



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'accompagnement du patient et de ses proches en réanimation



Formateur référent mémoire : BAGOT-SIMON Caroline

BELLOIR Erine
Formation infirmière
Promotion 2021-2024

Date: 05/05/2024



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat de Belloir Erine

Travaux de fin d'études :

L'accompagnement du patient et de ses proches 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 de Belloir Erine 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 4 mai 2024

Identité et signature de l'étudiant : Belloir Erine

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements

Je tiens à remercier tous mes proches qui m'ont soutenu et aidé à m'épanouir durant la formation et tout particulièrement :

Ma mère pour son soutien inconditionnel et sa compréhension durant ces trois années intenses et riches en émotions. Je remercie mes amies, notamment Mathilda pour avoir toujours été là quand j'avais besoin d'aide, qui ont toujours cru en moi et qui ont consacré du temps à la relecture de ce mémoire

Mes amis de l'IFSI avec qui j'ai partagé beaucoup de beaux moments et qui m'ont permis de me construire en tant que future soignante.

Je souhaite également remercier ma guidante de mémoire pour son accompagnement, ses conseils avisés et la disponibilité ce qui m'a permis d'être fière du mémoire que je présente aujourd'hui.

Un grand merci à ma référente pédagogique qui m'a soutenu pendant toute la formation et accompagnée dans mon projet professionnel, aux formateurs de l'IFSI qui m'ont enseigné avec passion le métier que je vais exercer.

Tous les professionnels de terrain que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, qui ont marqué mon parcours de bienveillance notamment Nadège, Manon, Laurence et Emmanuelle.

Aux professionnelles qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à mes entretiens et sans qui tout cela n'aurait pas été possible.

Merci à tous pour votre contribution à la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART.....	2
1.1 La situation d'appel.....	2
1.1.1 Situation 1.....	2
1.1.2 Situation 2.....	2
1.2 Questionnement.....	3
2. CADRE THÉORIQUE.....	5
2.1 Le soin.....	5
2.1.1 Le prendre soin.....	6
2.2 L'accompagnement.....	7
2.2.1 L'accompagnement du patient hospitalisé.....	7
2.2.2 L'accompagnement des proches.....	7
2.3 La réanimation.....	8
2.3.1 La population bénéficiaire de soins en réanimation.....	8
2.3.2 Cadre législatif.....	9
2.3.3 Organisation d'un service de réanimation.....	10
2.3.3.1 Les ressources humaines.....	10
2.3.3.2 Les ressources matérielles.....	11
2.3.4 L'infirmier en réanimation.....	11
2.4 Le patient intubé et sédaté.....	12
2.4.1 La ventilation mécanique.....	12
2.4.2 La sédation- analgésie.....	13
2.4.3 La communication avec le patient intubé et sédaté.....	14
3. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES.....	16
3.1 Les objectifs du guide d'entretien.....	16
3.2 La population interrogée.....	16
3.3 L'organisation des entretiens.....	17
3.3.1 La prise de contact.....	17
3.3.2 Les lieux de rendez-vous.....	17
3.3.3 Le matériel d'enregistrement.....	17
3.4 Le bilan du dispositif.....	17
3.4.1 Les points forts.....	17
3.4.2 Les difficultés rencontrées.....	18
3.4.3 Les limites du dispositif.....	18
4. L'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	19
4.1 Les besoins spécifiques du patient en réanimation.....	19
4.1.1 Prendre soin en réanimation, un concept nuancé.....	19
4.1.2 Le relationnel, un besoin majeur en réanimation.....	19
4.2 La personnalisation de l'accompagnement.....	20
4.2.1 L'accompagnement du patient.....	20
4.2.2 L'accompagnement des proches.....	20
4.2.3 Les bénéfices d'un accompagnement qualitatif.....	21
4.2.4 Les ressources essentielles dans un accompagnement de qualité.....	22

4.2.5 La clarté des informations, garante de la continuité dans l'accompagnement.....	22
4.3 La particularité de la réanimation.....	23
4.3.1 La gravité, le facteur commun à toutes les hospitalisations en réanimation.....	23
4.3.2 Les missions infirmières en réanimation.....	23
4.3.3 Une communication difficile à établir.....	24
4.3.4 Aider les proches à appréhender la communication avec le patient.....	25
4.3.5 Surmonter les défis de la communication avec les patients intubés , les stratégies et les limites.....	25
5. DISCUSSION.....	27
5.1 Prendre soin du patient...mais aussi des proches.....	27
5.2 L'accompagnement des proches au coeur de la prise en soin.....	29
6. CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	33

Annexes :

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Retranscription entretien n°1 IDE en réanimation chirurgicale

Annexe III : Retranscription entretien n°2 IDE en réanimation médicale

Annexe IV : Analyse des entretiens

INTRODUCTION

Actuellement étudiante en troisième année à l'institut de formation en soins infirmiers de Pontchaillou à Rennes, j'ai l'opportunité de réaliser un mémoire de fin d'étude qui est l'aboutissement de trois ans de découvertes et d'expériences. Mon parcours de stage m'a permis de découvrir les soins infirmiers de façon globale et d'explorer les différents services au sein desquels l'infirmier peut être amené à évoluer.

Durant ce parcours, j'ai pu voir à quel point l'accompagnement des proches était important dans la prise en soin du patient.

L'expérience de la maladie, qu'elle soit aiguë ou chronique, impacte non seulement le patient, mais également son entourage. J'ai observé à quel point ces derniers jouent un rôle crucial dans le processus de rétablissement, en étant non seulement des soutiens émotionnels indispensables, mais également des acteurs actifs dans la prise en soin quotidienne du patient. Leur implication ne se limite pas seulement à la sphère affective, mais s'étend également à des tâches pratiques et organisationnelles, faisant d'eux de véritables partenaires de l'équipe soignante.

Cette recherche découle de la prise de conscience que le bien-être du patient est intrinsèquement lié au bien-être de son entourage. Le rôle de l'infirmier ne se limite plus à la seule prise en soin du patient, mais s'étend à la création d'un environnement de soins qui prend en compte les besoins émotionnels et pratiques des proches.

En tant qu'infirmiers, nous sommes souvent témoins des défis auxquels sont confrontés les proches et nous avons un rôle unique à jouer pour les accompagner dans cette épreuve.

En explorant les différentes dimensions de l'accompagnement des proches, je souhaite également mettre en avant le rôle spécifique de l'infirmier dans cette dynamique. En tant que professionnels de santé de premier plan, nous sommes bien placés pour identifier les besoins des proches et leur fournir un soutien adapté tout au long du parcours de soin du patient.

Ainsi, cette recherche vise à valoriser et à renforcer le lien entre les soignants, les patients et leurs proches, dans une démarche de prise en soin globale et humanisée.

1. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART

1.1 La situation d'appel

1.1.1 Situation 1

Durant mon stage, j'ai été témoin de nombreuses situations où l'accompagnement de l'infirmière était crucial dans la prise en soin du patient. Cependant, ce sont ces deux situations qui ont été le point de départ de ma réflexion.

Patient de 58 ans entré en réanimation pour choc septique, son état est particulièrement critique. Les sédations ont été levées il y a plus d'une semaine mais son état est stationnaire et il n'y a aucun signe de réveil chez le patient. Le scanner révèle des lésions cérébrales mais les médecins ne savent pas si cela va affecter le réveil.

Sa seule famille est sa maman de 86 ans. Il vivait chez elle depuis 8 ans. Les échanges avec sa maman décrivent une femme très isolée qui n'a pas d'entourage hormis son fils. L'hospitalisation de son fils l'affecte beaucoup, elle se sent perdue et ne sait pas comment elle va faire sans lui s'il venait à mourir (dixit ses propres termes).

Lors d'une visite, sa maman me demande des nouvelles de son fils. Nous échangeons quelques minutes puis je lui propose d'aller chercher l'infirmière qui s'occupe de son fils pour plus d'informations. L'infirmière arrive dans la chambre mais me confie ne pas être très à l'aise dans ce genre de situations.

La maman parle donc avec l'infirmière qui l'encourage à parler à son fils. Cependant elle explique ne pas savoir comment s'y prendre et l'infirmière lui répond qu'il faut lui parler sans attendre de réponse puis sort de la chambre.

A la fin de la visite, sa maman m'explique qu'elle n'a pas réussi à lui parler car elle ne savait pas si il pouvait l'entendre et qu'elle avait peur de déranger.

A ce moment là je me suis dit qu'on ne l'avait pas assez accompagnée, que tout le monde n'a pas l'habitude de voir des gens intubés et inconscients et que c'était de notre rôle de l'aider à appréhender ce milieu afin d'être plus à l'aise durant ses visites et de pouvoir partager un moment avec son fils.

1.1.2 Situation 2

Patient de 24 ans arrivé il y a 2 mois pour un syndrome malin des neuroleptiques. Les sédations ont été levées il y a 1 mois et demi mais il n'y a toujours aucun signe de réveil. L'équipe a organisé un staff éthique concernant ce patient et la potentielle instauration d'une limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) mais aucune décision n'a été prise pour le moment. Depuis ce jour, les

parents de ce patient viennent tous les jours et le filment lorsqu'il présente des mouvements (bouge la tête, ferme les yeux) mais il ne fait pas ces mouvements à la demande et les EEG ne démontrent pas d'activité cérébrale.

Les parents du patient le sur-stimulent parfois pendant plusieurs heures puis viennent montrer les vidéos qu'ils ont prises de leur fils à l'équipe. On peut sentir qu'ils ont peur que la décision de LATA soit prise et qu'ils font donc tout ce qu'ils peuvent pour démontrer qu'il y a de l'amélioration dans l'état de santé de leur enfant.

1.2 Questionnement

Dans la première situation, je me suis interrogée sur les actions ou les paroles qui auraient pu offrir un réconfort à la maman, la laissant ainsi moins seule face à la difficulté du moment. J'ai réfléchi à la manière dont je pourrais l'accompagner tout au long du processus visant à assimiler la gravité de l'état de santé de son fils. De plus, je me suis questionnée sur la meilleure façon de la guider pour qu'elle comprenne l'importance de maintenir une communication avec son fils à cette étape critique.

Quant à la deuxième situation, j'ai exploré la manière dont en tant qu'infirmière, nous pouvons accompagner les proches dans une réalité potentiellement délicate : celle où il pourrait ne jamais y avoir d'amélioration dans l'état de santé de leur être cher. J'ai cherché des approches pour les soutenir dans ce cheminement, les aidant à accepter la réalité de la situation, tout en veillant à ne pas les brusquer.

Ces réflexions ont été le point de départ de mes recherches approfondies dans le domaine des soins infirmiers et de l'accompagnement des proches dans des moments délicats de la vie.

Ces différentes questions m'ont poussée à réaliser des recherches sur le thème de l'accompagnement des proches par l'infirmière en service de réanimation.

Durant mon stage en service de réanimation médicale, j'ai pu être témoin de situations difficiles dans lesquelles les familles se sentaient perdues et submergées par les événements. J'aimerais alors pousser mes recherches sur ce que les infirmiers/infirmières vont mettre en œuvre et quels sont les bénéfices attendus pour la qualité de prise en soin. En effet, l'infirmier/infirmière diplômée d'état (IDE) participe au tissage de la confiance avec la famille pour les faire cheminer au regard du projet de soin. L'IDE va aussi accompagner les proches et les introduire dans un environnement hostile pour leur permettre d'être en contact avec leur proche.

Son rôle est également de remettre de l'humain dans un milieu très technique qui va sidérer les familles.

Je veux donc pousser mes recherches sur les moyens mis en œuvre et les valeurs soignantes de l'IDE porteuses pour accompagner les proches du patient intubé et sédaté.

J'en suis donc venue à me poser la question "En quoi l'accompagnement des proches par l'infirmière en service de réanimation, dans un contexte de pronostic réservé, serait-il au cœur de la prise en soin du patient intubé/sédaté ?"

2. CADRE THÉORIQUE

2.1 Le soin

Le soin est un terme large qui peut être défini de manières différentes.

Nous nous sommes tout d'abord penchés sur la définition que le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) donnait au soin de façon non spécifique au domaine de la santé : *“Application d'esprit à faire quelque chose; attention à veiller au bon état de quelque chose, au bien de quelqu'un.”*

Si nous nous concentrons sur le domaine de la santé, le CNRTL donne une définition plus précise. Bien que dans celle-ci, le terme soin soit surtout utilisé au pluriel *“Traitement qu'on fait à un malade, des remèdes qu'on lui donne, des attentions qu'on a pour le soulager”*

En poussant nos recherches, nous avons pu découvrir certains auteurs tel que Walter Hesbeen, infirmier de formation qui a étudié des concepts sur le “prendre soin”. De par ses nombreuses recherches, il a développé une approche globale du soin qu'il définit comme “l'attention particulière portée par une infirmière ou un infirmier à une personne ou à ses proches en vue de leur venir en aide dans la situation qui est la leur. Il comprend tout ce que ces professionnels font, dans les limites de leurs compétences, pour prendre soin des personnes. Au regard de sa nature, il permet de toujours faire quelque chose pour quelqu'un afin de contribuer à son bien-être quel que soit son état.” (Hesbeen, 1997, p.66)

Par ailleurs, dans son livre “La pensée infirmière”, Suzanne Kerouac donne les différentes conceptions du soin. Selon elle, le soin actuel se concentre sur le bien-être tel que défini par la personne elle-même. L'infirmière, dotée d'une diversité de connaissances, accorde une priorité à la perspective individuelle de la personne. Elle l'accompagne dans son parcours de santé en respectant son cheminement et son rythme, mobilisant l'ensemble de son être, incluant une sensibilité englobant des éléments au-delà de ce qui est visible et palpable. Intervenir revient à être pleinement présent aux côtés de la personne. L'infirmière et la personne forment un partenariat axé sur des soins personnalisés, le tout dans un climat empreint de respect réciproque. L'infirmière crée des opportunités visant à développer le potentiel de la personne, tirant également profit des liens authentiques établis pour favoriser le développement de son propre potentiel.

Joyce TRAVELBEE, quant à elle, englobe les proches du patient dans sa définition globale du soin. Le soin est donc un “Processus interpersonnel et service visant à assister la personne ou la famille afin de prévenir la maladie ou de composer avec la souffrance; assister la personne afin de trouver une signification à son expérience et de lui apporter de l'espoir” (Poletti, R, 1978, p.126)

2.1.1 Le prendre soin

La définition du "Prendre soin" selon Walter Hesbeen rejoint celle de Suzanne Kérouac. Elle implique une approche centrée sur la personne, où l'infirmière reconnaît et respecte le vécu, les valeurs et les préférences de chaque individu. Cela signifie que l'infirmière accorde une attention particulière à la manière dont la personne définit son bien-être. Elle accompagne la personne dans son cheminement de santé en adoptant une attitude d'écoute empathique et en s'adaptant à son rythme. Pour Hesbeen, prendre soin va au-delà de la simple exécution de gestes techniques ; c'est être pleinement présent et disponible pour la personne, en reconnaissant sa dignité et en favorisant son autonomie.

Cela implique également de créer un environnement de confiance et de respect mutuel, où la personne se sent écoutée et comprise. En résumé, prendre soin selon Walter Hesbeen revient à placer la personne au cœur des préoccupations et à lui offrir un accompagnement individualisé et bienveillant.

Nous avons donc vu que le prendre soin défini par Walter Hesbeen se base essentiellement sur le patient. En outre, B. Sauzaret inclut les proches de celui-ci dans cette notion de prendre soin.

“ Prendre soin, c'est aussi, pour moi, être attentive à la famille, à l'entourage de la personne malade. Tout d'abord pour la simple raison que le comportement de la famille ou de l'entourage influe sur le cheminement de la personne malade. Mais aussi parce qu'il n'est pas possible de laisser sans une parole ces personnes en souffrance, désemparées face à ce qui leur arrive, face au comportement modifié de leurs proches.” (Sauzaret, B, 1992, [Discours])

Il est important lorsqu'on définit le concept du prendre soin de le différencier du “faire des soins”. En effet Patrick Morel-Vulliez explique que le prendre soin ne se résume pas uniquement aux soins techniques réalisés par l'infirmière comme l'administration des traitements, la réfection des pansements ou l'injection de diverses thérapeutiques. Pour lui, prendre soin se traduit plutôt par les attentions du quotidien, se tenir prêt à faire la rencontre de l'autre ou encore se soutenir mutuellement face aux mystères de la vie et de la mort.

Une des notions souvent évoquées lors de nos recherches sur le prendre soin était celle de “l'accompagnement”, il s'agit d'un terme assez évasif que nous allons maintenant préciser.

2.2 L'accompagnement

2.2.1 L'accompagnement du patient hospitalisé

Pour Walter Hesbeen, l'accompagnement repose avant tout sur une relation humaine authentique entre le professionnel de santé, en l'occurrence l'infirmier, et la personne accompagnée. Il met l'accent sur la qualité de la communication, de l'écoute et de l'empathie.

L'accompagnement se caractérise par la présence attentive et bienveillante de l'infirmier aux côtés de la personne soignée. Cela signifie être là physiquement, mais aussi être pleinement présent mentalement et émotionnellement.

Hesbeen souligne l'importance du respect de la dignité de la personne accompagnée. Cela implique de reconnaître et de valoriser sa singularité, ses choix, et de prendre en compte sa perception de la situation.

L'accompagnement s'inscrit dans une temporalité spécifique. Il ne se limite pas à la durée d'une intervention médicale, mais s'étend sur la durée de la maladie, du traitement, voire au-delà. Il peut également impliquer une réflexion sur le passé et l'avenir de la personne.

Walter Hesbeen met en avant le soutien de l'autonomie de la personne accompagnée. L'infirmier doit collaborer avec la personne soignée pour favoriser son implication dans les décisions liées à sa santé.

Il insiste sur le fait que l'accompagnement est un processus évolutif. Il peut nécessiter des ajustements en fonction de l'évolution de la situation de la personne accompagnée.

2.2.2 L'accompagnement des proches

Dans leur livre "Infirmier(e) en réanimation, soins intensifs et urgences", Charles-Christian Arvieux et Jean-Jacques Lehot abordent le thème de l'accompagnement des proches au sein des services de réanimation.

Selon eux, le mot "réanimation" est source de grande inquiétude pour les proches. Cette inquiétude est particulièrement liée à la sévérité des affections touchant les patients au sein d'un service de réanimation.

La famille se trouve souvent limitée à quelques minutes par jour de présence auprès de leur proche malade et la durée de son hospitalisation reste souvent incertaine. Les divers et nombreux équipements médicaux, les alarmes comme la sédation sont des éléments déroutants, facteurs d'incompréhension entre le patient et ses proches.

Il est essentiel de donner des nouvelles et d'expliquer la situation aux proches du patient. C'est une démarche qui peut s'avérer très bénéfique. Cependant, il est crucial de résister à la tentation de prononcer des paroles rassurantes qui ne seraient pas le reflet de la situation dans laquelle se trouve le

patient. En effet, cela pourrait conduire à la rupture de la confiance entre les soignants et la famille en cas d'aggravation du pronostic. L'information doit donc être honnête et explicite afin de rendre possible la participation des proches dans la prise en soin de leur proche.

Afin de bien communiquer avec les proches, il est impératif que le message soit cohérent entre les différents membres du personnel soignant. Des proches bien informés peuvent alors renforcer l'alliance thérapeutique.

Faisons maintenant un focus sur la spécificité d'un secteur de réanimation

2.3 La réanimation

2.3.1 La population bénéficiaire de soins en réanimation

Lors d'une grave dysfonction d'organe pouvant aller jusqu'à la défaillance multiviscérale, une hospitalisation en réanimation devient nécessaire. Les organes principalement concernés sont le cerveau, les poumons, le cœur et la circulation, le foie et les reins. Si ces défaillances sont souvent d'apparition brutale, elles peuvent survenir suite à un incident ou à une pathologie.

Les patients accueillis en service de réanimation sont généralement les suivants :

Patients médicaux critiques : Cela comprend les patients souffrant de maladies graves, telles que des troubles cardiaques, respiratoires, neurologiques ou infectieux, nécessitant une surveillance rapprochée.

Patients chirurgicaux critiques : Après des interventions chirurgicales majeures, certains patients peuvent être transférés en réanimation pour une surveillance post-opératoire intensive, notamment ceux qui ont subi une chirurgie cardiaque, thoracique, ou neurologique.

Patients traumatisés graves : Les victimes d'accidents graves, de traumatismes ou de blessures majeures, tels que des accidents de la route ou des chutes, peuvent être admises en réanimation pour une prise en charge spécialisée.

Patients présentant des défaillances d'organes : Les patients dont les organes vitaux, tels que le cœur, les poumons, le foie ou les reins, dysfonctionnent peuvent nécessiter une surveillance étroite en réanimation allant jusqu'à la suppléance d'organes.

Patients nécessitant une assistance respiratoire : Les patients dont la fonction respiratoire est compromise, par exemple en raison d'une insuffisance respiratoire, d'une affection pulmonaire, ou d'un

syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), peuvent être admis en réanimation pour une assistance respiratoire.

Patients en état de choc : Les patients en état de choc, qu'il soit d'origine septique, cardiogénique ou hypovolémique, anaphylactique peuvent être pris en charge en réanimation pour stabilisation et traitement.

Patients nécessitant une surveillance post-anesthésique : Certains patients peuvent être admis en réanimation après des interventions chirurgicales majeures ou des procédures complexes nécessitant une surveillance étroite pendant la période post-anesthésique.

2.3.2 Cadre législatif

Pour caractériser de manière précise un service de réanimation, il est indispensable d'examiner les aspects législatifs liés à cette spécialité et les diverses activités qui sont réalisées au sein de ces unités. Le décret du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique.

« Art R. 712-90. Les unités de réanimation doivent être aptes à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës circulatoires, rénales et respiratoires, mettant en jeu leur pronostic vital. Ces patients nécessitent la mise en œuvre prolongée de méthodes de suppléance telles que la ventilation artificielle, le support hémodynamique, l'assistance rénale.

Art R 6123-34. Les unités de réanimation assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients mentionnés à l'article R. 6123-33

Art R 6123-35. L'activité de soins de réanimation est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées à cette fin, pouvant assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité. »

Ces articles définissent clairement le cadre réglementaire des soins de réanimation en France. Les soins de réanimation sont spécifiquement destinés aux patients présentant des défaillances d'organes mettant en jeu leur pronostic vital et nécessitant le recours à des méthodes de suppléance. Ces soins sont prodigués dans des établissements de santé dotés d'unités dédiées à cet effet, qui sont en mesure de fournir une mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés et garantissant la présence d'effectifs médicaux et paramédicaux normés.

L'exigence de la permanence des soins, pour l'accueil, la prise en charge diagnostique et thérapeutique, ainsi que la surveillance des patients concernés, souligne l'importance cruciale de la réanimation dans la gestion des situations médicales critiques.

Ces articles contribuent ainsi à établir des normes claires et essentielles pour garantir des soins de qualité, efficaces et adaptés aux besoins des patients nécessitant une prise en charge intensive et spécialisée.

2.3.3 Organisation d'un service de réanimation

2.3.3.1 Les ressources humaines

L'activité en service de réanimation est, comme toute activité relevant du soin, encadrée par le Code de la Santé Publique qui décrit le cadre réglementaire régissant l'activité des unités de soins critiques.

Ici, nous nous sommes basés sur le Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques

Dans un service de réanimation, on retrouve de nombreux professionnels de santé, conformément aux dispositions des articles de loi ci-dessous

« Art. D. 6124-28-1.-I.-L'équipe médicale d'une unité de réanimation et d'une unité de soins intensifs polyvalents est constituée :

- *De médecins spécialisés en médecine intensive-réanimation ou en anesthésie-réanimation ;*
- *En tant que de besoin, de médecins spécialisés en psychiatrie, en médecine physique et de rééducation.*

« Art. D. 6124-28-4.-L'équipe non médicale de l'unité de réanimation comprend au moins :

- *1° Deux infirmiers pour cinq lits ouverts ;*
- *2° Un aide-soignant pour quatre lits ouverts ;*
- *Un masseur-kinésithérapeute en mesure d'intervenir sept jours sur sept dans l'unité, justifiant d'une expérience attestée en soins critiques*
- *Un psychologue*
- *En tant que de besoin un diététicien, un ergothérapeute et du personnel à compétence biomédicale.»*

Les personnels mentionnés aux 1° et 2° sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé.»

Ces dispositions assurent la structuration optimale des équipes médicales et non médicales, garantissant ainsi une prise en charge adéquate et spécialisée au sein des unités de réanimation, contribuant ainsi à la qualité des soins dispensés aux patients nécessitant une attention particulière.

Outre son personnel qualifié, un service de réanimation est également caractérisé par son niveau élevé de technicité, abritant des équipements très spécialisés.

2.3.3.2 Les ressources matérielles

Un service de réanimation est aménagé spécifiquement pour répondre aux besoins des patients instables présentant des affections graves. Son objectif est de permettre une surveillance accrue, un accès immédiat à des soins médicaux spécialisés et l'utilisation d'équipements de pointe pour maintenir les fonctions vitales.

Selon l'Art. D. 6124-27-1, Les unités de réanimation se doivent de disposer d'une liste précise d'équipement dans chaque chambre,

«Les unités de réanimation disposent des équipements permettant :

- *La réalisation, dans les chambres de l'unité [...] d'examens de radiologie, d'échographie et d'endoscopie bronchique et digestive ;*
- *La surveillance paramétrique continue ;*
- *La ventilation mécanique invasive et non invasive ;*
- *La réalisation des actes de suppléance d'organes.»*

2.3.4 L'infirmier en réanimation

Selon Charles-Christian Arvieux et Jean-Jacques Lehot, les professionnels de santé évoluant dans les services de réanimation doivent être en capacité de mobiliser des connaissances ainsi que de développer des comportements en adéquation avec les situations. Cela nécessite une formation supplémentaire afin de prendre en soin les patients et leurs proches dans un contexte particulièrement exigeant. Les médecins, pour exercer dans un service de réanimation, doivent avoir suivi une formation spécifique. En revanche, aucune formation complémentaire n'est prévue pour les infirmiers, à l'exception d'un temps de doublure à l'intégration dans l'unité. La durée de celui-ci est décidée par les établissements et peut varier en fonction de la période de l'année et des ressources soignantes disponibles.

Les missions d'un infirmier en réanimation englobent diverses responsabilités cruciales pour la prise en charge des patients gravement malades. Parmi ces missions, nous retrouvons généralement les suivantes:

Surveillance continue : Assurer une vigilance constante en monitorant les paramètres vitaux des patients, tels que la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la saturation en oxygène ou de manière plus spécifique, la pression veineuse centrale, la pression intra vésicale, la pression intracrânienne... Tout changement ou résultat inhabituel sera signalé à l'équipe médicale par l'infirmière.

Administration des thérapeutiques : Gérer et administrer les médicaments prescrits, en respectant la prescription médicale.

Gestion des dispositifs médicaux : S'assurer du bon fonctionnement des équipements médicaux utilisés en réanimation, tels que les respirateurs et les pompes à perfusion.

Soins infirmiers spécifiques : Fournir des soins adaptés aux besoins spécifiques des patients en réanimation, incluant la gestion des voies d'abord veineux et la réalisation de pansements complexes.

Coordination avec l'équipe pluridisciplinaire : Collaborer étroitement avec les médecins, les infirmiers, les aides soignants et les autres professionnels de santé pour assurer une prise en soin globale et cohérente des patients.

Communication avec les proches : Informer et soutenir les familles des patients en donnant des informations pertinentes et honnêtes sur l'état de santé et en offrant un soutien émotionnel.

Formation continue : Se tenir informé des avancées médicales et participer à des sessions de formation pour actualiser ses compétences et rester à jour sur les protocoles de réanimation.

2.4 Le patient intubé et sédaté

2.4.1 La ventilation mécanique

L'intubation oro-trachéale consiste à introduire une sonde d'intubation dans la trachée. Cette procédure vise à dégager les voies respiratoires, à effectuer une ventilation artificielle mécanique et à fournir une oxygénation optimale au patient. La sonde d'intubation est également dotée d'un ballonnet

qui est gonflé en regard des cordes vocales durant l'intubation, assurant ainsi l'étanchéité du dispositif. Cela rend possible une ventilation efficace et prévient le risque d'inhalation de liquide gastrique ou de salive. La sonde d'intubation est un tube endotrachéal gradué, dont le diamètre interne varie de 2,5 à 9 mm.

L'intubation oro-trachéale est indiquée lors de la nécessité de suppléer la fonction respiratoire dans deux contextes distincts :

- En situation d'urgence, notamment en cas d'arrêt cardio-respiratoire, d'arrêt respiratoire, de détresse respiratoire sévère, de coma, de détresse neurologique grave accompagnée de troubles de la déglutition, ou d'état de choc.
- De manière planifiée, lors de l'administration d'une anesthésie générale.

Les aspirations trachéales sont indispensables chez un patient intubé. Elles visent à évacuer les sécrétions bronchiques, ce qui permet à distance d'amoindrir le risque d'infections liées à l'accumulation de celles-ci. Elles se réalisent grâce à une sonde connectée à une source d'aspiration que l'on va venir insérer dans la sonde d'intubation. En cas d'intubation de longue durée, des systèmes clos sont installés afin de rendre le geste plus propre.

2.4.2 La sédation- analgésie

Les patients en réanimation sont fréquemment confrontés à la douleur, que ce soit lié à leur état de santé critique ou aux divers examens et appareillages dont ils peuvent bénéficier durant leur hospitalisation. Le patient intubé reçoit très régulièrement des soins désagréables tels que les aspirations endotrachéales pour dégager ses voies aériennes des éventuelles sécrétions qui pourraient s'accumuler. Il est donc primordial de mettre en place une analgésie appropriée chez ces patients.

L'utilisation du protocole de sédation- analgésie est une pratique courante en service de soins critiques notamment chez les patients ventilés via un respirateur. D'une part l'administration de thérapeutiques médicamenteuses sédatives permet de diminuer le stress et l'agitation induite par la ventilation mécanique. En effet, dans une étude menée par deux infirmières en 2018 sur les conséquences psychologiques de la ventilation artificielle, l'efficacité de l'analgésie sédation protocolaire a été démontrée. L'association des deux thérapeutiques aurait donc une influence sur les souvenirs du patient concernant les bruits présents dans le service, la sensation d'inconfort induite par la sonde d'intubation endotrachéale mais aussi par les soins prodigués par les professionnels de santé.

Selon le Ministère de la santé (2016) "La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors

que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. La sédation peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue.”

2.4.3 La communication avec le patient intubé et sédaté

En raison de la haute technicité requise dans les services de réanimation, certains pensent que la communication occupe une place secondaire. Cependant, c'est tout le contraire : la communication orale et écrite au sein des équipes pluriprofessionnelles est essentielle au partage d'informations contribuant à la qualité et la sécurité des soins. Comme l'explique C.Arvioux et J-J.Lehot, dans cet environnement où les interventions médicales invasives sont fréquentes, la communication revêt une importance particulière pour les patients, souvent affectés dans leur conscience et leurs repères. Elle contribue à assurer leur sécurité, à humaniser les interactions et à respecter leurs droits. Les familles, de plus en plus souvent présentes 24h/24, sont également plus intégrées dans le processus de communication et de prise en charge des soins.

Le travail en réanimation est souvent perçu comme essentiellement technique. Bien que les soins techniques soient prédominants, il n'y a pas lieu d'opposer systématiquement la dimension technique et la dimension relationnelle, car elles se complètent au contraire. La relation entre l'infirmière et le patient revêt une singularité particulière du fait des soins vitaux prodigués. Le premier regard d'une personne qui émerge d'un coma se porte souvent vers l'infirmière, établissant ainsi un contact initial bien éloigné des formalités de présentation habituelles. Il importe d'aller à l'essentiel, de manifester notre présence, de situer le patient dans le contexte, et de lui rappeler qu'il est en vie.

Il est nécessaire de faire abstraction des équipements technologiques, des nombreux tuyaux et des fils connectés au scope qui peuvent conduire à une déshumanisation du patient. En dépit de son incapacité à parler et parfois à se mouvoir, surtout lors de séjours prolongés en réanimation, le patient exprime le désir de communiquer rapidement. Dans ces circonstances, les questions fermées sont les plus adaptées.

Établir une relation de confiance est d'une importance cruciale. Cela implique de se présenter, d'expliquer les divers soins, le déroulement quotidien, ainsi que le fonctionnement des appareils et leurs alertes. Par-dessus tout, il est essentiel de répondre aux questions et de consacrer du temps aux patients et à leurs proches, qui parfois n'osent pas poser de questions par crainte de nous retarder.

Les facteurs expliquant pourquoi une hospitalisation en service de réanimation est une expérience de solitude singulière sont multiples. En effet, comme l'explique Eric Kiledjian, outre le pronostic vital

engagé et l'urgence de la situation, la personne se retrouve confrontée à une détresse physique aiguë où elle se sent dépossédée de son propre corps, totalement dépendante des soignants et des équipements médicaux. Le patient est souvent dans l'impossibilité d'interagir avec son environnement que ce soit dû à l'affection dont il est atteint ou aux diverses thérapeutiques mises en place qui peuvent altérer la perception sensorielle et ainsi amplifier l'angoisse.

Dans de telles circonstances, l'accompagnement implique une observation attentive, une écoute empathique, cela peut aussi passer par le toucher, tout en utilisant la parole pour reconnecter la personne à la réalité. Cet accompagnement vise à soutenir la récupération tant sur le plan physique que psychologique.

3. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

3.1 Les objectifs du guide d'entretien

Lors de la construction de notre guide d'entretien, nous avons pu dégager plusieurs objectifs principaux qui nous ont permis de formuler des questions pertinentes qui répondent à nos questionnements et aux sujets abordés précédemment dans le cadre théorique.

Ainsi, dans le cadre de ces entretiens, nous voulons explorer et comprendre le parcours ainsi que l'expérience des professionnels de santé, en mettant l'accent sur leur conception du prendre soin et leur vision de la prise en soin globale du patient en réanimation. Un autre aspect clé de notre recherche consiste à comprendre la définition de l'accompagnement telle qu'elle est posée par les professionnels de santé. Cela nous permettra de comprendre comment ces acteurs définissent et mettent en pratique l'accompagnement des patients et de leurs proches tout au long du séjour en réanimation, en tenant compte des aspects psychologiques, émotionnels et pratiques.

Enfin, nous nous penchons sur les missions spécifiques des infirmiers en service de réanimation. Les précisions apportées par les infirmières nous aideront à comprendre les responsabilités et les tâches qui leur sont attribuées dans ce contexte particulièrement exigeant, en mettant en évidence leur contribution essentielle à la prise en charge et au suivi des patients en situation critique.

- Comprendre le parcours et l'expérience des professionnels
- Préciser la conception des professionnels de la prise en charge globale du patient en réanimation
- Comprendre la définition de l'accompagnement posée par les professionnels
- Comprendre les missions infirmières en service de réanimation

3.2 La population interrogée

Pour nos entretiens, nous voulions interroger des infirmières exerçant dans différentes réanimations mais aussi avec des temps d'expérience éloignés. C'est pourquoi nous avons choisi d'interroger une première infirmière, exerçant en réanimation chirurgicale depuis moins de deux ans, ainsi qu'une infirmière de réanimation médicale évoluant depuis plus de dix ans dans le service.

Tout d'abord, le fait que ces deux professionnelles travaillent dans ces deux services différents de réanimation nous laissait penser que la pluralité de leurs expériences apporterait beaucoup à nos entretiens. En outre, les profils patients et les prises en soins variant entre ces deux services, cela impliquerait des missions, des difficultés et parfois un relationnel différents.

3.3 L'organisation des entretiens

3.3.1 La prise de contact

Pour trouver des infirmiers en réanimation prêts à répondre à nos questions, j'ai tout d'abord contacté les cadres des services de réanimation chirurgicale et de réanimation médicale du CHU de Pontchaillou à Rennes en leur donnant des critères différents. Ayant précédemment réalisé mon stage en réanimation médicale, j'ai pu remarquer que tous les jeunes professionnels dans le service travaillaient de nuit. Or, l'accompagnement des proches, bien qu'il puisse se réaliser de nuit, est majoritairement présent le jour. C'est pourquoi j'ai choisi de donner comme critères au cadre de santé de réanimation médicale: un professionnel de jour exerçant en réanimation depuis plus de 10 ans.

J'ai ensuite contacté la cadre de réanimation chirurgicale en précisant que je recherchais un professionnel de jour ayant moins de deux ans d'expérience au sein du service. Les deux cadres sont rapidement revenus vers moi avec le contact des professionnelles qui se sont proposées. Je leur ai par la suite envoyé un message pour me présenter et planifier les lieux et heures de rendez-vous.

3.3.2 Les lieux de rendez-vous

Après avoir choisi une date selon les disponibilités des infirmières, j'ai dû trouver un lieu pour réaliser mes entretiens. Je voulais un lieu calme qui permette de réaliser l'entretien sans être interrompue et qui soit adapté à un enregistrement qualitatif. J'ai donc recontacté les cadres des réanimations afin de trouver une pièce disponible au sein du service pour réaliser mes entretiens. Ils se sont donc déroulés directement dans les services de réanimation chirurgicale et médicale.

3.3.3 Le matériel d'enregistrement

Afin de m'assurer que l'enregistrement se déroule sans incident (appareil qui n'enregistre pas, pas de son sur l'enregistrement...) et qu'il dispose d'une bonne qualité audio, j'ai enregistré avec l'accord des interviewés, sur deux appareils différents : un téléphone portable et un dictaphone, garantissant la sécurité d'enregistrement.

3.4 Le bilan du dispositif

3.4.1 Les points forts

Les IDE se sont réellement investies dans les entretiens et ont fait preuve d'écoute attentive. Elles étaient motivées et intéressées par le sujet et m'ont permis d'approfondir mes recherches et de mettre en lumière d'autres notions non abordées dans le cadre théorique. La diversité de leur expérience a grandement participé à la qualité de ces entretiens. De plus, local attitré par les cadres de santé était calme et éloigné de l'activité, participant à la qualité de mes entretiens.

3.4.2 Les difficultés rencontrées

J'ai été confrontée à une seule difficulté qui n'a cependant pas eu d'influence négative sur le déroulement de mes entretiens. En effet, la difficulté résidait dans la planification conjointe d'un créneau de rencontre compatible avec nos impératifs individuels. Étant en stage à cette période, j'ai dû solliciter la modification de mes horaires de stage afin de m'adapter aux disponibilités des infirmières afin de réaliser les entretiens.

3.4.3 Les limites du dispositif

Je pense que le faible échantillon d'interviewées ne me permet pas d'approfondir autant que je le voulais le sujet étudié. De plus, la capacité individuelle à développer sa pensée n'était pas la même chez les deux infirmières interrogées. En effet, l'infirmière plus jeune avait plus de difficultés à répondre aux questions. Par ailleurs, cette même infirmière a déjà eu un proche hospitalisé en réanimation, il y avait donc un biais de perception des questions au regard d'une expérience familiale...

4. L'ANALYSE DES ENTRETIENS

4.1 Les besoins spécifiques du patient en réanimation

4.1.1 Prendre soin en réanimation, un concept nuancé

Au regard des réponses données par les deux infirmières lors de nos entretiens, nous pouvons comprendre que le “prendre soin” en réanimation se divise en deux axes. D’une part, un côté relationnel avec un accompagnement de la famille assez important, particulièrement rapporté par l’infirmière 1 mais aussi un relationnel à bâtir avec le patient tout au long de son séjour. D’autre part, les professionnelles soulignent l’importance de viser la guérison et de soutenir la vie du patient, malgré un pronostic vital engagé. En effet, l’infirmière 1 explique que prendre soin du patient en réanimation “c’est qu’il sorte vivant de ce service”. L’infirmière 2 se concentre sur l’importance de la réactivité du personnel soignant et de réaliser des actions techniques rapides et précises, nécessaires dans un environnement de réanimation où le pronostic vital du patient est en jeu.

Nos entretiens ont permis de mettre en lumière la complexité de la prise en soin des patients en réanimation, en soulignant à la fois les aspects relationnels et techniques, ainsi que les objectifs de guérison malgré des pronostics vitaux engagés.

4.1.2 Le relationnel, un besoin majeur en réanimation

Les infirmières interrogées identifient des besoins différents liés à un séjour en réanimation. En effet, l’infirmière 2 met en avant la communication comme un élément crucial malgré les défis liés à l’état du patient “sédaté curarisé”. Elle souligne également l’importance de l’explication de l’environnement et de la situation du patient pour favoriser une meilleure compréhension. L’infirmière 1, quant à elle, identifie l’accompagnement, certes auprès du patient mais “c’est surtout sur la famille” comme une priorité. En revanche, les deux professionnelles sont d’accord sur la nécessité de faire preuve de réassurance et de bienveillance. Le centrage des soins sur la personne est mis en avant, reconnaissant la gravité des pathologies des patients en réanimation.

Prendre soin du patient et de ses proches durant un séjour en réanimation, requiert de la part de l’IDE plusieurs capacités. La première infirmière évoque la bienveillance et l’écoute auxquelles elle prête une place primordiale dans l’accompagnement “être à l’écoute...hyper important”. Il en est de même pour la gestion des silences qui permet selon elle, de respecter le rythme et le besoin de réflexion. La deuxième infirmière met l’accent sur le fait de maintenir la juste distance “s’impliquer sans trop s’impliquer”. Elle explique également que la capacité d’explication est majeure dans l’accompagnement des proches.

Elle souligne que cette activité est source de stress, même pour les soignants expérimentés.

4.2 La personnalisation de l'accompagnement

4.2.1 L'accompagnement du patient

Lors du réveil en réanimation, le patient peut souffrir d'une totale amnésie de la situation, il reprend conscience avec un tube dans la bouche sans savoir ce qu'il s'est passé. Le patient étant très désorienté, les deux infirmières expliquent qu'il est crucial d'expliquer en détail les soins et le suivi dont le patient bénéficie. De ce fait, les infirmières se voient répéter régulièrement les mêmes choses car selon elles "l'important c'est de les resituer" "l'aider à réaliser ce qu'il s'est passé". De plus, ces explications ont également un rôle de réassurance auprès du patient, le fait de l'aider à réaliser progressivement ce qui lui est arrivé tout en étant accompagné par les soignants diminue le stress. C'est donc pour cela que les infirmières jugent nécessaire de maintenir une disponibilité constante pour le patient afin de lui fournir les explications sur les soins et son environnement qui permettront de le rassurer.

4.2.2 L'accompagnement des proches

Les deux infirmières estiment qu'une grande part de l'accompagnement se fait auprès des proches. L'hospitalisation en réanimation est également très brutale pour l'entourage du patient, rendant très importantes les explications qui leur permettent de donner du sens à la situation. Les soignantes expliquent qu'il est nécessaire d'expliquer la raison de sa venue avec des mots simples qu'ils pourront comprendre mais aussi des explications sur les soins prodigués et l'environnement qui les entoure. Elles ajoutent à cela que les proches doivent rester constamment informés de l'état de santé de leur proche, ce qui permet également de rassurer ceux-ci. Le niveau de compréhension étant affecté par les fortes émotions ressenties par les proches, il est nécessaire de s'assurer de leur compréhension des informations transmises.

L'infirmière 2 précise cependant que malgré la volonté de rassurer les proches, il ne faut pas "avoir un côté trop rassurant sur la prise en soin d'un patient en réanimation". En effet l'état du patient reste très instable, d'où l'importance de ne pas affirmer quoi que ce soit auprès des proches dans un premier temps car cela peut mettre en péril la confiance qu'ils ont envers les soignants si la situation du patient vient à se dégrader.

Selon les soignantes, accompagner c'est accorder beaucoup de temps aux proches, c'est pour cette raison qu'elles affirment très important le fait de montrer une grande disponibilité aux proches en leur expliquant qu'il est possible de les contacter à tout moment, afin qu'elles puissent répondre à leurs questions et les accompagner tout au long du séjour. Parce que chaque famille est différente, elles demanderont plus ou moins de disponibilité. Il est donc important de leur accorder le temps dont elles ont besoin pour répondre au mieux à leurs besoins "c'est du temps qu'il faut leur accorder dans notre prise en soins général".

La communication étant de facto déjà difficile entre les soignants et le patient, elle l'est encore plus pour les proches. C'est pour cela que les infirmières précisent que leur rôle c'est aussi de guider les proches dans cette communication "expliquer que soit le patient est endormi et donc tous ses sens peuvent être mis en sommeil entre guillemets mais[...]qu'ils peuvent leur parler, les toucher"

4.2.3 Les bénéfices d'un accompagnement qualitatif

Un accompagnement qualitatif a de nombreux bénéfices sur la prise en soin. Selon l'infirmière 1, accompagner permet de renforcer la relation entre les soignants et les familles, créant ainsi un environnement propice à une bonne communication et ainsi de permettre un échange d'informations plus aisé et d'instaurer un climat de confiance "Ils arrivent à nous dire des choses qu'ils ne diraient pas forcément je pense aux autres". L'infirmière 2 ajoute à cela que non seulement l'accompagnement permet de libérer la parole mais aussi de favoriser une étroite collaboration entre les proches et les soignants et par conséquent, fournir la meilleure expérience possible aux proches lors de cette hospitalisation.

Du côté patient, le fait que ses proches soient informés de son état et de son évolution peut apporter du réconfort, renforçant ainsi son bien-être et améliorant le vécu de son séjour en réanimation.

Lors d'un accompagnement de fin de vie, l'infirmière 2 explique que permettre aux proches d'être présents à chaque étape et d'être accompagnés tout au long du processus de soin, de l'évolution jusqu'au dernier souffle est d'une importance majeure dans le processus de deuil et d'acceptation, leur permettant ainsi de dire au revoir à leur rythme.

Nous avons également pu demander aux infirmières en quoi accompagner les proches leur permettait de se sentir épanouies dans leur travail. La satisfaction procurée par l'accompagnement participe au bien être des professionnels. En effet, pour les soignants, cette satisfaction provient de la possibilité de représenter pour les proches un soutien et une ressource à qui se confier, poser des questions et obtenir des réponses pertinentes. Les deux infirmières que nous avons interrogées étaient d'accord sur le fait que pouvoir répondre aux besoins et aux interrogations des familles contribue à renforcer leur sentiment de compétence et d'accomplissement professionnel "on se dit c'est pour ça qu'on fait ça!". De plus, la reconnaissance des proches exprimée aux travers de sincères remerciements renforce le sentiment de satisfaction professionnelle en valorisant leur travail, les encourageant ainsi à continuer de fournir un accompagnement de qualité.

Du côté des familles, les bénéfices de l'accompagnement sont multiples. Les deux infirmières expliquent qu'ils apprécient notamment la liberté de pouvoir venir quand ils veulent et de bénéficier d'un soignant qui peut répondre à leurs interrogations. Cette disponibilité fournie par les soignants favorise un sentiment de confiance et de sécurité pour les proches. De plus, le fait de pouvoir discuter et de prendre le temps avec les soignants offre un soutien émotionnel important, réduisant ainsi le stress et le traumatisme de l'hospitalisation en réanimation.

De plus, lors d'un accompagnement qu'elles estiment qualitatif, les professionnelles ont pu observer des bénéfices additionnels. D'une part, l'infirmière 1 a pu noter qu'un bon accompagnement des proches permettait de renforcer l'envie de guérir du patient "ça donne de la force pour pouvoir se battre contre la maladie". D'autre part, l'infirmière 2 constate un autre impact positif de l'accompagnement des proches sur la prise en soin. En effet, dans ses diverses expériences auprès des familles de patients hospitalisés, elle a pu remarquer que lors d'un suivi qualitatif, les proches s'investissent beaucoup plus dans la prise en soin et sont d'autant plus présents, participant à l'évolution positive du patient.

4.2.4 Les ressources essentielles dans un accompagnement de qualité

Plusieurs ressources favorisant l'accompagnement sont identifiées par les soignantes. La plus évoquée est le salon des familles, qu'elles décrivent comme un lieu "cocooning" "cosy" et "intimiste". Il permet de recevoir les familles particulièrement lors de la première visite ou lorsqu'il y a des faits marquants à rapporter aux proches. Ce lieu permet aux proches de recevoir l'information dans un environnement calme qui préserve leur intimité. C'est également durant la première visite que les soignants remettent aux familles un livret d'accompagnement regroupant toutes les informations sur le fonctionnement du service qui leurs seront utiles durant toute la durée du séjour.

Les infirmières peuvent également faire appel aux collègues de l'équipe pluridisciplinaire, elles évoquent la psychologue "la première à qui on va faire appel" mais aussi les collègues plus expérimentées. L'infirmière deux explique que dans certaines situations où elle a du mal à communiquer avec la famille, elles se relaient avec ses autres collègues pour permettre de faire perdurer l'accompagnement.

4.2.5 La clarté des informations, garante de la continuité dans l'accompagnement

Le partage d'information au sein d'une équipe permet de garantir la cohérence dans l'accompagnement des patients mais aussi des proches. En effet, les deux professionnelles identifient les transmissions comme des moyens essentiels pour partager des informations au sein de l'équipe tout en garantissant la continuité et la cohérence dans l'accompagnement des proches "Les transmissions surtout, c'est le seul moyen de perdurer cet accompagnement". Ce partage d'informations permet de suivre une ligne directrice et de s'assurer que toute l'équipe ayant tous les renseignements concernant la prise en soin transmette les mêmes informations aux proches. Cependant, les deux infirmières se rejoignent sur le fait qu'il y a parfois des discordances dans les propos des soignants auprès des proches, elles estiment que cela peut être dû à des transmissions inadéquates mais que le moment auquel les proches reçoivent l'information peut influencer leur compréhension.

4.3 La particularité de la réanimation

4.3.1 La gravité, le facteur commun à toutes les hospitalisations en réanimation

Les motifs d'entrée en service de réanimation sont nombreux et variés, cependant dans chacun d'entre eux, on retrouve certains facteurs. Les infirmières interrogées expliquent que le facteur commun à toutes les hospitalisations en réanimation est la gravité. La gravité étant présente chez tous les patients en réanimation, celle-ci varie en fonction des cas, allant de situations où le pronostic vital à court terme est fortement engagé, comme les polytraumatisés ou les patients souffrants de défaillance multi-viscérales, aux cas moins critiques où une suppléance de la fonction défaillante peut suffire à stabiliser l'état du patient.

Autre facteur qui réunit tous les patients: l'incertitude du pronostic. Effectivement, les deux infirmières affirment que le pronostic du patient est incertain, en particulier dans les premières heures l'admission en réanimation. L'évolution rapide de l'état de santé du patient rend difficile de prédire les suites de l'hospitalisation. De plus, l'infirmière 1 décrit le séjour en réanimation comme des "hauts et des bas". De ce fait, elle souligne la complexité des cas et l'impossibilité de pouvoir présumer de l'évolution future de l'état du patient.

Notre travail portant sur le patient intubé et sédaté, nous avons demandé aux infirmières les motifs conduisant à une intubation. Il en existe plusieurs : les défaillances neurologiques sont citées comme la principale raison d'intubation en réanimation par les professionnelles. En outre, l'insuffisance respiratoire et l'arrêt cardio-respiratoire sont également reconnus comme des facteurs déterminants par l'infirmière deux.

4.3.2 Les missions infirmières en réanimation

Les missions infirmières en réanimation sont nombreuses. Dans le cadre de leur rôle prescrit, l'infirmière 1 précise qu'elles sont chargées d'appliquer les prescriptions médicales et de surveiller attentivement les thérapeutiques, notamment en s'assurant du bon fonctionnement des équipements biomédicaux tels que le respirateur ou encore le scope. Chez un patient intubé et sédaté il est également important d'adapter le protocole de sédation antalgie en fonction des besoins du patient, et en étroite collaboration avec les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR). Dans le cadre de leur rôle propre, la surveillance occupe une place majeure dans la prise en soin du patient, ces surveillances se font très régulièrement au regard de l'état critique du patient. Selon les infirmières, s'assurer du confort du patient est un aspect indispensable de leur rôle infirmier "assurer le confort du patient avant tout". En effet, il est très important de veiller à ce que le patient soit le moins douloureux possible, en préservant son bien-être physique via les soins d'hygiène et de nursing tout en respectant son intimité. Selon l'infirmière 2 continuer de communiquer avec le patient est indispensable et permet de le garder connecté au monde extérieur. Elle ajoute que l'infirmière a un grand rôle à jouer dans la transmission des informations, celles-ci étant garantes d'un suivi qualitatif et de la continuité des soins.

Au-delà de son travail au sein de l'hôpital, l'infirmière 2 encourage vivement à cultiver la curiosité en découvrant des ouvrages sur des témoignages de patients en réanimation pour mieux appréhender leurs ressentis et comprendre ce qu'ils ont vécu durant leurs séjours, elle incite également à se tenir informé des avancées médicales afin de comprendre l'impact de l'état de santé du patient sur sa perception et sa compréhension de la situation.

4.3.3 Une communication difficile à établir

La communication avec un patient intubé et sédaté présente des défis importants tant du côté du patient que du côté des professionnels de santé. L'infirmière 2 se concentre sur le côté patient en expliquant que pour lui, il peut être difficile de comprendre ce qui se passe réellement autour de lui en raison de son état de sédation. Elle émet le doute que bien qu'il puisse entendre les conversations et les explications fournies par l'équipe médicale, sa capacité de réflexion et de compréhension puisse être altérée en raison de la sévérité de sa condition médicale et des effets de la médication.

L'infirmière 1, voit surtout des difficultés du côté infirmier. En effet, elle précise que le patient peut avoir du mal à communiquer ses besoins et ses douleurs, car il ne peut pas s'exprimer verbalement et sa capacité à signaler son inconfort peut être limitée. Pour elle, la principale difficulté réside dans le fait de déterminer si le patient est confortable et s'il ressent des douleurs, car il ne peut pas communiquer directement ses sensations. Elle ajoute que cela peut rendre la gestion de la douleur et le soulagement de l'inconfort du patient plus complexe, nécessitant une observation clinique et des réactions du patient au travers de cotation de scores.

Enfin, les deux infirmières expriment toutes deux une lacune en termes d'outils disponibles pour aider dans la communication avec le patient intubé et sédaté "on est assez pauvre là-dessus, sur comment entrer en communication avec le patient". Selon l'infirmière 2, au-delà de la difficulté de communication qu'elle ressent elle-même, elle exprime également des difficultés dans la transmission aux étudiants. En effet, elle ajoute qu'elle n'a pas reçu de formation durant ses études à l'institut de formation en soins infirmiers qui lui permette d'apprendre à communiquer avec les patients intubés et sédatés. Pour elle, ces obstacles représentent "la violence de la réalité de la réa" et c'est le plus compliqué à appréhender sur son travail en réanimation. Les deux professionnelles nous ont expliqué que la communication avec le patient intubé et sédaté s'acquiert avec de l'expérience et qu'il est normal d'avoir des difficultés en début de carrière, celles-ci peuvent parfois perdurer même avec de l'expérience en fonction des situations "c'est pas quelque chose d'inné, il faut trouver par soi-même", Il y a que le temps qui t'apprend comment communiquer avec les patients". Elles soulignent donc qu'il n'y a pas de méthodes prédéfinies ou innées pour y parvenir et qu'il faut donc trouver des moyens singuliers qui nous correspondent.

4.3.4 Aider les proches à appréhender la communication avec le patient

Les professionnelles interrogées ont chacune leurs moyens pour aider les proches à communiquer avec le patient intubé et sédaté.

Tout d'abord, l'infirmière 2 souligne qu'il est important de conserver les habitudes du patient en proposant aux proches de "ramener l'environnement de la maison". Cela peut passer par l'ajout de photos dans la chambre, la diffusion de musique que le patient apprécie ou encore de venir lui lire le journal si telle est son habitude. Elle aborde également la dimension émotionnelle, avec l'importance de déculpabiliser les proches, qui peuvent se sentir coupables de ne pas venir autant de temps qu'ils le souhaiteraient. Elle ajoute qu'il est crucial de les rassurer et de les encourager à aller à leur rythme, en leur assurant qu'il n'y a pas de jugement et qu'ils sont toujours les bienvenus "toujours leur dire que c'est pas grave, qu'on comprend et qu'ils peuvent venir quand ils le souhaitent". Ces échanges permettront de renforcer la confiance que les proches ont en les soignants et ainsi d'impacter positivement la prise en soin.

L'infirmière 1 conseille quant à elle, d'engager la conversation avec lui, même si l'état du patient peut varier, car il est peut-être en mesure d'entendre et que leur présence est quelque chose de réconfortant pour le patient. De manière conjointe, les deux infirmières encouragent vivement les proches à favoriser le toucher, que ce soit par des gestes simples en prenant la main du patient ou en lui caressant le visage.

4.3.5 Surmonter les défis de la communication avec les patients intubés , les stratégies et les limites

Les professionnelles font donc face à de nombreuses difficultés dans la communication avec le patient intubé et ventilé. Pour y faire face , elles ont plusieurs techniques qu'elles nous ont partagées durant l'entretien. Toutes deux favorisent l'observation dans ce genre de situations complexes. En effet, l'observation clinique permet selon elles d'identifier les besoins et les douleurs du patient. Leurs méthodes incluent la palpation, l'observation des réactions du patient et la communication non verbale. Cependant, elles précisent tout de même que cela reste assez imprécis et parfois insuffisant pour localiser correctement les douleurs du patient "c'est difficile de trouver une solution pour pallier ça". C'est notamment au regard de ces difficultés persistantes malgré l'observation clinique que les professionnelles soulignent l'importance des transmissions orales et écrites. En effet, celles-ci permettent de partager les informations sur l'état et les besoins du patient, permettant une connaissance approfondie de celui-ci et de rester attentifs en équipe à certains détails et à leur évolution.

Malgré les moyens mis en oeuvre pour compenser le manque de communication, les infirmières reconnaissent que certaines difficultés persistent, notamment en raison de facteurs limitant le suivi des patients en lien avec les plannings de travail et la mobilité "la limite qu'on a sur la connaissance de

patient elle est sur le fait qu'on tourne, parfois beaucoup", mais aussi en raison de la complexité des situations rencontrées en service de réanimation.

5. DISCUSSION

5.1 Prendre soin du patient...mais aussi des proches

Durant mes recherches, je me suis particulièrement concentrée sur l'environnement de la réanimation et le prendre soin du patient. Cependant, les infirmières reçues en entretien le répètent plusieurs fois, prendre soin du patient c'est aussi prendre soin de ses proches.

En effet, les deux infirmières expliquent que dans le "prendre soin" du patient en réanimation, l'accompagnement des proches occupe une place majeure "l'accompagnement de la famille c'est une grande partie de ton travail en réanimation. Leurs propos sont confirmés par les auteurs tels que B Sauzaret " *Prendre soin, c'est aussi, pour moi, être attentive à la famille, à l'entourage de la personne malade. Tout d'abord pour la simple raison que le comportement de la famille ou de l'entourage influe sur le cheminement de la personne malade. Mais aussi parce qu'il n'est pas possible de laisser sans une parole ces personnes en souffrance, désemparées face à ce qui leur arrive, face au comportement modifié de leurs proches.*" (1992) Dans cette définition, elle renforce également les dires des infirmières selon lesquels la présence des proches tout au long de l'hospitalisation a une influence positive sur l'évolution du patient "un patient accompagné où il y a un réel accompagnement par sa famille, par ses proches ou les soignants a toujours une envie..on va dire une envie de s'en sortir.", "ça peut aider dans l'évolution positive du patient".

Durant mon stage en réanimation médicale j'ai pu constater que la présence des proches était une vraie ressource dans les prises en soin. Comme le dit l'infirmière 2 "en réa on est quand même assez invasif et douloureux en terme de soins, on essaye de faire le moins douloureux possible, on est quand même assez vécu pour certains comme des éléments agressifs".

J'ai pu moi-même être confrontée à des patients excédés de l'hospitalisation; dans ces situations la présence des proches était d'une grande aide dans la réassurance du patient et pour son acceptation des soins. De plus, lorsque le patient est sédaté et donc parfois confus, entendre une voix familière participe grandement à son apaisement. Les paroles douces ou les caresses d'un proche font du bien au patient mais aussi aux proches, le vécu de l'hospitalisation en réanimation est certes traumatisant pour le patient, mais il l'est aussi pour les proches. Il est donc important d'inclure les proches dans notre prise en soin en leur expliquant la situation mais aussi en leur offrant du temps pour répondre à leurs divers besoins.

En revanche, je note des désaccords entre les auteurs et les IDE interviewées concernant le concept du prendre soin. En effet, comme évoqué dans le cadre théorique, Patrick Morel-Vulliez met l'accent sur l'importance de différencier prendre soin et "faire des soins". Selon lui, prendre soin ne signifie pas guérison, cela se base plutôt sur les attentions du quotidien. Pourtant, l'infirmière 1 explique que pour elle, prendre soin du patient en réanimation "c'est qu'il sorte vivant de ce service". Je pense que cette

volonté de guérir le patient est sans doute liée à son jeune âge et le peu d'expérience dans un service de réanimation.

L'infirmière 2 définit le prendre soin comme "faire des actions rapides sur un côté très très technique dans un premier temps" contrairement à Walter Hesbeen qui explique que prendre soin va au-delà de l'exécution de gestes techniques.

Au regard de mes recherches et de mes entretiens, je me demande si la volonté de guérir et de s'axer sur un côté très technique dans un premier temps n'est pas propre aux services de soins critiques. En effet, mon expérience en réanimation m'a permis d'être observatrice de la prise en soin de certains patients. Il est vrai que lors de l'entrée du patient dans le service, toute l'équipe médicale et paramédicale s'affaire à essayer de soutenir voir maintenir la vie en mettant parfois le relationnel de côté.

En revanche, comme l'explique l'infirmière 2, il y a "un relationnel qui va s'installer une fois l'urgence gérée", c'est à partir de ce moment que les infirmières vont vraiment prendre le temps avec le patient pour lui expliquer tout son environnement et l'accompagner durant son hospitalisation. Je pense que dans les services de soins critiques il est nécessaire de prioriser nos actions, particulièrement dans la phase aiguë. En effet, nous avons pu voir que le relationnel occupe une place très importante en réanimation. Cependant, je pense que lors de la phase critique il est important de mettre tout en œuvre pour sauver le patient même si cela veut dire prendre moins de temps pour le relationnel au début. Alors bien sûr, il convient tout de même d'expliquer au patient pourquoi il est là et se présenter à lui, c'est là que va débiter l'accompagnement.

Selon moi, prendre soin en réanimation c'est avant tout s'assurer du confort du patient. En effet, toutes les pathologies ne peuvent-être guéries, parfois il faut prendre soin du patient jusqu'à son dernier souffle. C'est pour cette raison que je place le confort en priorité dans mes soins. Quand je suis arrivée en réanimation, j'ai tout d'abord été impressionnée par les équipements, le bruit mais aussi le nombre de soignants présents dans le service. Ensuite, c'est la vision du patient qui m'a impressionnée, le patient est intubé, perfusé, sondé parfois même contentionné pour sa sécurité. Nombreux sont les soins invasifs qui peuvent paraître presque brutaux pour les patients. Je me dis que si en tant que soignante j'ai pu être impressionnée par cet environnement, ce sentiment doit être amplifié chez le patient. Comme expliqué précédemment, il peut souffrir d'une amnésie de la situation et les produits administrés afin de le sédater peuvent causer une grande agitation et altérer sa compréhension de son état. En effet, comme l'explique Michèle Grosclaude "*L'ébranlement somato-psychique par la violence réanimatoire libère dans le sujet réanimé des éprouvés archaïques [...] les explications prodiguées au patient sur son intubation ne font que conforter sa conviction que le tube dans sa gorge a pour fonction de l'étouffer, qu'il est dans un lieu d'extermination où l'on veut sa mort*". (2019. p.25)

Je pense donc qu'il sera de mon devoir de rassurer le patient en lui expliquant son environnement et l'intérêt des soins que je prodigue en plus d'assurer son confort et ce, que son pronostic aille vers la guérison ou le décès.

5.2 L'accompagnement des proches au coeur de la prise en soin

Durant les entretiens, lorsqu'on abordait l'accompagnement, que ce soit auprès du patient ou des proches, les deux infirmières insistaient sur le rôle de l'explication tout au long de la prise en soin, ayant un rôle de réassurance "Il faut leur expliquer pourquoi est-ce qu'ils sont là, les soins qu'on fait." "donner des nouvelles sur l'état de santé du patient" car l'environnement de la réanimation est très hostile et déstabilisant pour les proches. Selon Charles-Christian Arvieux et Jean-Jacques Lehot, il est primordial d'expliquer la prise en soin et l'évolution du patient à ses proches. En effet, ils sont d'accord avec les infirmières pour dire que les équipements médicaux, les alarmes et la sédation sont sources de stress et d'incompréhension pour les proches, c'est donc là que le rôle d'explication sera bénéfique. De plus, les auteurs et les infirmières sont en accord sur le fait que "des proches bien informés peuvent renforcer l'alliance thérapeutique".

Lorsqu'ils expliquent le rôle essentiel de l'explication, les auteurs et les infirmières mettent tous l'accent sur l'importance de ne pas avoir un côté trop rassurant concernant l'évolution du patient. En effet, comme précisé précédemment par une infirmière, un séjour en réanimation est fait "de hauts et de bas", il est très difficile de prévoir la suite car l'état du patient peut se dégrader très rapidement. Par conséquent, il est nécessaire d'expliquer la situation telle qu'elle est sans essayer de l'embellir. Charles-Christian Arvieux et Jean-Jacques Lehot le disent, "il est crucial de résister à la tentation de donner des paroles rassurantes qui ne sont pas le reflet de la situation que traverse le patient". Les auteurs et les infirmières expriment avec certitude que ce genre de propos peut conduire à une rupture de la confiance des proches envers les soignants et donc nuire à la qualité de la prise en soin du patient.

Communiquer avec les proches est une mission infirmière que j'apprends dans ma future pratique professionnelle. En effet, donner des nouvelles du patient est une source de stress surtout quand les informations apportées ne sont pas celles que les proches attendaient. Il est parfois difficile d'expliquer la situation telle qu'elle est aux proches lorsqu'on est face à toutes leurs émotions, souvent très intenses et de leur dire que non, leur parent ou ami ne se réveille toujours pas et qu'il n'y a pas d'évolution encourageante à leur transmettre. C'est aussi dans cette démarche que j'ai choisi de pousser mes recherches sur l'accompagnement de ces familles désemparées face à cette expérience brutale qu'est la réanimation. Grâce aux réponses apportées par les infirmières lors des entretiens, je dispose d'outils supplémentaires afin de me préparer au mieux à répondre aux besoins des proches de mes patients. Je pense qu'il est important de permettre aux proches de se familiariser avec cet

environnement nouveau en leur permettant de ramener des objets symboliques pour eux ou pour le patient afin de se sentir plus en “sécurité” et ainsi favoriser la communication patient-proche.

Chaque être humain réagissant de manière singulière aux expériences de la vie suscitant de fortes émotions, il me semble nécessaire en tant qu’infirmière de respecter le cheminement de chacun et d’adapter ma prise en soin et mes actions au regard de celui-ci. Durant mon expérience en tant qu’étudiante infirmière en réanimation, j’ai pu me rendre compte que je me faisais une idée préconçue des besoins des proches en imaginant ce dont j’aurais aimé bénéficier dans cette situation. J’ai alors rapidement compris que pour prendre soin d’eux, il fallait surtout les écouter. En effet, certains n’ont pas de demandes particulières autres que celle de se sentir écoutés. Certains seront proactifs dans la prise en soin à vouloir savoir absolument tout ce qu’il se passe, ils tiendront à ramener beaucoup d’objets, photos ou encore tenir un carnet de bord, tandis que d’autres seront plus en retrait et chercheront une oreille attentive qui comprendra, ou qui du moins pourra se faire une idée de la difficulté de l’épreuve qu’ils affrontent. Mon rôle sera donc d’accompagner cette réponse émotionnelle et de les aider à cheminer tout au long de l’hospitalisation. Accompagner les proches c’est aussi pour moi les guider dans cette communication difficile avec le patient intubé et sédaté. Comme l’expliquent les professionnelles vues en entretien, il est parfois compliqué de communiquer avec un patient intubé et sédaté pour une infirmière avec de l’expérience. Que penser alors de la difficulté que cela constitue pour un proche impliqué émotionnellement? C’est pour cette raison que je considère que dans l’accompagnement, il y a un objectif majeur qui consiste à guider les proches dans cette communication perturbée. Pour beaucoup de proches venant rendre visite au patient, c’est la première fois qu’ils voient quelqu’un d’intubé, ou même la première fois qu’ils entrent dans une unité de réanimation. C’est donc une expérience complètement nouvelle et troublante car elle demande une façon de communiquer qui n’est pas naturelle. Je pense que les guider dans cette communication se fait en plusieurs étapes clés. Tout d’abord, l’accueil dans le service est le premier moment qui permet d’établir la relation de confiance et de s’identifier comme une personne ressource auprès des proches, un accueil durant lequel le professionnel prend le temps permet selon moi de faciliter l’échange durant le reste de la prise en soin. Dans un second temps, je pense qu’il est nécessaire d’accompagner les proches dans l’entrée en communication avec le patient en lui expliquant qu’il peut passer par le toucher et qu’il peut lui dire ce qu’il ressent. Certes il n’aura pas de réponse verbale de la part du patient. Cependant, mon objectif est avant tout de lui faire comprendre que si il parle à son proche hospitalisé c’est avant tout pour lui, pour l’aider à affronter cette épreuve et à assimiler la gravité de la situation. Parler à son proche et exprimer ce qu’il ressent permet selon moi de mieux vivre l’hospitalisation. Parce que la réanimation ne “réanime” pas tout le monde, lui avoir parlé sera aussi une façon d’éviter les regrets et d’avoir pu passer les derniers moments de vie ensemble sans qu’il y ait de non-dits, affectant par la suite le processus de deuil des proches.

En somme, je pense qu'accompagner les proches est un processus très personnel qu'on adapte au fil du temps et de nos expériences et qu'il n'y a pas de règles universelles à cette pratique. Chaque professionnel a sa façon propre d'accompagner les proches. C'est aussi pour cela que les collègues sont une véritable ressource et richesse de diversité. Je dirais qu'il faut se faire confiance, recueillir les outils qu'on peut trouver dans nos expériences, la littérature ou dans l'équipe pluri-professionnelle et se lancer, l'empathie et les proches nous guideront par la suite.

6. CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche, mené tout au long de ma troisième année, est né de mes expériences vécues lors de mon stage en réanimation. Ces situations m'ont profondément interpellée et il m'a semblé nécessaire d'approfondir ce sujet complexe afin de répondre à mes interrogations et de perfectionner ma pratique professionnelle. Initialement, j'ai beaucoup appris grâce aux divers auteurs passionnés abordant ce sujet, mais aussi grâce aux entretiens que j'ai menés avec des professionnels de terrain. Ces derniers ont généreusement partagé avec moi leur expérience dans la mission infirmière d'accompagnement des proches.

Effectuer mes recherches au sein d'unités de réanimation m'a énormément appris sur cet environnement spécifique et sur les particularités propres à ce service. Cette immersion a également renforcé ma détermination à intégrer un service de réanimation dans le cadre de mon projet professionnel.

Ce mémoire a été une occasion précieuse d'enrichir ma culture générale et mes connaissances sur l'accompagnement des proches et la prise en soin des patients intubés et sédatisés. Ces acquis me seront utiles dans ma future pratique professionnelle, que ce soit en réanimation ou dans tout autre service de soins.

Cette recherche m'a également permis de préciser ma question de départ qui était "En quoi l'accompagnement des proches par l'infirmière en service de réanimation, dans un contexte de pronostic réservé, serait-il au cœur de la prise en soin du patient intubé/sédatisé ?". En effet, une question perdue " De quelle manière l'expérience de l'IDE au sein d'un service de réanimation influe-t-elle sur la qualité de la prise en soin du patient et de ses proches? "

Je pense que mes diverses expériences à venir tout au long de ma carrière me permettront de répondre à cette question avec un peu plus de précision.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Kérouac, S. (1994). *La pensée infirmière : conceptions et stratégies*.

Poletti, R. (1978). *Les soins infirmiers : théories et concepts*.

Arvieux, C., & Lehot, J. (2001). *Infirmier(e) en réanimation, soins intensifs et urgences : Comprendre pour mieux soigner*.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Elsevier Masson.

Grosclaude, M. (2019). L'accompagnement en réanimation, ou l'entrée dans « un autre monde ». *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 136, 23-30.

Kiledjian, É. (2019). Du travail de lien en réanimation. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 136, 5-7.

Sauzaret, B. (1992) Infirmière à l'hôpital de l'Antiquaille. *Entre la vie et la mort, être accompagné*, [Discours]

Webographie :

Centre National de ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/>

APHP MIR Mondor. (s. d.). *Les techniques de réanimation - Médecine Intensive Réanimation*. Médecine Intensive Réanimation. <https://reamondor.aphp.fr/familles/les-techniques-de-reanimation/>

SRLF. (2011). Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation, *20110419-Référentiel-IDE-final.pdf*.

<https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/20110419-R%C3%A9f%C3%A9rentiel-IDE-final.pdf>

Ministère de la santé. (2016). La sédation profonde et continue jusqu'au décès, *fichesedation.pdf*. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichesedation.pdf>

Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation et modifiant le code de la santé publique

Article D6124-27-1 - Code de la santé publique - Légifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045674315

Article D6124-28-1 - Code de la santé publique - Légifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045682349

Article D6124-28-4 - Code de la santé publique - Légifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045674686

Bulletin Officiel 2003-45. (s. d.-b). <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-45/a0453485.htm>

Reuves :

Godet, M. (2011). L'intubation orotrachéale, *La revue de l'infirmière n° 171*, p. 45-46

Saez, O. (2012). Fiche technique : l'intubation, *L'infirmière Magazine n° 311*, p. 43-44

Clavagnier, I. (2019). La communication en réanimation, *L'aide soignante n° 205*, p. 11-11

Novacovici, P. (2008). La relation au coeur des soins en réanimation, *La revue de l'infirmière n° 142*, p. 15-15

Novacovici, P. (2008). Influence de l'environnement sur les rapports humains en réanimation, *La revue de l'infirmière n° 142*, p. 16-16

Huys, H. (2008). Les spécificités de la prise en charge relationnelle en réanimation, *La revue de l'infirmière n° 142*, p. 21-22

Huys, H. (2008). La prise en charge des familles et des proches en réanimation, *La revue de l'infirmière n° 142*, p. 23-24

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

- 1.** Pouvez-vous vous présenter ?
Relance : Parcours professionnel, date de diplôme ...
- 2.** Pourquoi aviez-vous le projet d'exercer votre métier d'infirmière en réanimation ?
- 3.** Qu'est ce que pour vous "prendre soin" du patient en réanimation ?
Relance : Identifiez vous des besoins spécifiques liés à un séjour en réanimation ?
- 4.** Que signifie pour vous la notion d'accompagnement du patient ?
Relance: Et celui des proches ?
- 5.** En quoi contribue-t-il à la qualité de la prise en soin ?
Relance: En quoi accompagner vous apporte-il une satisfaction professionnelle ?
- 6.** Selon vous, à quelle capacité l'accompagnement fait-il appel chez le soignant ?
Relance: Quelles sont les autres ressources auxquelles vous avez accès dans le service pour vous y aider ?
- 7.** Que mettez vous en place pour faciliter l'échange entre le patient et ses proches ?
Relance : Avez vous connaissance d'autres moyens qui ne sont pas mis en œuvre dans votre service ?
- 8.** Comment partagez-vous les informations au sein de l'équipe pour garantir la cohérence de l'accompagnement ?
- 9.** Quelle est la plus-value d'un accompagnement réussi sur la qualité de prise en soin ?
- 10.** Selon vous, qu'est ce qui motive la décision médicale d'une entrée de patient en réanimation ?
Relance : que pouvez-vous me dire sur le pronostic de ce patient ?
Relance : comment est défini le pronostic ? quel terme est utilisé et pourquoi ?
- 11.** Quels sont les facteurs qui peuvent conduire à intuber et sédaté un patient ?
- 12.** Quelles sont les missions d'une infirmière en réanimation auprès d'un patient intubé et sédaté ?
- 13.** Quelles sont les difficultés que vous identifiez dans la communication avec le patient intubé et sédaté ?
Relance: Que mettez-vous en place pour les surmonter ?
- 14.** Y'a t-il des éléments que nous n'avons pas abordés que vous souhaitiez me partager ?

Annexe II : Retranscription entretien n°1 IDE en réanimation chirurgicale

Erine : Est-ce que tu peux te présenter professionnellement ?

IDE : Écoute ça fait un...quasiment un an que je suis sur le CHU. J'ai commencé euh.. sur le pool Asur SDR où j'ai fait les urgences SDR, UGA et j'ai pris un poste finalement...au final je suis à temps plein en réanimation chirurgicale depuis juin 2023 où je suis en alternance jour/nuit

Erine: est-ce que tu peux rappeler ta date de diplôme ?

IDE: Mars 2023

Erine: Très bien, merci et donc pourquoi est-ce que tu avais le projet d'exercer en réanimation ?

IDE: Et ben c'est parti d'une situation personnelle sur laquelle je suis partie sur mon mémoire où j'ai accompagné un membre de ma famille qui était en réanimation chirurgicale. Ça m'a donné envie de faire le stage pré pro en réanimation et en fait voilà.

Erine : ça a été la révélation ?

IDE: C'est ça !

Erine : Est-ce que tu pourrais essayer de me dire qu'est-ce que ça signifie pour toi: prendre soin du patient en réanimation ?

IDE: Euhhh prendre soin du patient accompagner euhhh enfin l'accompagnement de la famille. C'est une grande partie de ton travail en réanimation et après prendre soin, bah c'est c'est tout c'est.... c'est qu'il.. enfin qu'il sorte on va dire vivant de ce service..... c'est hyper large ta question. Prendre soin c'est bah essayer de le sortir de sa pathologie qu'il a actuellement.

Erine: Est-ce que t'identifies des besoins spécifiques à un séjour en réanimation du coup étant donné que c'est un service assez pointu

IDE : Comment ça ?

Erine : Les besoins spécifiques, des patients ou des familles...des besoins que tu pourrais ne pas retrouver dans d'autres services par exemple.

IDE: Et bah je dirais la bienveillance, surtout l'accompagnement que ce soit pareil auprès du patient auprès des familles c'est hyper important. Après y'a plein de choses au final. Moi je trouve que c'est surtout sur la famille en fait parce que c'est souvent des patients qui ont des pathologies gravissimes que ce soit du traumatisme ou alors un accident ou alors une pathologie suite une chirurgie et c'est souvent arrivé subitement. Donc les familles ne s'y attendent pas et donc forcément il y a un accompagnement assez important à faire sur tout le suivi du patient

Erine: Et bien justement, vu qu'on parle d'accompagnement. Qu'est-ce que ça signifie pour toi accompagner le patient et accompagner les proches ?

IDE: accompagner le patient...après accompagner oui mais après ils sont souvent inconscients donc je trouve ça différent. Enfin c'est plus accompagner les familles je trouve. Parce que t'accompagnes le patient sur tout le suivi qu'il va avoir en réanimation, tu lui expliques... même si..moi je prends toujours j'essaie toujours d'expliquer tout ce que je fais tous les soins que je vais faire même si il reste dans le coma et après bah sur l'accompagnement c'est voilà dire qu'on est dispos qu'on a une grande disponibilité aux familles surtout, qu'ils peuvent appeler quand ils veulent. Quand on les accompagne pendant les entretiens. C'est avoir une grande disponibilité pour répondre à tous leurs besoins qu'ils ont ou qu'ils pourraient potentiellement avoir durant le séjour du patient.

Erine: et du coup cet accompagnement en quoi ça participe à la qualité de la prise en soin ? L'accompagnement des proches.... quand tu accompagnes bien, quand tu estimes avoir bien accompagné les proches, qu'est-ce que tu perçois comme bénéfice sur ta prise en soin ?

IDE: Je trouve qu'on, par l'accompagnement on devient beaucoup plus proche des familles. Ils arrivent à nous dire des choses qu'ils ne diraient pas forcément je pense aux autres. Et c'est vrai qu'il y a une certaine alliance thérapeutique ils savent qu'on est là H24 on va dire parce qu'ils peuvent appeler le jour et la nuit ce qui n'est pas forcément le cas dans les autres services conventionnels. Et donc on crée quand même un certain lien avec avec les familles encore plus je trouve pour des patients qui sont jeunes. En réanimation...pour rappeler du coup chirurgicale on a beaucoup de patients jeunes et je trouve que ce sont des situations qui sont difficiles pour les familles...sur les accidents de la route surtout c'est inattendu. Là, les familles ont extrêmement besoin des soignants.

Erine: je suis d'accord et du coup toi en tant que professionnelle quelle satisfaction ça t'apporte d'accompagner justement ?

IDE: Moi je trouve parce que je l'ai vécu personnellement. Je me suis rendue compte que c'était hyper important d'avoir quelqu'un à qui on peut se confier à qui on peut poser toutes les questions et qui peut potentiellement répondre à quasi tout ce qu'on lui demande. Donc pour moi je trouve ça...je trouve ça trop bien de pouvoir accompagner, de discuter avec des familles, de prendre le temps avec eux, etc. chose qu'on ne fait pas dans d'autres services conventionnels parce qu'on a pas le temps. Et ici on a le temps.

Erine: C'est vrai que parfois j'imagine que c'est le rush, mais en règle générale vous pouvez plus trouver le temps pour les familles étant donné que vous avez moins de patients aussi.

IDE: Oui carrément on connaît mieux nos patients et le fait qu'on en ait peu permet d'accorder plus de temps à leurs familles.

Erine: c'est sûr et donc vu que tu as été à la fois famille et à la fois infirmière, selon toi à quelle capacité l'accompagnement fait appel chez le soignant ?

IDE: euhhh on peut avoir de l'émotionnel quand les situations sont dures, pendant les entretiens surtout... Voilà le médecin il va annoncer qu'il y a un accident de la route, qu'il y a une chance sur cinq que le patient s'en sorte. Ça peut être très dur. On crée une certaine relation en fait entre soignants et une famille donc les qualités nécessaires pour justement bien accompagner ces familles, ça va être la bienveillance, l'empathie, être à l'écoute...hyper important. La gestion des silences, chose qu'on apprend en cours qui peut être hyper gênante.. En fait moi j'ai beaucoup de mal, en fait je m'en suis rendu compte pendant les entretiens en famille où on parle quasi jamais c'est les médecins qui

annoncent mais la place du silence elle est hyper importante. En fait ca permet une réflexion, laisser la famille comprendre la situation qui est en train de se passer et c'est primordial dans l'accompagnement des familles durant l'hospitalisation.

Erine: et quelles sont les ressources que vous pouvez avoir dans le service qui vont pouvoir vous aider à accompagner ?

IDE: On a des lieux qui sont bien appropriés pour les entretiens, ça se fait dans le salon des familles ou alors au staff s'il y a trop d'entretiens. Le salon des familles, c'est une ambiance assez cocooning, il y a des fauteuils, au plafond il y a des écrans qui affichent le ciel, pas trop de lumière pour rester dans l'esprit cocooning. Il y a une certaine intimité.

On a accès à des livrets pour l'accompagnement qui sont pas mal parce qu'il y a le numéro de téléphone, une explication du service etc. A quelle heure ils peuvent appeler aussi. Et puis moi je dirais surtout les professionnels qui ont plus d'expérience qui nous aident énormément. Ils m'ont énormément aidée sur comment gérer mes émotions, comment accompagner une famille dans toutes les situations possibles.

Erine: Merci beaucoup pour les explications. et qu'est-ce que vous pouvez mettre en place dans vos prises en soin pour faciliter la communication entre le patient et ses proches qui peut parfois être difficile étant donné qu'ils sont intubés et sédatisés ?

IDE: Moi je dirais l'intermédiaire donc le soignant, souvent ils se rapprochent de nous quand ils ne savent pas trop. Ils nous demandent souvent avant d'entrer "est ce qu'on peut lui parler", "est ce qu'il entend", "Est-ce qu'il va comprendre" et c'est souvent en fait après nos explications qu'ils vont oser discuter avec le patient mais après voilà. Ça peut être tout ce qui est toucher, par les mains, le visage. La parole ça dépend de dans quel état ils sont mais ils peuvent entendre quand même et après bah quand ils sont du coup dé-sédatisés on utilise les ardoises. Moi je leur dis surtout, même si je ne sais pas par rapport à on va dire à leur état actuel le niveau de coma, je leur dis toujours qu'il faut parler avec eux même si on sait pas si de l'autre côté le patient entend, c'est hyper important et surtout passer sur le toucher.

Erine: Selon toi, quelle est la plus-value d'un accompagnement réussi sur la qualité de prise en soin ?

IDE: J'en ai parlé dans mon mémoire mais on dit toujours qu'un patient accompagné où il y a un réel accompagnement par sa famille, par ses proches ou les soignants a toujours une envie..on va dire une envie de s'en sortir. Enfin forcément ça donne de la force pour pouvoir se battre contre la maladie, la pathologie qu'il a.

Erine: est-ce que tu aurais connaissance ou tu aimerais bien voir des choses en fait des moyens qui sont pas mis en œuvre dans le service justement pour aider à accompagner, pour faciliter l'échange justement est-ce qu'il y a des moyens que tu connais ou que tu aimerais bien voir ?

IDE: Là non j'en ai pas mais ça pourrait être intéressant de voir s'il n'y a pas d'autres moyens de communication....Bah c'est souvent les patients qui trouvent des solutions. Après c'est vrai qu'on a pas d'autres possibilités au final qui nous sont données pour pouvoir communiquer. C'est pas facile d'estimer si le patient nous entend ou pas. C'est pas facile pour tout le monde et ce n'est pas inné de pouvoir communiquer avec quelqu'un qui nous répond pas...c'est pas habituel.

Erine: et du coup comment est-ce que vous partagez les informations au sein de l'équipe afin de du coup d'avoir un accompagnement qui est cohérent ?

IDE: Les transmissions surtout, c'est le seul moyen de perdurer cet accompagnement. Mais c'est vrai que ça peut être déstabilisant. Enfin ça peut être un souci quand les transmissions ne sont pas bien faites et du coup il y a une discordance entre les propos des soignants et ça peut arriver malheureusement.

Erine: Là on passe sur le côté un peu plus technique...Selon toi, qu'est-ce qui motive la décision médicale d'une entrée de patients en réanimation ?

IDE: C'est soit accidentel, souvent ils arrivent au déchocage, ils sont évalués et principalement les grades A qui vont en réanimation chirurgicale. Ca peut être aussi les chirurgies qui s'aggravent ou qui se passent mal, et après c'est tout ce qui est AVC... tout ce qui tourne autour du cerveau. Je pense beaucoup plus d'accident. Après je ne suis pas là depuis longtemps, mais sur la seule année où j'étais là, je trouve qu'on fait beaucoup d'accidents, les polytraumatisés.

Erine: D'accord ça doit pas être facile... et justement qu'est-ce que tu peux me dire sur le pronostic d'un patient en réanimation ?

IDE: En fait il est souvent engagé quand il arrive et en fonction de la gravité de sa pathologie et comment ça évolue soit ça s'améliore ou soit ça va dans le mauvais sens

Erine: Est-ce que pour toi tout patient qui vient en réanimation a un pronostic réservé ?

IDE: Souvent au début, on parle de pronostic engagé surtout quand c'est des accidents de la route et qui deviennent réservés quand on sait pas trop vers où on va aller ou quand on a pas vraiment d'évolution. La réanimation c'est souvent des hauts et des bas.

Erine: et quels peuvent être du coup les facteurs qui peuvent conduire à intuber et sédater un patient en réanimation chirurgicale ?

IDE: Le glasgow, c'est les défaillances neurologiques principalement.

Erine: En parlant de patient intubé, quelles sont pour toi les missions d'une infirmière auprès d'un patient intubé et sédaté ?

IDE: Déjà tu à toute tes surveillances à faire sur si le patient est confortable parce qu'un tube c'est jamais agréable d'en avoir dans la bouche. Après toutes tes surveillance sur tes traitements : Est-ce que t'as les bons dosages, bon médicaments...machin. Toutes les surveillances sur ton respirateur aussi, s'assurer qu'il soit bien fonctionnel. Après c'est surtout des surveillances que tu fais instinctivement pour voir s'il est confortable, soit tu passes en aide soit tu passes en VAC ou tu vas discuter avec les médecins pour voir si il est douloureux. Si le tube le gêne, bah on l'endort un peu plus ou on essaye de le réveiller.

En fait la mission principale c'est d'assurer le confort du patient avant tout.

Erine: et donc je reviens sur la communication avec le patient intubé. Quelles sont les difficultés du coup que tu peux retrouver dans la communication avec le patient intubé et sédaté ?

IDE: Ça dépend à quel niveau de sédation il se trouve, mais sur un patient sédaté qui arrive encore à ouvrir les yeux, avoir des signes. Les premiers signes qu'on demande c'est l'ouverture des yeux. Le plus difficile c'est de savoir s'il est confortable par rapport à la douleur surtout. La clinique peut aussi t'indiquer si le patient est confortable mais je trouve que ça ne fait pas tout. Parce que oui la clinique comme on voit en cours d'un patient qui est douloureux..il s'agite Etc. Mais je trouve que ça fait pas tout parce que le patient il s'exprime pas sur sa douleur, ou est-ce qu'elle vient, son intensité, etc

Erine: Et justement, étant donné que c'est difficile qu'est-ce que toi personnellement tu mets en place pour essayer de surmonter ces difficultés ?

IDE : Et ben j'essaye de chercher la zone où il a mal Mais c'est difficile de trouver une solution pour pallier ça. Tu vas toucher pour essayer de trouver la zone et lui demander de cligner des yeux ou de tirer la langue pour savoir si c'est à cet endroit... mais c'est hyper dur il n'y a pas vraiment de solution toute faite. C'est pour ça que les transmissions sont importantes pour voir où est-ce que les douleurs se situent, leur intensité etc..

Erine: et ben écoute est-ce qu'il y a des éléments qu'on a pas abordés?

IDE: Non je pense qu'on a tout abordé.

Erine: Et bien merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et je te garantis encore une fois l'anonymat lors de la retranscription de notre entretien.

Annexe III : Retranscription entretien n°2 IDE en réanimation médicale

Erine: Est-ce que tu peux te présenter professionnellement ?

IDE : Alors..euh..16 ans de diplôme, un peu plus de 4 ans en soins d'urgence gynéco obstétrique de niveau trois, et après quasiment 12 ans de réanimation polyvalente et médicale.

Erine : Pourquoi tu avais le projet d'exercer en service de réanimation ?

IDE: Je voulais travailler dans un service où rien n'est régulier, où y a de l'activité. On a aussi une relation très particulière entre les patients et les familles. C'est déjà un peu le cas sur les urgences gynéco obstétriques, on avait l'enfant, la maman et puis le papa. Pour en revenir à la réanimation, c'est un service qui m'avait toujours plu en tant qu'étudiante et puis voilà après j'ai eu l'envie après de revenir sur la réanimation pour le soin technique et le malgré tout le relationnel qui est assez particulier et puis le fait d'être aussi avec une...en équipe très restreinte et soudée. Il y a aussi la facilité d'avoir des médecins juste à côté.

Erine: Je te rejoins là dessus ! Est-ce que tu pourrais me donner une sorte de définition du prendre soin du patient en réanimation ?

IDE: Ça va être la prise en soin d'un patient qui a son pronostic vital plus ou moins engagé, en tout cas qui a un des systèmes défaillants. C'est aussi prendre soin d'un patient qui peut être dans l'angoisse, qu'il va falloir rassurer ou prendre soin d'un patient avec un pronostic vital engagé. Il va falloir être réactif, faire des actions rapides sur un côté très très technique dans un premier temps et après un relationnel qui va s'installer une fois l'urgence gérée.

Erine: OK, est-ce que justement tu identifies des besoins spécifiques liés à un séjour en réanimation ?

IDE: Euh..le fait de continuer à communiquer avec le patient. Parfois on l'oublie mais c'est dû au fait que ce soit plus difficile d'avoir une relation avec lui parce qu'il est endormi et curarisé. Il faut penser à toujours remettre le patient au centre de nos soins. Après c'est sur ces différentes phases en réanimation, les phases de réveil. Il faut lui expliquer ce qu'il s'est passé, pourquoi est-ce qu'il est là, essayer de le resituer dans le temps et puis lui expliquer un peu tout son environnement quand le patient est conscient. Et puis vraiment avoir un rôle de réassurance plus plus plus.

Erine: T'as répondu partiellement à cette question mais qu'est-ce que ça signifie pour toi du coup la notion d'accompagnement du patient et des proches ?

IDE: C'est aussi l'aider à réaliser ce qui s'est passé. En fonction de comment est-ce qu'ils sont arrivés chez nous, il y a des fois une totale amnésie du pourquoi est-ce qu'ils sont là. Je pense que notre rôle c'est de la réassurance à ce niveau là. Ils pouvaient être en train de manger avec leur famille et ils se retrouvent en réanimation complètement perdus et désorientés. L'important c'est de les restituer, il va falloir répéter plusieurs fois où est-ce qu'ils sont et pourquoi.

Pour les proches, notre rôle ça va être principalement de leur donner des nouvelles sur l'état de santé du patient. Il faut leur expliquer ce qu'il s'est passé, parce que pour nous c'est très facile car on est dans le milieu mais faut comprendre que leurs proches ne sont pas forcément dans le milieu de la santé. Donc c'est les accompagner et leur expliquer dans un premier temps avec un entretien avec un médecin. Il faut leur expliquer pourquoi est-ce qu'ils sont là, les soins qu'on fait. Expliquer, sur notre paramédical, l'environnement qu'il y a autour. Il faut aussi expliquer que soit le patient est endormi et donc tous ses sens peuvent être mis en sommeil entre guillemets mais que rien ne nous empêche de leur dire qu'ils peuvent leur parler, les toucher. C'est important de s'assurer qu'ils aient bien compris et de leur montrer qu'on reste à leur écoute si besoin. En fait c'est du temps qu'il faut leur accorder dans notre prise en soin générale du patient de réanimation. Ce temps accordé peut éviter de l'angoisse pour eux, de l'énerverment et de la colère, d'agressivité, on est à leur écoute et puis ils peuvent nous joindre 24 heures sur 24 pour qu'on donne des nouvelles sur l'état de santé de leur proche.

Erine: On parlait du coup de l'accompagnement du patient et des proches. En quoi ça contribue à la qualité de la prise en soin globale du patient d'avoir justement cet accompagnement du patient mais aussi des proches ?

IDE: Je pense d'un côté quand le patient est en phase de réveil, en phase de compréhension de ce qui s'est passé. Ça peut le rassurer de savoir que ses proches ont été mis au courant, qu'il sache où est-ce qu'il est, qu'est-ce qu'il a eu élargi. On passe souvent outre le secret médical, qui est assez paradoxal chez nous on ...bah théoriquement ce qui concerne le patient doit rester au patient et pas à la famille. Mais c'est vrai que c'est une dimension qui est assez élargie, sauf si le patient nous donne des directives disant qu'on ne peut pas donner de nouvelles... je pense même que derrière ça permet à leur famille de leur dire: bah on était là quand t'étais endormi. On était là chaque phase entre guillemets de son évolution mais qu'ils l'ont accompagné...ou même si on est sur un patient qui est en échappement thérapeutique et qu'on passe sur un accompagnement de fin de vie et bah de leur permettre d'être présents et de pouvoir accompagner leur proche jusqu'au dernier souffle.

Erine : Est-ce que du coup pour toi ça t'apporte une satisfaction professionnelle d'accompagner que ce soit le patient ou le proche ?

IDE: Oui, oui. Des fois on se dit c'est pour ça qu'on fait ça! On a une vraie satisfaction, les familles disent merci et un sincère remerciement sur un accompagnement de fin de vie ou de la prise en charge aiguë . Dans ces moments-là, voir qu'ils sont reconnaissants de ce qu'on a fait et des explications qu'on leur a données et puis les voir partir même s'ils sont inquiets mais de leur laisser cette possibilité d'être au courant et qu'ils peuvent appeler à tout moment, je pense apaise aussi. Et pour nous, une certaine fierté. De se dire, on a pu bien accompagner la famille, ils ont bien pu comprendre ce qui se passait même si c'est pas toujours ce qu'ils attendent. Parfois les familles se retrouvent face à un mur, le patient ne peut pas leur répondre et le seul interlocuteur c'est nous. Et même une fois le patient sorti, je pense pour les familles ça compte de dire: on a été bien accueillis, on nous a bien reçus, on nous a bien expliqué ce qu'il s'était passé et le traumatisme de l'hospitalisation en réa est peut être moins difficile. C'est bien pour les patients autant que pour les familles. Parce que c'est vrai que pour le coup, moi à une époque, j'ai connu les visites où c'était juste deux heures par jour, elles ne pouvaient pas venir ensemble et pouvaient parfois passer 24-48 heures sans voir leur proche. Effectivement on avait une agressivité plus importante, le rapport était beaucoup plus conflictuel. Maintenant, laisser cette liberté de venir quand ils peuvent, et quand ils le souhaitent avec un encadrement sur le fait de les faire sortir lors des soins c'est plus apaisant. Ça permet de consolider la confiance entre la famille et les soignants. La réa ça reste un environnement hyper hostile et angoissant, et si on ne met pas des mots dessus, des explications et qu'on explique pas aussi qu'ils peuvent avoir une prise en charge psychologique derrière. Ça reste sur des non-dits et après je pense...enfin on en parle de plus en plus justement de séquelles psychologiques du séjour en réanimation pour les patients mais je pense pour les familles aussi.

Erine: En effet ça ne devait pas être facile pour les proches et les patients lorsque les visites étaient restreintes. Et donc pour toi, à quelle capacité l'accompagnement fait appel chez le soignant?

IDE: Son empathie, sa capacité d'expliquer aussi les choses je pense qu'on est plus ou moins à l'aise en fonction de si on commence ou qu'on a plus d'expérience à accompagner les familles. Avec le temps on est plus serein, mais c'est quand même du stress de voir les familles pour nous, c'est pas toujours facile, savoir faire redescendre un peu l'anxiété des familles. C'est le Self Control, il faut

réellement s'impliquer sans trop s'impliquer aussi...garder une distance ce qui peut ne pas être facile en fonction des situations.

Erine: Et du coup hormis les ressources individuelles du soignant, quelles sont les ressources auxquelles vous avez accès dans le service justement pour vous aider à accompagner ?

IDE: Il y a la psychologue, c'est la première à qui on va faire appel, après ça peut être aussi un relais entre soignants en fonction si le courant passe ou passe pas des fois avec les familles. Il y a le salon des familles qui est plutôt cosy plus intimiste entre guillemets que la chambre de réa. Après à part payer des cafés et offrir de l'eau, j'ai des boîtes de mouchoirs aussi mais y'a pas grand chose d'autre.

Erine: D'accord. Qu'est-ce que vous pouvez mettre en place pour faciliter l'échange justement entre la famille et le patient qui est du coup intubé, et sédaté ?

IDE: Moi personnellement quand ils ont des difficultés à lui parler je leur explique que c'est bien déjà rien que de lui prendre la main, de pouvoir le toucher, de pas rester..même si ça reste un environnement très impressionnant. On peut quand même laisser les toucher. Pour certains, ramener des environnements de la maison comme les photos, de la musique que le patient aime bien écouter. On peut demander aux familles ce qu'il aime bien regarder à la télé des trucs comme ça qu'on peut mettre en fond sonore même s'ils sont endormis. Et après pour eux bah soit je leur dis de ne pas hésiter à venir lire le journal ou des livres en fonction des habitudes de leur proche. Le retour qu'on a des familles c'est souvent "bah il ne nous parle pas, il me répond pas, je ne sais pas quoi lui dire". Dans ces cas-là je leur explique que des fois leur présence suffit. On peut essayer de trouver des moyens un peu plus dérivés pour qu'ils puissent entrer en communication. Après c'est très dépendant des familles aussi. De comment est-ce qu'eux se sentent aussi dans la chambre, car c'est un univers oppressant. Entre les bruits, les alarmes et tout ça, ils ne se sentent pas forcément très bien et s'en veulent quasiment de partir et nous dire "non je peux pas rester" et bah toujours leur dire que c'est pas grave, qu'on comprend et que ils peuvent venir quand ils le souhaitent. Que cinq minutes c'est bien et que peut être la prochaine fois ce sera 10 minutes et ainsi de suite, pas avoir non plus de jugement sur leur comportement face à au patient. Eux c'est leur proche, leur frère, leur sœur ou parent et nous c'est différent, on peut mettre de la distance. Il faut leur dire que dans tous les cas la porte est toujours ouverte, s'ils veulent sortir cinq minutes parce qu'ils ne sont pas bien et revenir après, pas de soucis. En tout cas rien n'est fermé et tout leur est toujours ouvert.

Erine : Est ce que tu as connaissance d'autres moyens qui ne sont pas mis en œuvre dans ton service ?

IDE : Non pas tellement...Sur la communication avec le patient je dirais qu'on a peut être pas assez d'outils. C'est vraiment très très personnel et je pense même sur la transmission vers les étudiants. Tu vois les étudiants qui viennent, on a pas vraiment d'outils à vous donner, ça va être vous comment vous ressentez et au final on est assez pauvre là-dessus, sur comment entrer en communication avec le patient...est-ce qu'on peut vraiment parler communication puisqu'on est dans un sens unique entre guillemets on a pas de retour chez le patient intubé et sédaté. Concrètement on a pas de retour et on a pas de petits principes c'est "tu fais comme ça et puis tu vois comment tu te sens". Quand j'étais à l'école on nous a jamais dit comment entrer en communication avec un patient sédaté et intubé.

On a pas d'éléments à nous donner, et on ne nous explique pas forcément ce qu'on va trouver au final. C'est un peu la violence de la réalité de la réa. Il y a que le temps qui t'apprend comment communiquer avec les patients, c'est pas quelque chose d'inné, il faut trouver par soi-même. Et puis t'as même pas cet échange de regard, on pourrait dire qu'on a rien comme échange au final. Juste au

contact pour essayer de rassurer mais on a pas de retour derrière et c'est vrai que c'est plus compliqué je trouve à s'approprier sur ton travail en réa.

Erine: Étant donné que vous changez de module régulièrement en réa med, comment vous partagez les informations au sein de l'équipe pour garantir la cohérence en fait de l'accompagnement ?

IDE: Après c'est essayer surtout au niveau des transmissions orales, on fait beaucoup moins d'écrit maintenant, d'expliquer à sa collègue qu'on a vu la famille en entretien. Quand il y a des entretiens, je vais essayer d'avoir une traçabilité écrite de bien transmettre comment était la famille, leur ressenti, ce qui leur a été dit, ce que eux pensent avoir compris. Ça aussi ça rentre dans la prise en soin, des fois on sent que les familles elles ont pas du tout compris ce qui se passait et que elles sont à moitié dans le déni... concrètement elles sont dans le déni de la gravité dans laquelle se trouve le patient. Et essayer d'avoir un fil continue un peu, d'avoir à peu près toujours la même ligne de conduite..Après ça n'empêche pas que des fois on entend "votre collègue m'a dit ça avant, vous dites ça" et ça malheureusement c'est les aléas entre guillemets de la vie et de la perception de chacun. Je pense que le moment où ils reçoivent l'information peut aussi jouer sur leur compréhension.

Erine: Tu as déjà en partie répondu à cette question tout à l'heure mais qu'est-ce que c'est pour toi la plus-value d'un accompagnement réussi sur la qualité de la prise en soin ?

IDE: Ça va vraiment être des familles qui expriment comme quoi elles ont bien été accompagnées: les petits mots, les petites cartes des fois qu'on reçoit des familles pour nous remercier de la prise en soin de leurs proches, les familles qui nous ramènent des petites sucreries. Ça nous montre en fait, ce qu'on leur apporte une plus-value pour eux et la seule manière qu'ils ont de nous remercier c'est ces petites choses. Mais c'est les petits mots..en fait c'est la sincérité que tu sens avec la famille quand ils viennent te voir tu sens que tu as une sincérité profonde et soit les gens disent merci soit ils restent silencieux et on a pas forcément cet échange.

On voit que l'accompagnement des proches est réussi lorsque la famille est présente, quand ils viennent participer dans les soins. Quand ils expliquent à leur proche en lui disant, "mais il faut que tu prennes du temps, ils nous ont dit ça faut que tu prennes du temps" ils ont de la réassurance de la part de leur famille ça peut jouer aussi un rôle. On a vu tu vois par rapport au Covid on avait pas de visite rien de tout ça et les appels téléphoniques parfois permettaient de les raccrocher en fait. Nos voix ne sont pas familières et puis il y a la famille qui va arriver, on leur a dit 30 secondes avant " il répond pas, il ouvre pas les yeux, il se passe rien" et il rentre "Bonjour chéri, c'est untel" et puis les yeux s'ouvrent..là tu passes pour une grosse imbécile, la voix, peut-être les odeurs ou les choses comme ça font qu'ils vont raccrocher à un certain moment. Ça leur fait du bien d'entendre une voix vraiment familière et proche dire qu'il va falloir du temps et que ce n'est pas que des trucs de soignants.... en réa on est quand même assez invasif et douloureux en terme de soins, on essaye de faire le moins douloureux possible, on est quand même assez vécu pour certains comme des éléments agressifs et quand la famille dit "c'est pour ton bien, un peu d'efforts, essaye de faire ça" ça peut aider dans l'évolution positive du patient.

Erine: Pareil tu as déjà répondu en partie à ma question mais qu'est-ce qui selon toi motive la décision médicale d'une entrée de réanimation ?

IDE: Bah une défaillance d'un organe vital, une détresse respi, neuro, cardiaque, des multi défaillances ou un état de choc .

Erine: Justement tu en as aussi parlé tout à l'heure, qu'est-ce que tu peux me dire sur le pronostic d'un patient en réanimation ?

IDE: Alors à son entrée, je dirais que les 72 max premières heures sont un peu, en fonction de la défaillance du patient, c'est plutôt difficile de dire vers où on va aller...sur une amélioration, une dégradation, un décès. Après on a aussi les patients qui viennent juste pour une seule défaillance où il va falloir supplémenter comme sur une insuffisance rénale, sur une hypokaliémie on va faire une supplémentation, le pronostic vital est beaucoup moins engagé que sur une grosse grosse défaillance d'organes. Après, pour les familles, ne jamais avoir un côté trop rassurant sur la prise en soin d'un patient en réanimation. Parce que ça peut vite vite défaillir, alors autant vaut mieux être un peu trop pessimiste, et puis au final dire "bah non ça s'est bien amélioré, il va faire qu'un séjour de 24-48 heures" plutôt que de dire "non ça va aller, demain il sort", et puis entre-temps il nous a fait la grosse défaillance. Et là je pense pour les familles c'est dur à entendre le fait que "on m'a dit hier que c'était bon et le lendemain que tout allait mal" et là c'est la confiance qui peut être rompue avec les familles, d'où la cohérence des informations à transmettre.

Erine: Est ce que tu pourrais me dire quels sont les facteurs qui peuvent conduire à intuber un patient?

IDE: Euh..la détresse respiratoire avec l'épuisement respiratoire du patient, une détresse neurologique, patient dans le coma. Le patient qui nous fait le petit arrêt cardiaque. Le patient qui se met à convulser. C'est essentiellement sur ça qu'on va les intuber.

Erine: D'accord, du coup quelles sont les missions d'une infirmière auprès d'un patient intubé et sédaté ?

IDE: Premièrement de s'assurer du confort du patient, s'il est bien adapté à son respirateur. Si quand on lui fait les soins, il n'est pas douloureux ou du moins qu'il n'ait pas un faciès douloureux ou des signes qui nous montrent qu'il est inconfortable sur une hypertension, une tachycardie, qu'il se désadapte du respirateur en prenant des plus petits ou des plus gros volumes, en étant polypnéique. Ça va être aussi de remonter l'information, et puis d'adapter le protocole de sédation antalgie en fonction des prescriptions. Après ça va être s'assurer de ses soins de confort, d'hygiène, préserver son intimité parce que des fois on a tendance à l'oublier. Et puis moi j'aime bien leur dire quand les familles ont appelé même s'ils sont endormis, continuer à leur parler, à leur dire bonjour même s'il est endormi, leur donner la date. Si il y a des faits marquants leur dire...voilà...après un peu le quotidien et puis en fonction de comment on communique. Je pense qu'on communique pas tous de la même manière avec un patient intubé et sédaté, certains ça peut les mettre très très mal à l'aise. Moi au début j'étais très mal à l'aise, j'arrivais pas du tout et puis je me suis dit bon il m'entend tant mieux il m'entend pas tant pis. C'est plus en se transposant en se disant "si j'étais à leur place qu'est-ce que j'aimerais bien, j'aimerais bien qu'on dise bonjour, que la personne qui rentre dans ma chambre se présente" et puis bah après pour nous aider sur notre curiosité personnelle, ça va être tous les ouvrages sur des témoignages de réanimation quel a été leur ressenti même si c'est très personnel, mais ça peut nous permettre de nous aiguiller parce qu'au final on a très très peu d'études qui sont faites sur le "est-ce qu'il est capable de nous entendre". Mais il faut aussi prendre des revues médicales et scientifiques sur "est-ce que tout notre encéphale est vraiment mis au repos complet ou est-ce qu'on a encore la capacité de perception des choses" prendre tout ça, mélanger tout ça, et puis essayer d'en sortir quelque chose de personnel.

Erine: Et justement en parlant de communication qu'elles peuvent être les difficultés auxquelles vous faites face ?

IDE: Je pense que pour eux c'est compliqué aussi de comprendre vraiment ce qui se passe. En gros ils vont nous entendre parler mais ce qu'ils arrivent vraiment à comprendre ce qu'on leur dit sur leur état. Ça peut aussi être un faussé... leur sens perturbé et le truc tout simple quand ils montent la main au tube c'est gênant concrètement et puis toi tu baisses la main, tu leur expliques et puis tu la vois qui remonte, parfois tu as envie de dire "mais tu comprends ce que je te dis?". En fait il nous entendent le dire mais la capacité cérébrale de réflexion, de compréhension est parfois encore altérée du fait que tout est chamboulé pour eux.

Erine: Qu'est ce que tu mets en place pour les surmonter ?

IDE: En fait, ça va être sur la clinique, on va essayer de voir s'ils sont confortables ou pas, des fois quand tu touches tu sens qu'ils grimacent un peu. Ça va être surtout sur leur physique, comment ils sont dans le lit et la réception qui vont avoir quand on va faire les soins. Après c'est vraiment sur la clinique et le paraclinique mais je dirais que pour ça, il faut qu'on apprenne à connaître le patient aussi ça va pas être dès 8h du matin on va faire le premier change, on va peut-être se poser la question "est-ce qu'il a été confortable ou pas confortable, est-ce qu'il entend est-ce qu'il entend pas" mais ça va être plus sur la durée de la journée. On va se dire "ce matin il était comme ça, là il est plus comme ça, il y a peut être quelque chose qui ne va pas" ça va être plus sur notre connaissance du patient aussi qu'on va pouvoir jouer pour comprendre ce qu'il peut nous dire sans nous dire. Après la limite qu'on a sur la connaissance du patient elle est sur le fait qu'on tourne, parfois beaucoup, surtout avec les patients qui sont là depuis longtemps. Tu fais plusieurs jours d'affilée dans ton module et puis après tu reviens pas pendant un mois, tu vas devoir te baser sur les transmissions qu'on va te dire, tu vas pas pouvoir t'avancer pour dire "bah oui il me répond non il me répond pas" je reste sur ma réserve parce que j'ai pas assez de recul sur ce patient.

Erine: C'est vrai que pendant mon stage j'avais souvent les mêmes patients, disons je les connaissais très bien j'avais un bon recul... et bah écoute moi j'ai posé toutes les questions que j'avais à te poser, est-ce qu'il y a des éléments que nous n'avons pas abordés dont tu voulais me parler ?

IDE: Non je pense qu'on a abordé l'essentiel.

Erine : Et bah écoute merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions, et puis je te garantis encore une fois l'anonymat lors de ma retranscription.

Annexe IV : Analyse des entretiens

IDE réanimation chirurgicale (1)

IDE réanimation médicale (2)

Objectif 1 : Préciser la conception des professionnels de la prise en charge globale du patient en réanimation

Question 2 : Qu'est ce que pour toi "prendre soin" du patient en réanimation ?

Prendre soin du patient en réanimation				
Relationnel		Essayer de soutenir la vie		
Accompagnement	Relationnel soignant-soigné	Viser la guérison	Soins techniques infirmiers	Pronostic vital du patient engagé
Accompagner (1) Accompagnement de la famille (1)	prendre soin d'un patient qui peut être dans l'angoisse (2) il va falloir rassurer (2) relationnel qui va s'installer (2)	Qu'il sorte vivant de ce service (1) Essayer de le sortir de sa pathologie (1)	il va falloir être réactif (2) faire des actions rapides sur un côté très très technique (2)	a son pronostic vital plus ou moins engagé (2) patient avec un pronostic vital engagé (2)
5		6		

Question 3 : Identifies-tu des besoins spécifiques liés à un séjour en réanimation ?

Besoins spécifiques liés à un séjour en réanimation				
En lien avec l'IDE			Contexte	
Communiquer	Accompagnement	Qualités professionnelles	Personne concernée	Soin et pathologie
continuer de communiquer avec le patient (2) expliquer ce qu'il s'est (2) expliquer un peu tout son environnement (2)	surtout l'accompagnement (1) un accompagnement assez important (1)	la bienveillance (1) Rôle de réassurance (2)	auprès du patient (1) Auprès des familles (1), surtout la famille (1), donc les familles (1)	remettre le patient au centre de nos soins (2) Des patients qui ont des pathologies gravissimes (1)

difficile d'avoir une relation avec lui (endormi et curarisé) (2)				
8			6	

Objectif 2 : Comprendre la définition de l'accompagnement posée par les professionnels

Question 4 : Qu'est-ce que ça signifie pour toi accompagner le patient et accompagner les proches ?

Accompagnement du patient		Accompagnement des proches	
Donner des explications	Rassurer	Donner des explications	Se montrer disponible
<p>t'accompagne patient sur tout le suivi qu'il va avoir en réanimation (1)</p> <p>tu lui expliques (1)</p> <p>expliquer tout ce que je fais tous les soins que je vais faire (1)</p> <p>l'aider à réaliser ce qui s'est passé. (2)</p> <p>L'important c'est de les restituer (2)</p> <p>répéter plusieurs fois où est-ce qu'ils sont et pourquoi. (2)</p>	<p>totale amnésie du pourquoi est-ce qu'ils sont là (2)</p> <p>notre rôle c'est de la réassurance (2)</p> <p>ils se retrouvent en réanimation complètement perdus et désorientés (2)</p>	<p>donner des nouvelles sur l'état de santé du patient (2)</p> <p>expliquer ce qu'il s'est passé (2)</p> <p>leur expliquer (2)</p> <p>Il faut leur expliquer pourquoi est-ce qu'ils sont là, les soins qu'on qu'on fait (2)</p> <p>Expliquer[...] l'environnement qu'il y a autour. (2)</p> <p>Il faut aussi expliquer (2)</p> <p>leur dire qu'ils peuvent leur parler, les toucher. (2)</p> <p>donne des nouvelles sur l'état de santé de leur proche. (2)</p>	<p>c'est plus accompagné les familles je trouve (1)</p> <p>on a une grande disponibilité aux familles (1)</p> <p>ils peuvent appeler quand ils veulent (1)</p> <p>C'est avoir une grande disponibilité pour répondre à tous leurs besoins (1)</p> <p>s'assurer qu'ils aient bien compris (2)</p> <p>leur montrer qu'on reste à leur écoute (2)</p> <p>c'est du temps qu'il faut leur accorder dans notre prise en soins général (2)</p> <p>on est à leur écoute (2)</p> <p>ils peuvent nous joindre 24 heures sur 24 (2)</p>
6	3	8	9

Question 5 : En quoi contribue-t-il à la qualité de la prise en soin ?

En quoi l'accompagnement contribue-t-il à la qualité de la prise en soin		
Relation soignant-familles	Bénéfice pour le patient	Bénéfices pour la familles
<p>on devient beaucoup plus proche des familles (1)</p> <p>Ils arrivent à nous à nous dire des choses qu'ils ne diraient pas forcément je pense aux autres (1)</p> <p>l y a une certaine alliance thérapeutique (1)</p>	<p>Ça peut le rassurer de savoir que ses proches ont été mis au courant, qu'il sache où est-ce qu'il est, qu'est-ce qu'il a eu. (2)</p>	<p>ça permet à leur famille de leur dire: bah on était là quand t'étais endormi. (2)</p> <p>On était là chaque phase [...]de son évolution et qu'ils l'ont accompagné (2)</p> <p>leur permettre d'être présent et de pouvoir accompagner leurs proches jusqu'au dernier souffle. (2)</p>
3	1	3

Question 6 : En quoi accompagner t'apporte-il une satisfaction professionnelle ?

En quoi l'accompagnement apporte une satisfaction professionnelle	
Bénéfices pour les familles	Bénéfices pour les soignants
<p>hyper important d'avoir quelqu'un à qui on peut se confier (1)</p> <p>à qui on peut poser toutes les questions (1)</p> <p>qui peut potentiellement répondre à quasi tout ce qu'on lui demande. (1)</p> <p>les familles disent merci et un sincère remerciement (2)</p> <p>voir qu'ils en sont reconnaissant de ce qu'on a fait et des explications qu'on leur a donné (2)</p> <p>pour les familles ça compte de dire: on a été bien accueilli, on nous a bien reçu, on nous a bien expliqué qu'il s'était passé et le traumatisme de l'hospitalisation en réa est peut être moins difficile. (2)</p> <p>laisser cette liberté de venir quand ils peuvent, et quand ils le souhaitent avec un encadrement sur le fait de les faire sortir lors des soins c'est plus apaisant (2)</p>	<p>je trouve ça trop bien de pouvoir accompagner (1)</p> <p>de discuter avec des familles, (1)</p> <p>de prendre le temps avec eux, (1)</p> <p>ici on a le temps. (1)</p> <p>on se dit c'est pour ça qu'on fait ça! (2)</p> <p>On a une vraie satisfaction (2)</p> <p>une certaine fierté. (2)</p> <p>se dire, on a pu bien accompagné la famille, ils ont bien pu comprendre ce qui se passait même si c'est pas toujours ce qu'ils attendent (2)</p>

Ca permet de consolider la confiance entre la famille et les soignants (2)	C'est aussi bien pour les patients que pour les familles. (2)
8	9

Question 7 : Selon toi, à quelle capacité l'accompagnement fait-il appel chez le soignant ?

Capacités nécessaires à l'accompagnement					
La bienveillance	L'empathie	L'écoute	La gestion des silences	D'expliquer	Maintenir la juste distance
la bienveillance (1)	l'empathie (1) son empathie (2)	être à l'écoute (1)	la gestion des silences (1) la place du silence elle est hyper importante (1)	sa capacité d'expliquer (2) avec le temps on est plus serein (2)	c'est du self control (2) c'est quand même du stress de voir les familles (2) s'impliquer sans trop s'impliquer (2) garder une distance (2)
1	2	1	2	2	4

Question 8 : Quelles sont les autres ressources auxquelles tu as accès dans le service pour t'y aider ?

Ressources du service favorisant l'accompagnement		
Lieux	Matériels	Humaines
Le salon des familles (1) dans la salle de staff (1) Le salon des familles (1) le salon des familles (2)	Livret pour l'accompagnement (1)	les professionnels qui ont plus d'expérience (1) la psychologue (2) un relais entre soignant (2)
4	1	3

Question 9 : Que mets-tu en place pour faciliter l'échange entre le patient et ses proches ?

Conserver les habitudes du patient	Favoriser le toucher	Encourager la parole	Déculpabiliser les proches
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

<p>ramener des environnements de la maison comme les photos, de la musique que le patient aime bien écouter (2)</p> <p>On peut demander aux familles ce qu'il aime bien regarder à la télé des trucs comme ça qu'on peut mettre en fond sonore (2)</p> <p>ne pas hésiter à venir lire le journal ou des livres en fonction des habitudes de leur proche (2)</p>	<p>Ça peut être tout ce qui est toucher, par les mains, le visage. (1)</p> <p>c'est hyper important et surtout passer sur le toucher. (1)</p> <p>je leur explique que c'est bien déjà rien que de lui prendre la main, de pouvoir le toucher, (2)</p> <p>On peut quand même les toucher (2)</p>	<p>La parole ça dépend de dans quel état ils sont mais ils peuvent entendre quand même (1)</p> <p>je leur dis toujours qu'il faut il faut parler avec eux même si on sait pas si l'autre côté le patient entend (1)</p>	<p>je leur explique que des fois leur présence suffit. (2)</p> <p>C'est très dépendant des familles aussi. De comment est-ce qu'eux se sentent aussi dans la chambre, car c'est un univers oppressant(2)</p> <p>ils ne se sentent pas forcément très bien et s'en veulent quasiment de partir (2)</p> <p>toujours leur dire que c'est pas grave, qu'on comprend et qu'ils peuvent venir quand ils le souhaitent. (2)</p> <p>cinq minutes c'est bien et que peut être la prochaine fois ce sera 10 minutes et ainsi de suite (2)</p> <p>pas avoir non plus de jugement sur leur comportement face à au patient (2)</p> <p>s'ils veulent sortir cinq minutes parce qu'ils ne sont pas bien et revenir après, pas de soucis. (2)</p> <p>En tout cas rien n'est fermé et tout leur est toujours ouvert. (2)</p>
2	4	2	8

Question 10 : As-tu connaissance d'autres moyens qui ne sont pas mis en œuvre dans ton service ?

Autres moyens qui ne sont pas mis en œuvre dans le service ?		
Manque d'outils	Expérience personnelle	Difficultée dans la transmission auprès des étudiants
<p>non j'en ai pas mais ça pourrait être intéressant de voir si y'a pas</p>	<p>C'est pas facile d'estimer si le patient nous entend ou nous entend. (1)</p>	<p>les étudiants qui viennent, on a pas vraiment d'outils à vous donner, (2)</p>

<p>d'autres moyens de communication (1)</p> <p>on a pas d'autres possibilités au final qui nous sont données pour pouvoir communiquer. (1)</p> <p>Non pas tellement... Sur la communication avec le patient je dirais qu'on a peut être pas assez d'outils. (2)</p> <p>on est assez pauvre là-dessus, sur comment entrer en communication avec le patient (2)</p>	<p>ce n'est pas inné de pouvoir communiquer avec quelqu'un qui nous répond pas... c'est pas habituel. (1)</p> <p>C'est vraiment très très personnel (2)</p> <p>Concrètement on a pas de retour et on part du principe que c'est "tu fais comme ça et puis tu vois comment tu te sens" (2)</p> <p>C'est un peu la violence de la réalité de la réa. (2)</p> <p>Il y a que le temps qui t'apprend comment communiquer avec les patients, (2)</p> <p>c'est pas quelque chose d'inné, il faut trouver par soi-même. (2)</p> <p>c'est le plus compliqué je trouve à s'appréhender sur ton travail en réa. (2)</p>	<p>ça va être vous comment vous ressentez (2)</p> <p>à l'école on nous a jamais dit comment entrer en communication avec un patient sédaté et intubé. (2)</p> <p>On a pas d'éléments à nous donner, (2)</p> <p>on ne nous explique pas forcément ce qu'on va trouver au final (2)</p>
4	8	5

Question 11 : Comment partagez-vous les informations au sein de l'équipe pour garantir la cohérence de l'accompagnement ?

Partage des informations au sein de l'équipe pour garantir la cohérence de l'accompagnement		
Transmissions orales	Transmissions écrites	Aléas
<p>Les transmissions surtout, c'est le seul moyen de perdurer cet accompagnement. (1)</p> <p>transmissions orales, on fait beaucoup moins d'écrit maintenant (2)</p> <p>Ça aussi ça rentre dans la prise en soin [...] essayer d'avoir un fil continue un peu, d'avoir à peu près toujours la même ligne de conduite (2)</p>	<p>une traçabilité écrite (2)</p> <p>transmettre comment était la famille, leur ressenti, ce qui leur à été dit, ce que eux pensent avoir compris. (2)</p>	<p>souci quand les transmissions ne sont pas bien faites (1)</p> <p>discordance entre les propos des soignants (1)</p> <p>des fois on entend "votre collègue m'a dit ça avant, vous dites ça" (2)</p> <p>le moment où ils reçoivent l'information peut aussi jouer sur leur compréhension. (2)</p>
3	2	4

Question 12 : Selon toi, quelle est la plus-value d'un accompagnement réussi sur la qualité de prise en soin ?

La plus-value d'un accompagnement réussi sur la qualité de prise en soin	
Donner de la force au patient	Famille présente et investie
<p>une envie..on va dire une envie de s'en sortir. (1)</p> <p>ça donne de la force pour pouvoir se battre contre la maladie, (1)</p>	<p>lorsque la famille est présente, (2)</p> <p>quand ils viennent participer dans les soins (2)</p> <p>Quand ils expliquent à leur proche en lui disant, "mais il faut que tu prennes du temps, ils nous ont dit ça faut que tu prennes du temps" (2)</p> <p>ils ont de la réassurance de la part de leur famille (2)</p> <p>Nos voix ne sont pas familières et puis il y a la famille qui va arriver [...] et puis les yeux s'ouvrent (2)</p> <p>Ca leur fait du bien d'entendre d'une voix vraiment familière (2)</p> <p>un proche dire qu'il va falloir du temps et que ce n'est pas que des trucs de soignants (2)</p> <p>quand la famille dit "c'est pour ton bien, un peu d'efforts, essaye de faire ça" ça peut aider dans l'évolution positive du patient. (2)</p>
2	8

Objectif 3 : Comprendre les missions infirmières auprès des patients intubés et sédatisés en service de réanimation

Question 13 : Selon toi, qu'est ce qui motive la décision médicale d'une entrée de patient en réanimation ?

Motifs d'entrée en réanimation			
Gravité			
Accident	Défaillance	Aggravation	Pronostic du patient

<p>C'est soit accidentel (1)</p> <p>AVC... tout ce qui tourne autour du cerveau. (1)</p> <p>Je pense beaucoup plus d'accidents. (1)</p> <p>on fait beaucoup d'accidents (1)</p> <p>les polytraumatisés. (1)</p>	<p>défaillance d'un organe vital (2)</p> <p>une détresse respi, neuro, cardiaque, (2)</p> <p>des multi défaillances (2)</p> <p>un état de choc .(2)</p>	<p>les chirurgies qui s'aggravent ou qui se passent mal (1)</p>	<p>au début, on parle de pronostic engagé (1)</p> <p>deviennent réservés quand on sait pas trop vers où on va aller ou quand on a pas vraiment d'évolution (1)</p> <p>La réanimation c'est souvent des hauts et des bas. (1)</p> <p>les 72 max premières heures [...]c'est plutôt difficile de dire vers où on va aller...sur une amélioration, une dégradation, un décès. (2)</p> <p>Les patients qui viennent juste pour une seule défaillance où il va falloir supplémenter comme sur une insuffisance rénale, sur une hypokaliémie va faire une supplémentation, le pronostic vital est beaucoup moins engagé que sur une grosse grosse défaillance d'organes. (2)</p>
5	4	1	

Question 14 : Quels sont les facteurs qui peuvent conduire à intuber et sédaté un patient ?

Motifs d'intubation		
Défaillances neurologiques	Détresse respiratoire	Arrêt cardio-respiratoire
<p>c'est les défaillance neurologiques (1)</p> <p>une détresse neurologique (2)</p> <p>Patient dans le coma (2)</p> <p>le patient qui se met à convulser (2)</p>	<p>la détresse respiratoire (2)</p>	<p>un arrêt cardiaque (2)</p>
4	1	1

Question 15 : Quelles sont les missions d'une infirmière en réanimation auprès d'un patient intubé et sédaté ?

Les missions infirmières en réanimation					
Attendus en lien avec le rôle prescrit		Rôle propre			
Rôle de	Application	S'assurer du	Transmettre	Communiquer	Faire preuve

surveillance	de la prescriptions médicales	confort du patient		avec le patient	de curiosité
<p>surveillance sur tes traitements : Est-ce que t'as les bons dosages, bon médicaments (1)</p> <p>Toutes les surveillances sur ton respirateur aussi, s'assurer qu'il soit bien fonctionnel. (1)</p>	<p>Adapter le protocole de sédation antalgie en fonction des prescriptions. (2)</p> <p>soit tu passes en en aide soit tu passes en VAC ou tu vas discuter avec les médecins (1)</p>	<p>si le patient est confortable (1)</p> <p>voir si il est confortable (1)</p> <p>voir si il est douloureux (1)</p> <p>si le tube le gêne (1)</p> <p>assurer le confort du patient avant tout (1)</p> <p>s'assurer du confort du patient (2)</p> <p>bien adapté à son respirateur (2)</p> <p>quand on lui fait les soins, il n'est pas douloureux (2)</p> <p>qu'il n'ai pas un faciès douloureux ou des signes qui nous montrent qu'il est inconfortable (2)</p> <p>s'assurer de ses soins de confort, d'hygiène, préserver son intimité (2)</p>	<p>Ca va être aussi de remonter l'information (2)</p>	<p>dire quand les familles ont appelé (2)</p> <p>continuer à leur parler, à leur dire bonjour (2)</p> <p>leur donner la date (2)</p> <p>si il y a des faits marquants, leur dire (2)</p>	<p>lire des ouvrages sur des témoignages réanimation, quel a été leur ressenti (2)</p> <p>il faut prendre aussi des revues médicales et scientifiques sur "est-ce que tout notre encéphale est vraiment mis au repos complet ou est-ce qu'on est encore la capacité de perception des choses" (2)</p>
2	2	10	1	4	2
4		17			

Question 16 : Quelles sont les difficultés que vous identifiez dans la communication avec le patient intubé et sédaté ?

Difficultés dans la communication avec le patient intubé et sédaté	
Côté patient	Côté infirmier
<p>Je pense que pour eux c'est compliqué aussi de comprendre vraiment ce qui se passe (2)</p> <p>ils vont nous entendre parler mais est-ce qu'ils arrivent vraiment à comprendre ce qu'on leur dit sur leur état (2)</p> <p>il nous entendent le dire mais la capacité cérébrale de réflexion, de compréhension est parfois encore altérée (2)</p>	<p>Le plus difficile c'est de savoir s'il est confortable (1)</p> <p>le patient il s'exprime pas sur sa douleur, ou est-ce qu'elle vient, son intensité, etc (1)</p>
3	2

Question 17 : Que mets-tu en place pour les surmonter ?

Que mets-tu en place pour les surmonter ?		
Observation	Transmissions	Difficultés persistantes
<p>j'essaie de chercher la zone où il a mal. Mais c'est difficile (1)</p> <p>Tu vas toucher pour essayer de trouver la zone (1)</p> <p>demande de cligner des yeux ou de tirer la langue (1)</p> <p>ça va être sur la clinique (2)</p> <p>quand tu touches tu sens qu'ils grimacent un peu. (2)</p> <p>comment ils sont dans le lit et la réaction qu'ils vont avoir quand on va faire les soins (2)</p> <p>Après c'est vraiment sur la clinique et le paraclinique (2)</p>	<p>C'est pour ça que les transmissions sont importantes (1)</p> <p>il faut qu'on apprenne à connaître patient (2)</p> <p>ça va être plus sur notre connaissance du patient aussi qu'on va pouvoir jouer pour comprendre ce qu'il peut nous dire sans nous dire. (2)</p> <p>tu vas devoir te baser sur les transmissions (2)</p>	<p>c'est difficile de trouver une solution pour pallier ça (1)</p> <p>mais c'est hyper dur il n'y a pas vraiment de solution (1)</p> <p>la limite qu'on a sur la connaissance du patient elle est sur le fait qu'on tourne, parfois beaucoup, (2)</p>
7	4	3

NOM : BELLOIR

PRENOM : Erine

TITRE DU MÉMOIRE : L'accompagnement du patient et de ses proches en réanimation

My thesis focuses on supporting family members in the intensive care unit (ICU). During my ICU internship, I encountered challenging situations where the relatives of intubated and sedated patients were in great distress. This led me to question: "How is the nurse's support of family members in the ICU, in a context of reserved prognosis, central to the care of the intubated/sedated patient?"

Firstly, I chose to focus my research on several concepts: caregiving, support, ICU, and intubated/sedated patients. I deepened my knowledge by reading various articles and books on these topics, then I investigated these concepts through the conduct of two semi-structured interviews. I found it interesting to interview two ICU nurses, one experienced and one less experienced, working in different units.

Subsequently, after analyzing my two interviews, I discovered that the two nurses had different approaches to supporting family members. Indeed, the nurse with more experience in the ICU environment seemed to have more resources to cope with the difficulties encountered during support, explaining that her experience had taught her a lot and that each support situation would benefit her in the future.

Finally, I was able to compare the statements of the nurses with those of the authors, and I found that experience plays a role in support, and there are no set rules to follow when supporting family members; it is a very personal process. Indeed, my research indicates that it is the caregiver's empathy that guides them in their practice. Moreover, this thesis has strengthened my belief that supporting family members is inseparable from the care of the patient.

Mon travail de fin d'étude porte sur l'accompagnement des proches en service de réanimation. En effet, durant mon stage en service de réanimation, j'ai été confrontée à des situations difficiles dans lesquelles les proches de patients intubés et sédatisés étaient en grande détresse. C'est pourquoi je me suis posée la question "En quoi l'accompagnement des proches par l'infirmière en service de réanimation, dans un contexte de pronostic réservé, serait-il au cœur de la prise en soins du patient intubé/sédatisé ?"

Tout d'abord, j'ai choisi de diriger mes recherches sur plusieurs concepts : le prendre soin, l'accompagnement, la réanimation et le patient intubé et sédatisé. J'ai pu développer mes connaissances en lisant divers articles et ouvrages abordant ces différents thèmes puis j'ai investigué ces notions grâce à la conduite de deux entretiens semi-directifs. Pour ces entretiens, il me semblait intéressant d'interroger deux infirmières de réanimation, une expérimentée et une moins expérimentée, travaillant dans des services différents.

Ensuite, après avoir analysé mes deux entretiens, j'ai découvert que les deux infirmières avaient une approche différente de l'accompagnement des proches. En effet, l'infirmière avec plus d'expérience dans l'univers de la réanimation semblait avoir plus de ressources pour faire face aux difficultés rencontrées durant un accompagnement et expliquait que son expérience lui avait beaucoup appris et que chaque situation d'accompagnement lui servirait dans le futur.

Enfin, j'ai pu confronter les propos des infirmières et des auteurs, j'ai découvert que l'expérience joue un rôle dans l'accompagnement et qu'il n'y a pas de règles à suivre pour accompagner les proches, c'est un processus très personnel. En effet, il ressort de mes recherches que c'est l'empathie du soignant qui le guidera dans sa pratique. De plus, ce mémoire m'a permis de renforcer ma croyance selon laquelle l'accompagnement des proches est indissociable de la prise en soin du patient

MOTS CLES : Support, Intensive care unit (ICU), Family members, Intubated/sedated patient, Care

MOTS CLÉS : Accompagnement, Réanimation, Proches, Patient intubé/sédatisé, Soins

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 : 2024

