ça, c'est que t'as des petits moyens, voilà quand tu vas piquer, tu vas leur dire un truc qui va les interpeller. Du coup, ils ne vont pas se focaliser sur la douleur et plus sur ce que tu as dit. Voilà, ce sont des choses qu'on essaye au quotidien de faire, et c'est ultra important, très important.

Thibaut : on va dire que tu as bien conclu. En tout cas, l'interview. Je te remercie. Et puis si t'as autre chose à rajouter...

Eric : moi, je pense que c'est pas mal de truc, c'est plus voilà, c'est toi si t'as besoin de plus d'éléments, n'hésite pas à me contacter.

Thibaut : merci à toi.

VII. Abstract :

Nom : RABSTEJNEK

Prénom : Thibaut

Titre du mémoire : **En quoi l'adaptation de la communication du soignant participe-t-elle au "prendre soin" d'un patient ventilé et/ou sédaté en réanimation ?**

Présentation synthétique du travail en Anglais : The study focuses on communication in intensive care units, which is complex due to numerous factors that can influence the interactions between caregivers and patients. It is crucial to analyze these factors to adapt communication to each patient, taking into account the physical and psychological aspects of holistic care.

Caregivers must understand their role in stressful situations encountered in intensive care units to adapt their communication with patients. The use of assisted communication tools may be considered to improve communication, but it is important not to forget the importance of human exchanges in the care relationship.

Conducting two nursing interviews who are working in intensive care units can help better understand the positioning of healthcare professionals in terms of communication, in relation to the humanistic « Taking care » discussed by Walter Hesbeen in his works.

Présentation synthétique du travail en Français : L'étude porte sur la communication dans les services de réanimation, qui est complexe en raison de nombreux facteurs qui peuvent influencer les échanges entre les soignants et les patients. Il est crucial d'analyser ces facteurs pour adapter la communication à chaque patient, en tenant compte des aspects physiques et psychologiques de la prise en charge globale.

Les soignants doivent comprendre leur rôle dans les situations de stress rencontrées dans les services de réanimation pour adapter leur communication avec le patient. L'utilisation d'outils de communication assistée peut être envisagée pour améliorer la communication, mais il est important de ne pas oublier l'importance des échanges humains dans la relation de soin.

La réalisation de deux entretiens infirmiers qui travaillent en service de réanimation permet de mieux comprendre le positionnement des professionnels de la santé en matière de communication, en relation avec les valeurs humanistes du "prendre soin" évoquées par Walter Hesbeen dans ses ouvrages.

KEYWORDS: Intensive Care, Communication, "Taking Care", Adaptation, Tools.

MOTS CLÉS : Réanimation, Communication, "Prendre soin", Adaptation, Outils.

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