



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'information du patient et de son entourage par l'infirmière dans une situation clinique critique

Formateur référent mémoire : Claudine SORTELLE

VERHAEGHE Coline
Formation infirmière
Promotion 2021-2024

Date : 06 Mai 2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'information du patient et de son entourage par l'infirmière dans une situation clinique critique

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 Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le...*05 mai 2024*.....

Identité et signature de l'étudiant : VERHAEGHE Coline

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 souhaite exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui ont joué un rôle dans la réussite de ma formation infirmière. Cela inclut les formateurs du pôle de formation des professionnels de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, ainsi que les professionnels infirmiers et aides-soignants rencontrés lors de mes stages pratiques.

J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Gaël ROBIN, mon référent pédagogique, pour son soutien constant, son attention, ses précieux conseils et sa disponibilité tout au long de mon parcours de formation.

Je tiens à remercier les personnes suivantes pour leur aide dans la réalisation de mon mémoire :

Madame Claudine SORTELLE, ma référente de mémoire, pour m'avoir conseillée et aidée.

Les infirmières qui ont participé à mon travail de recherche, pour leur gentillesse et le temps qu'elles m'ont consacré. Leur contribution a été essentielle dans l'élaboration de ce mémoire.

Enfin je souhaite remercier tout particulièrement mes parents qui m'ont aidé lors de la rédaction de cette étude. Merci de m'avoir soutenue tout au long de la réalisation de ce projet.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART	2
1. Situations d'appel	2
2. La question de départ	4
CADRE CONCEPTUEL	4
1. L'information du patient et de son entourage	4
1.1. Définition de l'information	4
1.2. Législation	5
1.3. Le rôle de l'infirmière	6
1.4. Communication	6
1.4.1. L'écoute	8
1.4.2. Communication verbale	9
1.4.3. Communication non verbale	9
2. Contexte clinique critique	10
2.1. Définition	10
2.2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle	11
2.3. Le dispositif d'annonce en oncologie	12
3. L'accompagnement du patient et de son entourage	13
3.1. L'accompagnement	13
3.2. L'entourage	13
3.3. Cas particulier de la pédiatrie	15
3.4. Relation soignant-soigné	15
3.5. Les émotions	16
LE DISPOSITIF METHODOLOGIQUE DU RECUEIL DE DONNEES	18
1. Les objectifs du guide d'entretien	18
2. La population interrogée	18
3. L'organisation pour la réalisation des entretiens	18
4. Le bilan du dispositif	19
ANALYSE DES ENTRETIENS	19
1. Le parcours professionnel des infirmières	19
2. L'information du patient et de son entourage	19
3. Un contexte clinique critique	20
4. L'accompagnement du patient et de son entourage	21
DISCUSSION	22
1. L'information donnée au patient et à son entourage	22
2. Le type de situation	24
3. Le patient et son entourage	25
4. Le soignant	26
5. Vers une question de recherche définitive	27
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	

INTRODUCTION

Je réalise ce mémoire d'initiation à la recherche, dans le cadre de ma fin d'étude en institut de formation en soins infirmiers. Ce projet a pour objectif de conclure ma formation et de valider mon diplôme.

J'ai eu l'occasion au cours de mes trois années de formation de découvrir des situations de soins relationnels variées. Certains des soignants avec qui j'ai eu la chance de travailler m'ont fortement inspiré dans leur manière de construire une relation avec le patient et de communiquer avec lui. Ces expériences de terrain, ont confirmé mon appétence pour les soins relationnels et mon envie de développer mes compétences dans ce domaine. Ainsi, je réalise aujourd'hui mon mémoire sur la thématique de l'accompagnement du patient et de son entourage, dans un contexte clinique critique. A travers ce mémoire, je souhaite mettre en évidence la place de la communication dans les soins, sa complexité et quelques clés pour qu'elle soit de qualité. Par ailleurs, en réalisant ce projet, je souhaite acquérir davantage de connaissances sur les bonnes pratiques en communication et utiliser la réflexion menée dans ce travail pour remettre en question ma pratique professionnelle et la perfectionner.

Mon mémoire de recherche débutera par des situations d'appels que j'ai vécues en stage et les questionnements qui m'ont amené à ma question de départ. Le cadre conceptuel regroupera l'ensemble de mes recherches sur la thématique et mettra en valeur le point de vue de différents auteurs sur le sujet. Il se décomposera en trois parties en commençant par l'information du patient et de son entourage, il explicitera ensuite la notion de contexte clinique critique et explorera enfin l'accompagnement du patient et de son entourage.

La méthode que j'ai utilisée pour réaliser mes entretiens avec les professionnelles sera ensuite abordée et ils seront analysés pour recueillir l'avis des soignantes sur la thématique.

La discussion confrontera les éléments bibliographiques avec les résultats de mes entrevues auxquels j'ajouterai mon opinion sur le sujet. Enfin, ce travail se terminera par une question définitive de recherche et une conclusion relatant l'ensemble de ma démarche et de ma réflexion.

CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART

1. Situations d'appel

Situation 1 : La relation avec la famille lors d'un décès inopiné

Je travaille à la SAUV (salle d'accueil des urgences vitales), je suis en deuxième année d'étude en soins infirmiers, c'est mon troisième stage en milieu professionnel. L'équipe soignante se compose d'une infirmière, d'une aide-soignante, d'un médecin et d'un interne. Nous accueillons une patiente Mme M qui a fait un AVC hémorragique à son domicile. Elle a été amenée par le SAMU à la suite d'un appel de sa fille. A son arrivée, elle a été directement prise en charge au scanner, intubée et ventilée. Avec l'aide de l'infirmière, je lui fais des gaz du sang, je lui pose une sonde nasogastrique et une sonde urinaire. Une fois les soins réalisés, l'infirmière m'explique que ma patiente est en mort cérébrale. Le médecin part donc voir son mari et sa fille qui viennent d'arriver pour leur demander leur consentement sur le don d'organe. Pendant ce temps, avec l'infirmière et l'aide-soignante, nous installons la patiente pour qu'elle soit le plus présentable possible pour la famille et aménageons la chambre pour accueillir la famille. Le mari refuse le don d'organes conformément aux volontés de Mme M, de son vivant. Le fils de la patiente qui habite Nantes a été prévenu de l'état de sa mère et arrive aux urgences un peu plus tard où il est immédiatement pris en charge par l'équipe qui reste à la disposition de la famille pour répondre à leurs interrogations et leurs demandes éventuelles. Le mari et les enfants sont effondrés, ils pleurent. Par la suite, nous déplaçons Mme M à l'UHTCD pour qu'elle soit dans une chambre seule lors de l'extubation. L'infirmière prête son bras au mari qui a du mal à faire face au choc de la situation. A l'arrivée à l'UHTCD, nous faisons patienter la famille à l'extérieur de la chambre le temps d'installer la patiente et de l'extuber. Nous retirons les différents appareillages de la patiente (scope, sonde nasogastrique...) et le médecin procède à l'extubation. Nous installons la chambre pour qu'elle soit favorable au recueillement de la famille. Une fois que nous avons terminé nous sortons tous de la chambre et l'infirmière et le médecin vont chercher la famille. De mon côté, j'attends dans le couloir, un peu désemparée. Je n'ose pas me présenter dans la chambre car je ne pense pas que j'y serais à ma place dans de telles circonstances. Je décide de me placer en retrait vis à vis de la famille. Finalement, après avoir fourni le livret informatif sur la prise en charge, l'infirmière et le médecin sortent de la chambre et nous retournons à la SAUV.

Questionnements liés à la situation :

Durant cette situation et surtout après l'avoir vécue, je me suis posée de nombreuses questions : Quelle position adopter dans cette situation en tant que stagiaire ? Quelle peut être la meilleure façon de gérer une situation de mort inopinée et quelles peuvent être les clés dont disposent les soignants pour prendre en charge au mieux les familles lors des fins de vie brutales ?

Situation 2 : Gestion du stress et de l'émotion de la famille en pédiatrie

Je suis en stage dans un service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique qui assure la prise en charge des enfants de 0 à 18 ans. Je suis en troisième année d'étude en soins infirmiers, c'est mon sixième stage en milieu professionnel. Ce jour-là, je travaille dans l'aile d'hématologie. Avec l'infirmière et l'auxiliaire de puériculture, nous avons 4 enfants en charge. Comme à chaque début de poste nous réalisons nos étiquettes avec les soins que nous devons prodiguer, puis nous faisons le tour pour évaluer l'état clinique de nos patients, prendre leurs constantes et réaliser une surveillance de leur voie centrale. En sortant d'une chambre, nous croisons Maël (nom fictif) qui court dans le couloir et joue avec un avion en papier. Il semble heureux et rit beaucoup. Nous continuons notre tour puis lorsque nous avons terminé avec l'enfant suivant, nous croisons l'auxiliaire qui nous explique qu'elle vient de prendre les constantes de Maël, qu'il a une tension élevée et qu'elle le trouve essoufflé. Maël a 5 ans, il est atteint d'une leucémie aiguë lymphocytaire B. Il est hospitalisé depuis plusieurs semaines dans le service. Maël va mieux il est sorti d'aplasie, sa sortie est prévue pour le lendemain avec la poursuite de son suivi en hôpital de jour. Nous décidons donc d'aller voir Maël. Nous reprenons sa tension au repos qui reste élevée. Maël est polypnéique et respire fort. Nous discutons avec la maman qui nous explique qu'elle trouve son fils particulièrement essoufflé depuis plusieurs jours et qu'elle l'a signalé à l'interne en fin de semaine dernière. De plus, aux transmissions, on nous a informé que pendant le weekend Maël a déjà fait un épisode de difficultés respiratoires, mais qu'il avait bien récupéré. Ce jour-là, après plusieurs minutes de repos, Maël reste polypnéique et sa saturation n'est pas bonne, autour de 82%. L'infirmière décide de le scoper ce qu'il n'apprécie guère puisqu'il aimerait retourner jouer dans le couloir. Nous informons l'interne de nos observations et elle nous demande de réaliser un électrocardiogramme qui s'avère normal et de peser Maël. Il a pris 400 g depuis le matin. L'interne m'explique que la cardiologue est en visite dans un autre service et qu'elle lui a demandé de passer examiner Maël. Elle me demande de le prévenir lui et sa mère en étant rassurante. J'informe donc Maël et sa mère de la visite de la cardiologue en leur expliquant que l'ECG est rassurant et que l'interne profite simplement de la visite de la cardiologue dans l'hôpital pour lui demander son avis. La maman de Maël se met à pleurer. Elle m'explique qu'elle est inquiète et qu'elle vit un ascenseur émotionnel puisqu'elle pensait sortir avec son enfant de l'hôpital le lendemain. J'essaye de la reconforter. Par la suite, la cardiologue est passée. Maël n'a pas de problème cardiaque. L'interne pense que son essoufflement vient de sa prise de poids liée à de l'œdème et lui prescrit un diurétique.

Questionnements liés à la situation :

À la suite de cette situation, je me suis posé plusieurs questions. Comment rassurer la mère de Maël alors que je ne connais pas la gravité de la situation ? Quelles informations est-il important de lui

transmettre et au contraire il y a-t-il des informations qu'il ne vaut mieux pas lui donner ? Comment gérer au mieux les émotions de la famille sans les interpréter avec notre propre ressenti ?

2. La question de départ

Les soins relationnels occupent une grande place dans l'exercice infirmier. Je suis très intéressée par cette partie des soins, qui contribue à mon envie de devenir infirmière. En effet, j'aime la relation singulière qui se forme avec les patients, les discussions et les regards échangés. Ces échanges sont riches et favorisent la rencontre de l'autre.

Au cours de mes différents stages, j'ai vu l'importance de cette relation, que l'on construit avec le patient et son entourage. Elle peut leur permettre d'exprimer leurs besoins, gérer leurs émotions et ainsi améliorer leur prise en soin. Par ailleurs, j'aime questionner ma posture professionnelle dans différentes situations de soins afin de remettre régulièrement ma pratique en question et la perfectionner.

Aussi, je souhaite approfondir le thème de l'accompagnement du patient et de sa famille dans des situations de soins critiques, pour améliorer mon comportement et mes actions.

J'ai axé mon travail de recherche sur ce thème, en m'appuyant sur mes expériences vécues en stage, mes trois années de formation infirmière, mes situations d'appel et les questionnements qui en découlent.

Ma question de départ est donc celle-ci :

« Dans un contexte clinique critique, dans quelle mesure l'IDE est-elle un support pour le patient et son entourage lorsqu'elle dispense de l'information sur la situation ? »

Pour répondre à cette question, je vais d'abord m'intéresser à la notion d'information, puis dans un second temps, je vais expliquer l'idée de contexte clinique critique et enfin je terminerai mon analyse théorique en explorant l'accompagnement du patient et de son entourage.

CADRE CONCEPTUEL

1. L'information du patient et de son entourage

1.1. Définition de l'information

La notion d'information est intéressante à expliciter pour comprendre son rôle dans les soins et la relation thérapeutique. Le dictionnaire Larousse définit l'information comme « indication, renseignement, précision que l'on donne ou que l'on obtient sur quelqu'un ou quelque chose ». Cela

donne une définition généraliste du terme. Si l'on s'intéresse davantage à la notion d'information dans le milieu médical, « nous pouvons dire qu'il s'agit donc de tailler, de sculpter, d'analyser la personnalité du malade et, du point de vue psychologique en tout cas, l'information au malade peut donc être comprise comme un authentique travail de sculpture dont la matière est d'ordre affectif » (Brocq, 2008). Pierre Le Coz, professeur agrégé de philosophie et le docteur en génétique médicale, Malzac, expliquent quant à eux que « L'information vient au contact des représentations du malade, comme l'art de mettre en forme la « matière » des attentes qui composent l'espace mental et affectif du patient ». (cité par Brocq, 2008)

Ainsi, comme nous pouvons le voir dans cette partie, l'information joue un rôle crucial dans les soins et la relation thérapeutique. Elle est liée à la personnalité du patient, son histoire, son affectivité, à ses attentes et ses représentations.

1.2. Législation

Pour comprendre la place de l'information dans les soins il faut intégrer la législation. Ainsi, selon l'Article L1111-2 du Code de la santé publique, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » Cet article développe également les cas particuliers des mineurs et des majeurs protégés qui peuvent au même titre que les autres patients recevoir une information adaptée à leur niveau de compréhension. Cependant, dans ces cas-là, les représentants légaux et juridiques sont aussi informés.

Dans la charte de la personne hospitalisée il est inscrit « le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale. » Dans ce même document il est cependant fait une exception si le patient ne souhaite pas être informé de son diagnostic c'est un droit qui doit être respecté mais son état de santé ne doit pas présenter un risque de transmission pour autrui.

Comme les différents professionnels de santé, l'infirmière est soumise à des devoirs qui sont définis dans le code de déontologie infirmier. Le devoir d'informer les patients en fait partis : « L'infirmière met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles. » et « L'information donnée par l'infirmier est loyale, adaptée et intelligible. Il tient compte de la personnalité du patient et veille à la compréhension des informations communiquées ». (*Article R4312-13, code de déontologie infirmier*).

Selon ces différents textes de loi, les patients, quel que soit leur statut (majeur, mineur, majeur protégé), ont donc le droit d'être informé sur leur état de santé, sur les traitements et les risques. L'information qui leur est communiquée doit être loyale et accessible. Enfin, informer les patients est un devoir pour les infirmières.

1.3. Le rôle de l'infirmière

Comme nous l'avons vu précédemment l'infirmière a une obligation déontologique de dispenser de l'information au patient. L'infirmière est amenée à dispenser différents types d'information, que ce soient des informations sur l'état de santé du patient, sur les soins qu'elle réalise, sur le fonctionnement du service ou sur le déroulé de l'hospitalisation et peut aussi avoir un rôle éducatif (exemple : éducation lors de la découverte d'un diabète). Les supports sont très divers, ils s'adaptent à la situation, aux besoins du patients et à ceux de son entourage. Pour appuyer la communication verbale, l'infirmière peut s'aider d'outils tels que des livrets d'accueil, des plaquettes explicatives, affiches, schémas, supports audio-visuel...

Par ailleurs bien que l'information soit un devoir pour l'infirmière, on peut s'interroger sur son contenu qui n'est pas précisé comme nous pouvons le voir dans cet extrait : « si l'obligation d'information constitue un devoir éthique pour l'infirmier, la question demeure toutefois de savoir quelles informations il devra donner au patient en cas de mauvaise nouvelle. La réponse à cette question n'a malheureusement pas fait l'objet de considération particulière par le législateur. Celui-ci, à l'instar de l'annonce d'un dommage aux soins, n'a pas créé un régime spécifique. Il faut donc se reporter à l'article R. 4312-13 du Code de la santé publique » (Mel, 2019).

Informé le patient est donc un devoir de l'infirmière mais il n'existe cependant pas de donnée précises sur les informations, notamment sur leur périmètre, à donner en cas de mauvaise nouvelle à l'heure actuelle. La dispense d'information au sens large du terme fait bien partie du rôle professionnel de l'infirmière.

1.4. Communication

On peut maintenant s'intéresser au moyen de communiquer l'information, à la qualité de celle-ci, et à son évaluation. Pour dispenser l'information, l'infirmière s'appuie sur la communication, définit comme « Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse » (Larousse). Evelyne Terrat (2020), coordinatrice générale des soins définit la communication : « Le mot communiquer vient du latin *communicare* qui signifie « être en relation avec ». ».

Cette communication peut être à la fois verbale et non verbale. Selon Albert Mehrabian, la répartition approximative de la communication serait de 7% pour la composante verbale et de 93% pour la composante non verbale, décomposée :

- Communication verbale : 7%
- Communication vocale (incluant les variations de volume, de débit et de ton) : 38%
- Communication non verbale (gestes et attitudes, qu'ils soient innés ou appris) : 55%

(cité par Delamarre, 2014)

La communication est un phénomène complexe. Elle peut être expliquée grâce au schéma de SHANON-WEAVER (1949 cité par Servillat, 2017) . Dans ce modèle, « l'émetteur » est la personne qui exprime le message au récepteur, personne qui en est le destinataire. Pour transmettre son message, l'émetteur utilise un canal (voix, gestes, écrit...) qui est le support pour son message. Le code est un système de symboles et de règles permettant de créer et de comprendre des messages. L'émetteur l'utilise pour encoder ses messages, tandis que le destinataire le décode pour les comprendre. « Il est important que les deux personnes utilisent le même code, c'est-à-dire un langage commun » (Terrat, 2020). Le feedback ou rétroaction, quant à lui, renseigne sur la réception du message par le destinataire. Il peut prendre différentes formes telles que des réactions verbales ou non verbales. Il permet une communication bidirectionnelle en donnant la possibilité au destinataire de confirmer, d'infirmer, de demander davantage de précisions ou bien même de conclure la conversation, mais il n'est pas une réponse au message initial.

L'enjeu va être de voir si l'interlocuteur est en capacité de recevoir l'information à ce moment précis ou s'il faut reporter la conversation à un moment plus opportun, de mesurer le niveau d'information réceptible et de percevoir ce qu'il a compris et/ou retenu des informations. « à chaque fois qu'il identifiera une zone d'incompréhension, il devra veiller à la compréhension des informations communiquées en éclairant au mieux le patient, et en prenant notamment en compte la subjectivité, l'individualité et sa dimension psychologique » (Mel, 2019)

Selon Margot Phaneuf (2016), le contexte peut avoir un impact sur la communication. Il concerne l'environnement (endroit où se déroule la communication), le moment, le contexte psychologique des différents interlocuteurs, leur âge et leur sexe ainsi que le contexte socioculturel. L'ensemble de ces éléments peut exercer une influence négative ou positive sur la communication et est indispensable à prendre en considération avant de débiter un entretien.

Selon le cours des théories de la communication de 2022, certains facteurs peuvent être sources de complexité dans la communication. En effet, des difficultés physiques (bégaiement), le vécu de chacun, les représentations, les émotions, le bruit peuvent présenter des obstacles pour une bonne communication. Cependant en ayant connaissance de ces facteurs et de ses propres limites, il est possible de les limiter.

Il existe des facteurs influençant positivement la communication. La gestion de l'environnement en fait partie, favoriser un endroit calme, sans bruit est un bon atout. Par ailleurs, le comportement de l'infirmière peut également impacter positivement la communication. La politesse, le respect, l'implication, l'attention sont autant de facteurs qui correctement employés rendent la communication efficiente.

Ainsi, la communication de l'information repose sur différentes techniques et supports, incluant la communication verbale et non verbale. Ce processus de communication peut être décrit selon le schéma : émetteur, récepteur, canal, code et feedback qui sont des éléments clés de la communication. Par ailleurs, le contexte qui inclut la nature du lieu d'information, la personne à informer, l'information à dispenser, a un impact important sur la communication et certains obstacles peuvent la compliquer. Il est donc intéressant pour l'infirmière de bien connaître et gérer ces éléments pour adapter son comportement et avoir une communication efficace.

1.4.1. L'écoute

« L'écoute permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle, c'est-à-dire de percevoir, au-delà des sons, son humanité : ses craintes et ses forces, ses doutes et ses certitudes, ses éléments d'équilibre et de faiblesse. » (Bioy et al., 2013)

Les auteurs décrivent 3 niveaux d'écoute, le premier concerne ce que dit le patient, le verbal, le second comprend les observations du non verbal et du paraverbal, et le dernier prend en compte les émotions du patient et les manifestations qu'elles ont physiquement chez lui.

Par ailleurs, selon Bioy (2013), l'écoute nécessite que le soignant se rende disponible pour le patient, en ayant une écoute attentive et vigilante pour distinguer les éléments essentiels dans les propos et le comportement du patient et améliorer la qualité des soins. Il dit également que l'écoute est liée à la sécurité émotionnelle du soignant et qu'il est donc nécessaire qu'il se libère de ses propres obstacles émotionnels pour pouvoir écouter sans être perturbé.

L'écoute est donc dans l'exercice infirmier un moyen d'appréhender la souffrance du patient, en saisissant son humanité, ses émotions, ses forces et ses faiblesses. L'écoute inclue le verbal, le non verbal et les émotions du patient. Enfin, une bonne écoute requiert de la disponibilité et de la vigilance de la part du soignant, impliquant à celui-ci d'avoir fait face à ses propres obstacles émotionnels. Écouter ce n'est pas seulement entendre, c'est aussi comprendre.

1.4.2. Communication verbale

Le cours sur les théories de la communication de 2022 aborde les principes de la communication. Pour que soit garantie la qualité de la communication verbale d'information, il faut que soient réunies certaines caractéristiques, telles que l'utilisation de termes faciles, adaptés au niveau de compréhension de son interlocuteur, et l'utilisation de phrases à la fois courtes sans détails inutiles, et précises avec une exactitude des termes utilisés.

« Dans la communication verbale, vos mots sont porteurs de sens. Vous devez donc être attentives à bien les choisir afin qu'ils soient adaptés à la faculté de compréhension du client, à son âge, à son niveau d'éducation ainsi qu'à sa culture. Il faut éviter l'utilisation de termes savants ou issus du jargon médical, de même que les abréviations. » (Phaneuf, 2016)

Toujours d'après Margot Phaneuf (2016), pour éviter toute confusion chez le patient, il est crucial que les phrases soient courtes, claires et précises, et qu'elles se concentrent sur un seul sujet à la fois.

Dans la communication, le soignant utilise différents types de questions. Selon Bioy (2013), les questions ouvertes encouragent une discussion approfondie et permettent aux patients d'explorer leurs émotions et leurs pensées, favorisant ainsi une meilleure compréhension et une implication active dans leur propre prise en charge. Les questions fermées qui ont des réponses limitées par « oui » ou « non » sont, quant à elles, utiles pour obtenir des informations précises et concises sur un thème spécifique.

Les techniques de reformulation (écho, miroir, ...) permettent également aux soignants d'explorer les pensées du patient ou de vérifier qu'ils ont bien compris ce qu'il a dit.

Donc, pour assurer une communication verbale efficace, il est important d'utiliser des termes simples, des phrases courtes et précises. Les professionnels ont à leur disposition divers outils tels que les questions ouvertes ou fermées, adaptées selon les informations recherchées, ainsi que les reformulations pour évaluer la compréhension des patients.

1.4.3. Communication non verbale

La communication non verbale correspond à ce qui est exprimé sans mot. Elle regroupe l'intonation, la posture, la proxémie, la gestuelle, le regard, les mimiques. Comme pour la communication verbale, celle-ci doit s'adapter au patient et à son entourage ainsi qu'à la situation. L'information doit être intelligible pour le patient et son entourage, « il ne suffit pas de dire, mais d'adapter le langage, le ton à la situation existante » (Mel, 2019)

« La communication non verbale va regrouper de nombreux aspects, plus ou moins faciles à maîtriser par les soignants, tels que la posture, la distance entre les interlocuteurs, la gestuelle ou les expressions faciales. Le toucher est aussi un puissant vecteur relationnel, mais ne doit être employé que s'il semble

accepté par la famille. Tous ces éléments, y compris la tenue vestimentaire, font partie du savoir-être. Cette communication non verbale doit être en concordance avec la communication verbale afin de la compléter, de la renforcer et de véhiculer sincérité et prédisposition à l'écoute » (Orliaguet et al., 2017)

« Le langage du corps est un autre allié de la dynamique de l'entretien, car il permet de renforcer certaines idées à caractère persuasif, ou de suggérer sans verbaliser directement. » (Barrier, 2017)

Selon Barrier (2017), la gestuelle verbale intensifie la communication en donnant plus de poids aux mots, en exprimant des émotions intenses, en mettant en avant certains aspects. Elle permet aussi d'attirer l'attention, de nuancer les propos, d'interrompre de manière respectueuse, de montrer une attitude conciliante ou divergente. De plus, elle peut aider à ralentir le rythme de la conversation, incitant ainsi l'interlocuteur à prendre du recul sans confrontation directe verbale. Selon Delamarre (2014), certains gestes indiquent une recherche de partage de connexion et d'interaction, d'autres montrent une attitude de confrontation, comme les gestes de saisie, les gestes menaçants et les gestes agressifs et enfin certains indiquent que la personne se replie sur elle-même.

Selon Barrier (2017), la façon dont le soignant pose son regard sur son interlocuteur qu'il soit le patient ou un membre de son entourage a également son importance dans la relation et influence la prise de parole.

La voix et la modulation de ses paramètres (volume, intonations, vitesse) permet de transmettre à son interlocuteur des intentions en complément de ce qui est dit verbalement.

Selon Florence Dumas (2022), le sourire du soignant montre qu'il est ouvert, disponible, et encourage le patient à se détendre physiquement et émotionnellement. Cela crée une atmosphère de confiance et de bien-être, essentielle pour les patients vulnérables et anxieux.

La communication non verbale englobe divers aspects tels que l'intonation, la gestuelle, le regard, et le toucher, en complément de la communication verbale. Il est nécessaire qu'elle soit en harmonie avec le langage verbal pour être efficace et renforcer son message. La conscience du non verbal est importante à prendre en compte pour le soignant afin d'instaurer des conditions favorables à la communication, en utilisant le regard, la voix et le sourire pour favoriser la confiance et la détente. L'objectif est également de décrypter ce que le patient ne dit pas verbalement.

2. Contexte clinique critique

2.1. Définition

Un contexte est défini comme « ensemble des circonstances dans lesquelles se produit un évènement, se situe une action » (Larousse). La clinique correspond à ce « qui concerne l'observation

du patient » (Larousse). Selon le Larousse, le terme critique correspond à « qui expose à un grave danger ; dangereux »

Un contexte clinique critique se réfère à une situation où la santé du patient est, ou potentiellement, gravement menacée. La gravité d'une situation est souvent corrélée au degré de risque léthal, mais sans aller jusqu'au décès une situation peut devenir critique, quand par exemple dans un état apparemment stable survient un évènement susceptible d'engendrer des complications potentiellement graves ou ressenties comme telles. Cela peut impacter les interactions entre les professionnels de santé, le patient et son entourage. Il est donc important d'adapter la communication et la manière de dispenser l'information dans de telles circonstances.

2.2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle

Selon l'article « annonce d'une mauvaise nouvelle aux parents », l'annonce d'une mauvaise nouvelle se décompose en 3 temps : la préparation de l'entretien, l'annonce de la complication et le suivi.

Le premier temps, la préparation, est décrit comme : « un des temps essentiels à ne pas négliger à la fois pour avoir une parfaite connaissance du dossier (historique de l'hospitalisation, circonstances ayant conduit à l'incident. . .), mais pour préparer l'entretien sur un plan logistique : s'assurer de la tranquillité (pièce dédiée, téléphone confié à un tiers, possibilité de s'asseoir. . .), décider des personnes qui y assisteront . . . La présentation des personnes assistant à l'entretien, tant au niveau des soignants que de la famille, est toujours nécessaire. » (Orliaguet et al., 2017).

Ensuite, il est conseillé de démarrer la phase d'annonce en s'intéressant aux connaissances que le patient et sa famille ont de la situation. Orliaguet (2017) nous dit : « « Before you tell, ask », soit « demander avant même de parler » en utilisant des questions ouvertes telles que « Quelles informations avez-vous déjà reçues ? » ou « Qu'avez-vous compris de la situation ? ». ». L'auteur nous explique que l'intérêt de cet échange permet de prévenir les malentendus, mais offre également l'opportunité d'explorer la perception du patient (ou de sa famille) concernant la situation, ainsi que les mécanismes de défense qu'ils ont pu mettre en place pour y faire face.

Le processus d'annonce d'une mauvaise nouvelle est un processus en trois temps : la préparation de l'entretien, l'annonce de la mauvaise nouvelle et le suivi. La phase de préparation inclut la connaissance du dossier et l'organisation de l'entretien. Il convient en préambule de sonder les interlocuteurs sur leurs connaissances de la situation avant de débiter l'entretien, pour ne pas déclencher de mécanismes de défense et éviter les malentendus.

2.3. Le dispositif d'annonce en oncologie

D'après Ollitrault et Caugant (2019), en 2006 des recommandations concernant le dispositif d'annonce en oncologie ont été publiées et le dispositif a été généralisé dans les établissements de santé en 2007. Le temps d'accompagnement infirmier est réalisé après la consultation médicale.

Toujours d'après Ollitrault et Caugant (2019), les objectifs de cette consultation sont de consacrer un moment spécifique au patient afin qu'il puisse exprimer ses émotions, ses inquiétudes et ses besoins. En outre, il s'agit de lui fournir des informations et des conseils, de le tranquilliser concernant le processus de traitement à venir, et d'établir une relation de confiance. Ce dispositif permet aux services de soins de consacrer du temps à l'accompagnement des patients. Les modalités de formalisation et d'organisation sont propres à chaque service dans certains cas, les consultations sont menées par une équipe composée d'un psychologue et d'un infirmier.

L'infirmière et la psychologue insistent également sur l'importance de ce temps dans la prise en soin. La connexion établie entre le patient et l'infirmière aura un impact significatif « ce nouage entre le patient et l'infirmier(e), aura une influence majeure sur les annonces suivantes et sur l'ensemble de la relation de soins. La consultation est donc un premier contact, un moment privilégié et fondamental pour l'établissement de la confiance. » (Ollitrault & Caugant, 2019)

De plus, les auteurs insistent sur le fait qu'il est essentiel de se préparer avant l'entretien pour se sentir plus à l'aise lors de la rencontre. En tant qu'infirmière, avant de voir le patient, il est important de prendre le temps de revoir le compte rendu médical afin de comprendre ce que le médecin a pu communiquer au patient et la gravité de la maladie. Cette démarche peut fournir des indications précieuses pour optimiser la consultation.

De plus, il est crucial d'être informé du plan de soins personnalisé (PPS), établi lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Ensuite, l'entretien d'annonce est un moment favorable et pendant lequel il est très important que le patient puisse exprimer sa parole. En effet, Ollitrault et Caugant (2019), expliquent : « le fait de donner du temps au patient pour le laisser exprimer ses émotions est un vrai parti pris et vient signifier qu'on lui accorde de l'importance. Cela met le patient en confiance. Il ressent que l'on prend du temps pour l'écouter, que l'on s'intéresse à ce qu'il vit. Par ailleurs, exprimer ses émotions prend du temps ; il faut chercher ses mots ».

Le dispositif d'annonce en oncologie implique un temps d'accompagnement infirmier après la consultation médicale, visant à permettre au patient d'exprimer ses émotions, ses inquiétudes et ses besoins, ainsi qu'à fournir des informations, des conseils et à instaurer une relation de confiance. Cette consultation est un moment privilégié pour établir une connexion réelle entre le patient et l'infirmière,

influençant les annonces futures et la relation de soins. Il est recommandé aux professionnels de se préparer avant l'entretien pour faciliter la rencontre et donner la parole au patient pour exprimer ses émotions, ce qui renforce la confiance et l'engagement dans le processus de soins.

3. L'accompagnement du patient et de son entourage

3.1. L'accompagnement

Dans cette partie, nous nous intéressons à la notion d'accompagnement.

Selon Verspieren, en 1984, « Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas ». (cité par Mottaz, 2012)

Le Robert propose une définition de l'accompagnement « fait de soutenir, d'assister quelqu'un ». Cette définition peut être complétée par celle du verbe accompagner : « se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui. » (*Dico en ligne Le Robert*, s. d.)

« Le mot accompagner vient du latin *ad* (mouvement) et *cum panis* (avec pain), « celui qui mange le pain avec ». Ainsi l'accompagnement est tout d'abord un « être avec », une mise en chemin, s'accordant à celui que l'on accompagne. » (Birmelé, 2018)

Selon Birmelé (2018), accompagner commence par agir progressivement avec l'autre, en harmonie avec son rythme et en interaction. Ensuite, c'est être présent et reconnaître pleinement la personne dans sa globalité. Cette interaction subtile repose sur l'écoute et l'accueil de sa parole, favorisant ainsi la création d'un projet de vie ou d'une décision personnalisée.

3.2. L'entourage

Dans cette partie il est question de l'accompagnement du patient et de son entourage. Aussi, il me semble opportun de s'intéresser à la définition de l'entourage. Le dictionnaire Larousse définit l'entourage comme : « personnes qui vivent habituellement autour de quelqu'un ; voisinage ». Autrement dit, l'entourage sont les proches du patient (famille, amis, relation).

Lorsque l'on soigne un patient il est également important de considérer sa famille qui est elle aussi impactée par la maladie. « Accueillir un malade, c'est accueillir toute une famille qui est malade » (Ollivet (2000) cité par Granziera & Merghad-Dubois, 2016)

La place des proches dans la prise en soin tend à se développer. « Les nouvelles approches thérapeutiques donnent une place importante à la famille, très longtemps éloignée des soins » (Formarier, 2007). Il n'est pas toujours évident pour les soignants de leur faire de la place, ni de savoir comment les accompagner. « Il s'agit en effet de « faire place » et d'accueillir cet « autre » qu'est la

famille, au sein même d'un milieu qui se veut le leur. Laisser la famille s'inviter dans l'intime des soignants, et ainsi prendre « le risque » de tricoter ensemble un projet de soins, de se faire confiance, de cheminer ensemble. Cela suppose que le soignant porte un autre regard sur la famille et lui fasse place tout autant que le patient. » (Granziera & Merghad-Dubois, 2016)

En effet, la famille joue un rôle crucial dans l'univers des soins en étant à la fois accompagnante et accompagnée, en fonction de ses membres, de leur passé, de leurs relations internes et de leur capacité à gérer le stress et surmonter les obstacles. Ainsi, chaque accompagnement et chaque relation qui se forme sont uniques.

La relation entre le soignant et les proches du patient n'est cependant pas toujours évidente. En effet, selon Granziera et Merghad-Dubois (2016), dans le monde hospitalier, le visage du soignant est souvent confronté à des situations intimes liées à la vie et à la mort, ce qui peut le faire apparaître aux yeux des familles comme un complice de la maladie. Ils sont souvent sollicités pour trouver des solutions, mais ils peuvent également être la cible de colère, de frustration et de révolte. Cette dynamique complexe peut entraîner des sentiments d'agressivité, d'épuisement et de perte de sens pour les soignants. Face aux réactions agressives des familles ou des malades, les auteurs expliquent qu'il faut prendre du recul et qu'il s'agit d'un travail personnel. Cependant, cette prise de recul peut être facilitée par les groupes de parole, la pratique de la discussion, du questionnement en équipe, et l'analyse réflexive des pratiques professionnelles.

L'accompagnement de l'entourage par les soignants, aussi complexe soit-il, est néanmoins tout aussi nécessaire que l'accompagnement du patient et demandera aux soignants un réel investissement. « Accompagner la famille et accompagner avec la famille, voilà la double orientation que se propose de vivre l'équipe dans l'accompagnement. Chaque rencontre se voudra unique et nous invitera sans cesse à réinventer, questionner et rechercher le sens. » (Granziera & Merghad-Dubois, 2016)

La prise en charge d'un patient implique également de considérer son entourage, défini comme ses proches. Ces derniers jouent un rôle crucial dans le processus de soins, bien que leur intégration puisse être complexe pour les soignants. Les nouvelles approches thérapeutiques accordent une importance croissante à la famille, mais cela peut entraîner des défis tels que la gestion des émotions et des attentes des proches. Malgré ces défis, l'accompagnement de l'entourage est indispensable, exigeant un engagement continu et une réflexion constante sur les pratiques de soins de la part des professionnels de santé.

3.3. Cas particulier de la pédiatrie

« Les parents de l'enfant sont le lien stable à la « vie normale », ils jouent ainsi un rôle thérapeutique. Ils sont une ressource pour les soignants. Leur participation aux soins leur permet d'être utiles et de garder une attitude positive face à leur enfant. » (Gounin, 2016)

Selon Célia Gounin, cadre de santé (2016), la communication de l'état de santé de l'enfant à ses parents renforce la confiance des parents envers l'équipe soignante. Elle explique qu'il est également important de permettre aux parents de participer aux soins dans la mesure du possible et de les impliquer dans ses activités quotidiennes.

En pédiatrie, le soignant offre également un accompagnement qu'il doit personnaliser en fonction des besoins de la famille, en les aidant à évaluer la situation et en les préparant aux différentes étapes de la maladie. Il est essentiel d'encourager les parents à exprimer leurs sentiments et leurs préoccupations, tout en les aidant à se recentrer sur le présent. En cas de besoin, le soignant peut également orienter la famille vers un soutien extérieur, comme des psychologues ou des associations spécialisées.

Toujours selon Célia Gounin (2016), la question de la mort ne doit jamais être taboue au sein de l'équipe soignante, et un accompagnement discret et respectueux est essentiel pour soutenir la famille dans ces moments difficiles.

Dans le domaine de la pédiatrie, les parents ont un rôle crucial à jouer en tant que lien avec une vie en dehors de la maladie pour les enfants, ayant un impact thérapeutique significatif. Une communication ouverte et transparente concernant l'état de de l'enfant consolide le lien de confiance avec les parents. Les professionnels de la santé doivent adapter leur soutien en fonction des besoins spécifiques de la famille, les encourager à exprimer leurs émotions et inquiétudes, tout en les informant sur les différentes phases de la maladie. En cas de besoin, les soignants peuvent orienter la famille vers d'autres professionnels pouvant répondre à leurs interrogations.

3.4. Relation soignant-soigné

L'expression relation soignant-soigné est employée à de nombreuses reprises par les professionnels de santé. Aussi, il est intéressant de se pencher sur le sens de ces termes et définir les caractéristiques de cette relation. Selon le dictionnaire Larousse, la relation est « ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles ». Le terme soigner se définit comme : « Procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un, d'un animal » (Larousse, s. d.). Le soigné est défini comme la personne qui reçoit des soins. Certains auteurs définissent la relation soignant-soigné comme répondant à des normes. « La relation dont il est question ici relève du champ professionnel ce qui

implique des rapports sociaux codifiés, pré-établis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes. » (Formarier, 2007). Cette relation anciennement unidirectionnelle se modifie et devient bidirectionnelle. « Dans une approche systémique, on ne peut plus avoir une vision unidirectionnelle, statique de la relation et se contenter d'un modèle linéaire basé sur le schéma émetteur-récepteur. Il faut considérer les relations comme des éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations, en interdépendance avec l'environnement. » (Formarier, 2007). Cette relation entre les professionnels de santé et le patient reste complexe et il n'existe pas de réelle méthode applicable à toutes les situations. Les soignants doivent s'adapter à la singularité des patients ainsi qu'à la situation.

Selon Formarier (2007), les relations, qu'elles impliquent les soignants, les patients ou les familles, combinent à la fois des règles et de l'imprévisibilité, les rendant délicates à gérer. Aussi, malgré l'utilisation croissante de protocoles, les soignants expérimentent toujours différentes dimensions de la relation. Selon Louis Malabeuf, la relation soignant-soigné se décline en 4 niveaux. D'abord la relation de civilité qui ne fait pas parti des soins et qui correspond aux valeurs socio-culturelles (politesse, se présenter...). Ensuite, la relation fonctionnelle a pour objectif de recueillir des données sur le patient pour mieux le connaître. La relation de compréhension a quant à elle comme but de soutenir le patient et enfin on a la relation thérapeutique qui intervient sous prescription médicale et dont la visée est de soigner le patient. (Cité par Pitte, 2019)

La relation soignant-soigné est un sujet important dans le domaine de la santé. Elle est définie comme l'ensemble des interactions et des liens qui se forment entre les personnes impliquées dans les soins. Autrefois unidirectionnelle (soignant-soigné), cette relation est devenue bidirectionnelle (soignant-soigné et soigné-soignant), nécessitant une adaptation constante des professionnels de santé aux besoins spécifiques des patients et des situations. La relation soignant-soigné se décline en quatre stades : la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de compréhension et enfin la relation thérapeutique, chacun ayant des objectifs distincts dans le processus de soins.

3.5. Les émotions

« Ce sont des sensations physiques soudaines et intenses qui se diffusent dans le corps et le cerveau. » (Argod, 2019)

« L'émotion est une réponse spontanée de notre corps lorsqu'il y a un décalage entre un état intérieur et un événement extérieur. » (Argod, 2019)

« Le terme même d'émotion désigne des sentiments que chacun de nous peut reconnaître en lui-même par introspection ou prêter aux autres par extrapolation. Les émotions sont caractérisées par des sensations plus ou moins nettes de plaisir ou de déplaisir : les émotions agréables ou positives

accompagnent la survenue ou l'anticipation d'évènement gratifiants ; les émotions désagréables ou négatives sont associées à l'expérience de la douleur, du danger ou de la punition. » (Dantzer, 1994)

« On peut noter la présence de trois composantes fondamentales : la composante comportementale, la composante physiologique et la composante cognitive/subjective. » (Belzung, 2007)

Selon Inge Sinding & Stiegler, deux psychologues en Norvège, les émotions primaires sont nos premières réponses émotionnelles directes à une situation, telles que la colère face à un conflit ou la tristesse après une blessure. Elles expriment nos sentiments initiaux et nos besoins immédiats.

D'un autre côté, les émotions secondaires sont des réactions émotionnelles qui se produisent en réponse à nos émotions primaires. Par exemple, la colère peut masquer une tristesse profonde, tandis que la tristesse peut être déguisée en colère. Ces émotions secondaires peuvent parfois être confuses et ne pas refléter nos véritables besoins émotionnels. Aussi, il est important de comprendre la distinction entre les émotions primaires et secondaires afin de mieux se comprendre et d'éviter les malentendus.

Selon Goiset (2021), les émotions se forment dans le cortex au sein du système limbique du cerveau, même avant que l'individu en prenne conscience. Ce système, crucial pour le comportement, les émotions et la mémoire, comprend des structures telles que l'hippocampe, les amygdales et l'hypothalamus. Les informations sensorielles sont d'abord traitées par le thalamus avant de se répartir simultanément dans les régions du cortex associées aux différents sens et vers les amygdales. L'amygdale se trouve près de l'hippocampe, impliqué dans la mémoire. C'est à ce niveau que se forment les émotions. Les données sont ensuite transmises à l'hypothalamus qui régule le système nerveux autonome, provoquant diverses réponses corporelles visibles telles que la sudation ou l'accélération de la respiration.

Selon Haag & Cognard (2020), la peur utilise deux circuits cérébraux : le circuit court pour une réaction rapide sans détails fins sur le stimulus, et le circuit long pour une analyse détaillée du stimulus avant la réaction émotionnelle. Ces circuits fonctionnent en parallèle pour une réponse adaptée face au danger. Toutes les émotions entraînent des changements physiologiques, certains étant communs à plusieurs émotions comme l'accélération du rythme cardiaque en cas de colère ou d'excitation. Cependant, d'autres modifications varient selon l'émotion ressentie. Par exemple, la honte peut provoquer un rougissement du visage dû à une augmentation du flux sanguin, tandis que la peur peut faire pâlir le visage en déplaçant le sang vers les membres inférieurs. Au niveau de l'activation cérébrale, chaque émotion présente des motifs distincts, malgré un schéma général commun, et se manifeste différemment sur le plan corporel.

Les émotions expriment un ressenti face une situation agréable ou désagréable et se traduisent par des phénomènes physiques dont l'origine physiologique avec des circuit cérébraux identifiés est bien établie. Une réaction émotive est cependant compliquée à décrypter car une réaction apparente face

à une situation peut en fait masquer un sentiment différent. Par exemple l'angoisse peut se traduire et être masquée par un comportement agressif.

LE DISPOSITIF METHODOLOGIQUE DU RECUEIL DE DONNEES

1. Les objectifs du guide d'entretien

Le guide d'entretien est réalisé dans le but de conduire un entretien semi-directif. L'objectif est de laisser les professionnels développer leurs réponses à partir de questions ouvertes tout en guidant leurs réponses afin qu'elles donnent les informations souhaitées. J'ai par ailleurs prévu des questions de relance pour leur permettre de développer davantage si besoin.

L'objectif du guide d'entretien est de comprendre dans quelle mesure l'IDE est un support pour le patient et son entourage lorsqu'elle dispense de l'information sur la situation dans un contexte clinique critique.

Aussi, dans un premier temps, l'entretien s'intéresse au parcours professionnel des infirmières. Ensuite, les questions portent sur l'information au patient, puis la notion de contexte clinique critique. Enfin, la dernière partie de l'entretien, explore la gestion des émotions du côté soignant et patient.

2. La population interrogée

Je connais les deux infirmières que j'ai interrogées.

La première, Justine, je l'ai rencontrée lors de mon stage en onco-hématologie pédiatrique et la seconde Marie, je l'ai rencontrée dans ma vie personnelle dans le milieu associatif. Je sais donc avant de réaliser les entretiens que Justine est une infirmière d'onco-hématologie, avec une activité d'infirmière d'annonce et je connais également un peu le parcours professionnel de Marie. Les deux infirmières travaillent ou ont travaillé dans des services où l'accompagnement du patient et de son entourage sont très présents (en oncologie pédiatrique pour Justine, et en HAD et soins palliatif pour Marie). Je trouvais intéressant pour ces entretiens de confronter l'expérience d'une infirmière d'annonce avec le point de vue d'une infirmière n'ayant pas cette expertise afin de voir s'il y a des différences dans leurs approches.

3. L'organisation pour la réalisation des entretiens

J'ai fixé une durée maximum de 15 minutes pour mes entretiens. Les professionnelles sont informées que leurs réponses seront anonymes. Les entretiens sont enregistrés après accord des professionnelles en début d'entretien. Pour l'entretien avec Justine, j'ai effectué une demande auprès

de la cadre du service d'onco-hématologie pédiatrique qui m'a ensuite permis de contacter directement les infirmières d'annonce du service. Concernant mon deuxième entretien avec Marie, je l'ai contacté directement par téléphone et nous avons fixé ensemble un entretien téléphonique.

4. Le bilan du dispositif

Les entretiens avec les deux infirmières ont permis d'illustrer et de compléter mon cadre conceptuel. L'expérience différente des deux professionnelles a contribué à enrichir mon étude puisque j'ai pu confronter leurs propos. Je pense cependant que mon guide d'entretien n'est pas suffisamment précis. En effet, j'ai terminé la rédaction de celui-ci avant même d'avoir rédigé la totalité de mon cadre conceptuel. Aussi, certaines de mes questions étaient trop vagues et ont pu me mettre en difficulté lors des entretiens. Je pense que j'aurais peut-être pu également poser des questions sur des points précis de mon cadre conceptuel.

ANALYSE DES ENTRETIENS

1. Le parcours professionnel des infirmières

Au début de mes entretiens, l'objectif était de mieux connaître les infirmières interrogées et notamment leur parcours professionnel. Justine, la première infirmière que j'ai interrogée, est diplômée depuis 2001. Elle a travaillé uniquement en pédiatrie, dans des secteurs de soin technique et est infirmière puéricultrice depuis 2007. Par ailleurs, elle a depuis 2 ans le rôle d'infirmière d'annonce en hématologie pédiatrique. De son côté, Marie est diplômée depuis 2017. Elle a un parcours varié, avec un exercice à la fois dans des services de soins techniques en hospitalier et une pratique en libéral et dans des structures de soins autour du handicap.

2. L'information du patient et de son entourage

Dans un premier temps, j'ai orienté mes questions sur la notion d'information, qui occupe une place prépondérante dans mon mémoire. Mon premier objectif était de mettre en évidence les différents types d'information que l'infirmière communique au patient et à son entourage. Les deux infirmières expliquent qu'elles communiquent des informations au patient sur les soins qu'elles leur font : « *sur les soins qu'on leur apporte* » (Justine). D'autre part, l'information concerne la prise en charge des patients, le déroulé de leur hospitalisation. Justine explique que dans le cadre de l'onco-hématologie pédiatrique, elle donne beaucoup de conseils aux enfants et à leur famille : « *ça peut être aussi des conseils qui ne sont pas liés à la maladie proprement dit, mais sur le couchage, sur les écrans,*

sur la télé, sur l'éducation, sur l'alimentation » ou « en lien avec la maladie, avec la prise en charge à l'hôpital, comment lire une numération, quoi faire en cas de température ». La question suivante concerne les moments où les infirmières dispensent de l'information. Les deux infirmières expliquent qu'elles profitent des soins pour communiquer des informations. Selon Justine, les hospitalisations sont des moments propices pour informer le patient et sa famille : « tout au long de l'hospitalisation ». L'information peut également être livrée lors de temps plus formels. Ce temps a lieu en début de traitement pour les patients de Justine : « des temps plus formels ... au début du traitement. Après que les médecins aient donné l'information déjà aux familles, aient donné le diagnostic et expliqué le plan de soins, on va reprendre tous ces éléments avec les familles. » Pour Marie ce temps formel est surtout pour les familles : « Pour les familles, ça se fait sur un temps donné parce que souvent les situations sont assez compliquées. » D'autre part, je me suis intéressée aux moyens dont disposent les infirmières pour informer le patient. Marie et Justine m'expliquent qu'elles ont des supports écrits qu'elles peuvent distribuer à leurs patients. Ces supports sont divers, Marie dit : « on a des dépliants à disposition qui peuvent présenter l'établissement, le déroulé de l'hospitalisation par exemple, ces supports sont très utiles. ». De son côté, Justine dispose de supports adaptés aux enfants et à leurs parents, leurs apportant des informations sur leur pathologie de manière plus ludique. Les infirmières communiquent de façon verbale en fournissant des informations. Cependant, Marie ajoute, qu'elle peut communiquer : « De façon non verbale, ça dépend de la situation ».

3. Un contexte clinique critique

Je souhaitais dans un premier temps, expliciter la notion de contexte clinique critique en m'appuyant sur les représentations des infirmières dans leur pratique professionnelle. Aussi, Marie, décrit un contexte clinique critique comme une situation d'urgence aiguë ou imprévue, ou une situation de fin de vie. De son côté, Justine indique que : « nous, ils sont tous en contexte clinique critique », puisque ses patients sont atteints de maladies avec des traitements complexes et que leur pronostic peut ne pas être simple. Elle précise que dans leur service les situations critiques concernent des enfants dont l'état de santé n'est pas bon et dont l'espoir guérison est quasi inexistant : « Après, nous, quand on parle vraiment de critique en hémato, c'est plutôt quand les enfants ne vont vraiment pas bien. Et où il n'y a plus trop d'espoir derrière. ». Dans un contexte clinique critique, les infirmières dispensent de l'information au patient et à son entourage. Marie, le fait en expliquant les soins qu'elle réalise « en expliquant la personne, ce que tu fais, d'avoir l'adhésion au soin, quand c'est possible », tandis, que Justine le fait dans les explications qu'elle donne lors des découvertes de leucémie. L'information de la famille est également vue comme nécessaire par Marie : « l'adhésion de la famille, notamment sur les fins de vie, quand j'ai bossé en réanimation, des patients, qui ne sont pas en capacité

de communiquer sur la prise en charge, c'est obligé d'interagir avec l'entourage ». Justine précise cependant, que lors de situation critique où l'état de santé de l'enfant est préoccupant, elle n'apporte pas les informations à la famille concernant l'éducation lié à la maladie mais reporte l'entretien à un moment plus approprié pour les parents.

Enfin, je voulais percevoir s'il existait des différences dans la manière de communiquer l'information en cas de contexte clinique critique. Les deux infirmières m'ont répondu que oui. Pour Marie, dans ce type de situation, elle préfère voir la famille et le patient lors d'entretien plus formel en compagnie du médecin ou d'autres professionnels. Justine par exemple s'adapte en les assouplissant les consignes qu'elle donne à l'enfant et à sa famille, dans le cas d'un mauvais pronostic : *« On va adapter aussi les consignes qu'on va donner aux parents »*.

4. L'accompagnement du patient et de son entourage

Une partie de mon mémoire s'intéresse à l'accompagnement du patient et de son entourage. Aussi, j'ai interrogé les professionnelles sur leur capacité à percevoir si le patient et son entourage sont en capacité de recevoir de l'information au moment où elles souhaitent leur en communiquer.

Justine qui a eu des cours sur la communication thérapeutique, s'appuie sur la position du patient et ses réponses aux questions pour percevoir s'il est attentif. Dans le cas où son interlocuteur semble focaliser sur un sujet, elle explique : *« essayer de se focaliser sur ce qui préoccupe le patient ou sa famille, pour répondre à ça, pour le dégager de ça, et après revenir sur ce qu'on veut lui donner comme information. »* Si elle perçoit que le moment n'est pas adapté elle reporte l'entretien à un moment plus propice.

Selon Marie, la reformulation permet de percevoir ce que son interlocuteur a compris, Elle peut aussi, lui poser des questions. Toujours selon elle, la pathologie du patient et le contexte peuvent influencer la compréhension. Elle utilise par exemple du langage non verbal pour communiquer avec des personnes handicapées : *« Moi, je sais que je travaille beaucoup avec des personnes en situation de handicap, donc j'utilise beaucoup les sens »*.

Les émotions occupent une grande place dans la communication, il est donc intéressant de savoir comment accueillir et comprendre les émotions du patient et de son entourage. Les deux infirmières que j'ai interrogées m'expliquent que l'écoute est essentielle. Justine insiste aussi sur l'importance de réaliser des pauses pour laisser le temps au patient et à son entourage de comprendre et assimiler les informations : *« laisser des temps pour qu'ils s'ouvrent, pour recevoir l'information, et puis leur laisser un petit peu de temps »*. Par ailleurs, d'autres professionnels peuvent être sollicités pour les accompagner en cas de difficultés. C'est le cas de Justine qui informe les familles qu'elles peuvent rencontrer une psychologue pour parler si besoin.

Enfin, il m'a paru essentiel de connaître la manière dont les infirmières gèrent leurs émotions dans des situations complexes. Les deux infirmières s'accordent à dire que discuter en équipe permet de prendre du recul sur la situation vécue, qui n'est pas vécue de la même manière par l'ensemble des soignants. Justine complète en expliquant qu'il est possible de passer le relais : « *on peut passer le relais aussi à d'autres collègues parce qu'on n'est pas seuls* ». Les loisirs en dehors du travail peuvent aussi représenter de bonnes alternatives comme c'est le cas pour Marie par exemple qui ressent le besoin de faire du sport après le travail.

DISCUSSION

1. L'information donnée au patient et à son entourage

L'information occupe une place cruciale dans les soins. Elle se confronte directement à la personnalité, à l'histoire de vie, aux représentations, à l'affectivité et aux attentes de la personne à qui elle s'adresse. De l'information peut être communiquée à tout instant que ce soit pendant les soins, à l'issue d'examen, pendant la distribution des traitements ou lors d'entretien sur un temps donné entre l'équipe soignante, le patient et son entourage. Les infirmières que j'ai interrogées expliquent toutes les deux profiter des soins pour informer le patient. Ce temps des soins me semble aussi propice pour éclairer le patient.

La communication de l'information repose sur une législation imposant aux professionnels de santé de dispenser de l'information sur l'état de santé du patient sur ses traitements et sur les risques éventuels conformément au code de santé publique de 2020. Cette information doit être loyale et accessible. Elle relève du devoir de l'infirmière comme expliqué dans le code de déontologie. Le thème de la communication et de l'information est présent dans de nombreux écrits. Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de données précisant le contenu des informations à divulguer en fonction de chaque contexte de soins, expliquant ainsi la complexité de la communication, selon Mel (2019).

Lorsque l'on pense à la communication on pense en premier lieu à la communication verbale. Il s'agit dans ce cas de mettre en mots les notions que l'on souhaite apporter, en utilisant des termes simples et des phrases courtes s'adaptant au niveau de compréhension de son interlocuteur, comme nous l'explique Margot Phaneuf (2016). Il est évident que l'on n'utilise pas le même vocabulaire, ni le même niveau de détails lorsque l'on s'adresse à un enfant et lorsque l'on s'adresse à un adulte. Bien qu'il soit courant de croire que la communication est avant tout verbale certains auteurs comme Mehrabian (1967) mettent en évidence que la communication verbale ne représente, en fait, qu'une infime partie de la communication.

Par ailleurs, les infirmières disposent d'outils pour informer le patient et son entourage. Les supports écrits tels que les dépliants constituent de bonnes alternatives pour expliciter des notions aux patients et à son entourage tout en leur permettant d'y revenir en cas d'oubli. J'ai eu l'occasion lors de mes différents stages d'utiliser plusieurs de ces dépliants notamment sur la transfusion, sur la gestion des décès, ou sur une l'explication de certains traitements ou dispositifs. Les infirmières que j'ai eu l'occasion de rencontrer m'ont également parlé de brochures expliquant la prise en charge lors d'une hospitalisation ou décrivant une structure. D'autre part, dans le cadre de la pédiatrie des supports ludiques peuvent être utilisés, permettant aux enfants de s'approprier des notions parfois complexes dans le cadre de leur maladie. Ces supports, bien que très utiles, ne se substituent cependant pas aux explications des soignants.

La communication repose de manière importante sur l'écoute du patient et de son entourage. Bioy (2013) fait partie des auteurs décrivant cette notion. Écouter n'est pas seulement entendre ce qui est dit, mais également comprendre ce qui est suggéré par le patient dans sa posture et son paraverbal. Ces indications collectées peuvent permettre aux soignants d'améliorer la qualité de leur prise en soin en s'appuyant sur les besoins et les attentes du patient et de son entourage. L'écoute peut être un moyen de comprendre la douleur du patient en tenant compte de son humanité, de ses émotions, de ses points forts et de ses vulnérabilités. Cependant, pour assurer une écoute efficiente, le soignant se doit d'être disponible et vigilant. Les infirmières s'accordent sur l'importance de cette notion, avis que je partage également. Il me semble en effet primordial d'être à l'écoute et attentif au patient et à son entourage pour réaliser des soins et un accompagnement de qualité.

Le langage non-verbal, incluant la posture, les expressions du visage, l'intonation de la voix, les sourires, les regards est une mine d'informations sur l'état d'esprit du patient au moment de la communication. Ces attitudes non verbales permettent de communiquer au-delà des mots et de s'adapter à son interlocuteur. J'ai découvert au cours de mes stages l'impact des expressions de mon visage sur les patients et les familles. Lorsque j'ai un sourire sur le visage, cela facilite la manière d'aborder le patient et peut permettre de le détendre. Cette notion de sourire est également abordée par Florence Dumas (2022). En pédiatrie où la communication verbale n'est pas toujours évidente, ou lorsque je suis confrontée à des personnes de nationalité étrangère ne parlant pas la même langue que moi, la communication passe avant tout par les gestes, le regard et les expressions sur le visage. En effet, l'inquiétude liée à la maladie peut être exacerbée par l'incompréhension de ce qui est dit. Dans ce cas, l'attitude, la disponibilité et la gestuelle du soignant sont fondamentales. Je pense que la communication non verbale n'est pas suffisamment exploitée par les soignants qui n'en n'ont pas toujours conscience, alors qu'elle apporterait une réelle plus-value dans la relation thérapeutique. Je reconnais cependant qu'il n'est pas toujours évident en tant que soignant d'être vigilant à son paraverbal et à son langage corporel.

2. Le type de situation

Le type de situation exerce une influence sur la manière d'aborder le patient et son entourage et sur l'information dispensée. Dans les publications, mes entretiens et mon expérience professionnelle, il apparaît clairement que le contexte de la communication a un impact important sur celle-ci. Il englobe selon Margot Phaneuf (2016), l'environnement de la communication, le moment, le contexte psychologique des interlocuteurs, leur âge et leur sexe, ainsi que le contexte socioculturel. Délivrer une information à un patient dans un couloir au milieu de bruits parasites ou de l'agitation n'aura pas le même effet que de la lui délivrer dans un espace calme. L'environnement reflète la disponibilité du soignant et guide le contenu de la discussion.

La façon de dispenser l'information n'est pas non plus identique si le soignant est une femme ou un homme et de la même façon selon le sexe de la personne en face. J'ai remarqué au cours de mes stages que l'aspect socioculturel est à considérer lors de la communication. En hématologie par exemple, le discours concernant le retour à domicile d'un enfant atteint de leucémie n'est pas le même s'il s'agit d'un enfant unique ou avec un frère ou une sœur, que s'il est dans une fratrie de 5 ou 6 enfants. L'entretien ne sera pas le même car les problématiques ne sont pas identiques. Tous ces éléments de contexte sont indispensables à considérer avant le début de la communication car ils peuvent l'influencer positivement ou négativement.

La définition de contexte clinique critique n'est pas la même en fonction de chaque professionnel, de leur expérience, de leur vécu et de leur type d'exercice. Lorsque pour certains soignants, une situation critique concerne un état de santé grave arrivant de manière brutale et imprévue potentiellement létale comme un infarctus du myocarde, il correspond pour d'autres à la survenue d'une complication ou événement conduisant à l'aggravation d'une pathologie déjà sévère. Cet aspect s'illustre complètement dans les deux entretiens que j'ai réalisés. Si la notion même de situation critique n'est pas identique, il est facile de comprendre que l'approche et la manière d'aborder la situation n'est pas non plus la même d'un soignant à l'autre.

L'information dispensée n'est pas analogue en fonction du type de situation rencontrée. Bien qu'il existe une intention commune, la forme et le contenu sont à adapter car les préoccupations des professionnels de santé ne sont pas les mêmes, ils n'ont pas les mêmes objectifs de communication. L'annonce d'un décès ou d'une complication ne se fait ainsi pas de la même manière que les explications sur un examen ou un traitement par exemple. Les infirmières révèlent utiliser un mode d'entretien plus formel dans des situations cliniques critiques pour capter au maximum l'attention de l'interlocuteur, ses émotions et proposer une réponse plus adaptée, par exemple.

3. Le patient et son entourage

Il me semble important de préciser ici, que l'information de l'entourage ne peut s'effectuer qu'après le consentement du patient. En cas d'incapacité pour le patient d'entendre et comprendre ces informations ou de prendre des décisions pour lui-même, les informations sont transmises à la personne de confiance.

Le patient est l'acteur principal de sa prise en charge. Il doit être considéré dans son individualité.

Dans la communication, la capacité du patient à recevoir l'information joue un rôle crucial. Cette aptitude dépend de l'état de santé du patient, de son niveau intellectuel, de ses connaissances sur sa pathologie. Il est également important de tenir compte des maladies sous-jacentes pouvant altérer la compréhension des informations par le patient (déficience intellectuelle, troubles cognitifs, séquelles de maladie neurologiques). Tenir compte de ces éléments, permet aux soignants de communiquer de la manière la plus adaptée. Pour une même situation, les informations données ne seront pas identiques pour tous les patients. Le niveau de détails, les termes et le mode de communication peuvent varier.

La communication s'adapte d'autre part, aux attentes, aux besoins du patient et aux notions sur lesquelles il souhaite être informé. Certains patients peuvent ainsi demander que l'on ne les informe pas sur les détails de leur maladie, leur prise en charge thérapeutique ni sur leur pronostic. Ceci peut s'apparenter à une forme de déni de la maladie mais qui doit être respecté, l'information devant certainement être distillée plus lentement, avec des mots différents et peut être après avoir apaisé certaines angoisses.

Prendre soin d'un patient inclut également de prendre en compte les personnes qui l'entourent. La considération des proches du patient occupe aujourd'hui de plus en plus de place dans les soins comme l'explique Formarier (2007). Cet accompagnement est influencé par le degré de relation qu'entretient le patient avec son entourage.

Les informations délivrées aux proches sont soumises à la censure du patient. Aucune information ne peut être fournie aux proches sans l'accord du patient. Dans le cas de forte proximité entre le patient et ses proches, ceux-ci vont être davantage présents et impliqués dans sa prise en soin. Malgré la proximité du lien qui les relie, les soignants ne vont pas dispenser les mêmes informations au patient et à son entourage. Ils vont préférer aborder avec les proches l'état global de la personne, plutôt que son état de santé précisément.

L'accompagnement de l'entourage est complexe pour le soignant car il dépend entièrement de sa réaction aux événements, de leurs émotions et des possibles ressentiments à l'égard de l'équipe soignante, selon Granziera et Merghad-Dubois (2016). Ainsi la survenue d'une situation clinique critique pourra par exemple, dans certain cas engendrer un abattement, une torpeur voire un état de

choc psychologique, et dans d'autres cas induire chez les proches un comportement plus revendicatif, voire agressif, qui peut masquer néanmoins une forme d'angoisse.

De la même manière que le patient, son entourage possède une identité qui lui est propre, pouvant influencer sa relation avec les autres. Une approche efficiente avec une famille n'est pas nécessairement transférable à une autre famille. Il n'existe pas de méthode universelle applicable à toutes les situations, expliquant parfois l'inquiétude des soignants face à la complexité de cette relation. Aussi, un engagement durable et une réflexion constante de la part des professionnels de santé, nourrit par les échanges d'expérience dans les équipes sur leurs pratiques de soins (formalisés ou non (temps de transmission, réunion, groupes de parole) sont nécessaires pour mener à bien cette communication.

4. Le soignant

Le soignant est un membre essentiel de la relation soignant-soigné. Comme le patient, il possède une individualité. Son approche est influencée par son histoire de vie, son expérience, ses émotions. Une situation n'est pas vécue de la même manière par tous les professionnels de santé. Chacun d'entre eux a une manière qui lui est propre pour l'aborder et la comprendre. Les émotions suscitées par le contexte de soin ne sont pas identiques d'un soignant à l'autre. Cet aspect a notamment été relevé lors de mes entretiens. Dans ma pratique professionnelle, j'ai eu l'occasion de travailler avec différents professionnels et j'ai observé que leur approche dans les soins et la communication est différente. Je peux par exemple parler des bradycardies qui sont assez fréquentes chez les enfants prématurés en réanimation. Cette situation bien que tout de même urgente n'affole pas outre mesure les soignants puisqu'elle est récurrente. Ils la gèrent de façon efficace, calme et rassurante pour les parents grâce à la fois à leurs paroles rassurantes et à leur attitude non verbale de contrôle de la situation. On peut imaginer que des professionnels ayant moins l'habitude de ce type de situation auront un comportement plus stressé, ce stress se communiquant à l'entourage présent (langage non-verbal). L'influence de l'expérience des soignants est donc très importante dans la manière d'aborder la situation et de gérer leurs émotions.

Par ailleurs, la communication est un art complexe. Certains soignants ont plus d'habileté à le manier que d'autre. Encore une fois cela dépend de la personnalité de chaque professionnel de santé, de son vécu et de ses connaissances. L'infirmière d'annonce que j'ai rencontrée a notamment reçu des cours de communication ce qui constitue une aide précieuse.

Toutefois, en cas de difficulté face à une situation, les soignants peuvent compter sur le soutien de leurs collègues car ils travaillent en équipe. Les infirmières évoquent par exemple cette idée en

précisant qu'il est possible de passer le relai et de débriefeur en équipe à l'issue de la situation. L'équipe est un véritable atout dans la prise en soin des patients.

5. Vers une question de recherche définitive

Ma question de départ était : « Dans un contexte clinique critique, dans quelle mesure l'IDE est-elle un support pour le patient et son entourage lorsqu'elle dispense de l'information sur la situation ? ». Il me semble dans mon travail de recherche avoir répondu à cette problématique, au moins partiellement puisqu'il n'existe pas selon moi de réponse à cette question. Les lectures que j'ai réalisées et analysées, les entretiens avec les différentes professionnelles et la confrontation avec mon point de vue m'ont permis de développer ma réflexion sur le thème de la communication. L'infirmière est un support essentiel dans la communication assurant la plupart du temps un lien entre l'équipe médicale et le patient. Il apparaît cependant clairement qu'il n'existe pas une méthode unique pour délivrer des informations, y compris lors d'une situation clinique critique, et que l'infirmière doit en permanence adapter son comportement, ses éléments de langage verbaux ou non-verbaux au patient et au contexte. Ainsi ma question de départ pourrait devenir : « dans quelle mesure et comment l'infirmière s'adapte-t-elle au patient, à son entourage et à un contexte clinique critique ? »

CONCLUSION

Les soins relationnels constituent pour moi une grande richesse dans l'exercice infirmier. J'aime la rencontre de l'autre et la relation qui se crée avec lui. Aussi, il m'a paru évident dès le départ de choisir un sujet en lien avec cette thématique. Mes expériences vécues en stage sont venues enrichir mon raisonnement puisque des situations démontrant la complexité de la communication ont lancé mon questionnement. J'ai ensuite pu, grâce à mes lectures et la rencontre de deux infirmières, enrichir mes connaissances sur le sujet.

Le rôle attribué et les compétences reconnues de l'infirmière en matière de dispense de soins auprès des patients est un fait. Elle joue cependant un rôle important et a un devoir déontologique d'apporter des informations au patient et à son entourage dans le cadre de sa fonction et représente un support important lorsqu'elle dispense de l'information, qu'il s'agisse d'une situation clinique critique ou non. Les informations qu'elle peut délivrer à l'entourage sont soumises au consentement du patient, cet entourage pouvant se réduire à la personne de confiance qu'il a lui-même désigné.

Le champ d'application des informations qu'elle est à même de fournir n'est pas précisé sur le plan législatif. Ainsi l'infirmière peut apporter des informations sur l'état de santé de son patient, la prise en charge de sa maladie et ses traitements, l'éducation thérapeutique du patient, mais également par

ses informations et son empathie apporter un apaisement face à certaines des angoisses manifestées par le patient lui-même ou son entourage face à la maladie.

De nombreuses techniques verbales ou non verbales sont disponibles pour apporter les informations. Chaque fois qu'elle apporte des informations l'infirmière doit s'assurer que le moment choisi est idéal pour apporter l'information en fonction de sa nature et que le patient est à même d'entendre l'information et de la comprendre. L'information devra être adaptée à son niveau de compréhension. Enfin après avoir délivré l'information, l'infirmière s'assure qu'elle a bien été comprise.

Au cours d'une situation clinique critique qui peut être définie par la survenue d'un événement inopiné dans un état clinique de base rendant l'issue de cet état clinique incertain ou fatal, l'expérience montre que les modalités de délivrance des informations et les codes se modifient pour s'adapter au contexte (type de patient, âge, situation clinique initiale, connaissances du patient) et à la situation clinique immédiate, afin d'apporter le niveau de connaissance nécessaire de la situation sans pour autant engendrer une angoisse incontrôlable.

Mon expérience personnelle ainsi que l'expérience relatée par les deux infirmières que j'ai pu questionner pour la réalisation de cette étude et l'étendue de la bibliographie montrent qu'il n'existe pas un type de situation clinique critique, un type d'information ni une méthode pour délivrer les informations et que chaque fois que l'infirmière exerce ce rôle d'information elle doit adapter sa façon de communiquer au patient ou son entourage, à la nature des informations à délivrer, et au contexte dans lequel il faut les délivrer.

Cette méthode est aussi propre au soignant en tant qu'individu, basée sur son histoire, son émotivité, et son degré d'empathie. Il s'avère que son expérience professionnelle, son degré de connaissance de la pathologie et du patient et son entourage, est un fort atout pour se sentir capable sereinement d'apporter des informations notamment lors de la survenue d'une situation clinique critique.

Ce travail de recherche a mis en valeur l'importance de la communication mais aussi sa complexité. Ces données seront utiles dans ma future pratique professionnelle puisqu'elles me permettront de remettre en question ma pratique, pour la perfectionner. Bien que le sujet m'intéresse depuis le début de mon travail, j'ai maintenant développé une forte appétence pour la communication me donnant envie de continuer de m'informer et de me former lors de congrès ou d'enseignement complémentaire.

Lors de la réalisation de mon étude, j'ai été happé par la multitude de contenus bibliographiques traitant de ce sujet, révélant ainsi l'intérêt et les questionnements persistant autour de cette notion de communication.

Pour terminer, certaines des méthodes et des outils présentés dans ce travail sont enseignés en institut de formation en soins infirmiers. Dès les premiers stages, l'élève infirmier est confronté au patient et à son entourage, il me semble donc nécessaire d'approfondir ses connaissances en communication

dès la première année de formation. Toujours dans cette optique de formation, des mises en situation lors d'ateliers pratiques existent déjà et permettent aux étudiants de réfléchir sur le sujet. Cependant, je pense qu'il serait judicieux de les développer davantage en élargissant l'éventail des situations traitées. Par ailleurs, il me paraîtrait intéressant d'élargir encore l'offre des formations complémentaires proposées à l'ensemble des professionnels de santé au cours desquelles les expériences peuvent être confrontées, pour que chacun puisse améliorer sa prise en charge relationnelle, informationnelle et empathique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Argod, C. (2019). Comprendre les émotions pour mieux les appréhender. *Métiers de la Petite Enfance*, 25(275), p 28-33.
- Article L1111-2—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051
- Barrier, G. (2017). *Les langages du corps en relation d'aide : La communication non verbale au-delà des mots* (2 éd., 2017). ESF éditeur.
- Belzung, C. (2007). *Biologie des émotions*. De Boeck.
- Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2013). *La communication entre soignant et soigné : Repères et pratiques* (3e éd). Bréal.
- Birmelé, B. (2018). Accompagner. La relation soignante comme cheminement. *Éthique & Santé*, 15(1), p 48-54. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462917301241>
- Brocq, H. (2008). Éthique et annonce de diagnostic. Informer ou l'art de mettre les formes. *Le Journal des psychologues*, 259(6), p 65-69.
- Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92)—Légifrance. (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/
- Dantzer, R. (1994). *Les émotions* (2. éd. corr). Presses Univ. de France.
- Delamarre, C. (2014). Chapitre 2. Communication verbale et non verbale. In *Alzheimer et communication non verbale* (p. 29-38). Dunod. <https://www.cairn.info/alzheimer-et-communication-non-verbale--9782100705986-p-29.htm>
- Dictionnaire en ligne Le Robert. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/accompagnement>
- Dumas, F. (2022). Sourire pour entrer en relation. *Soins Aides-Soignantes*, 19 (105), p. 24-25
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités : *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), p 33-42.
- Goiset, L. (2021). *Les émotions au sein de la relation d'aide dans les soins infirmiers*. Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes.
- Gounin, C. (2016). Accompagner la famille d'un enfant hospitalisé. *L'aide-soignante*, 30 (174), p. 30-32
- Granziera, M., & Merghad-Dubois, S. (2016). Soignants face aux familles – Penser pour panser la relation. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 126(3), p 85-95. <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2016-3-page-85.htm>
- Haag, P., & Cognard, L. (2020, avril 6). À la découverte des émotions (4) : Dans le corps et le cerveau. Lab School Paris. <https://www.labschool.fr/post/support-our-students-at-the->

seasonal-garden-market

- Inge Sinding, A., & Stiegler, J. R. (s. d.). Émotions primaires et secondaires—The Emotion Compass. *La boussole d'émotion*. <https://emotioncompass.org/fr/information/primary-secondary-emotions/>
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Soigner, être soigné, se soigner - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigner/73230>
- Mel, E. (2019). Annonce d'une mauvaise nouvelle et information éclairée au patient. *La Revue de l'Infirmière*, 68(252), p 39-40.
- Mottaz, A.-M. (2012). Accompagnement. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 42-43). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-42.htm>
- Ollitrault, A.-M., & Caugant, F. (2019). Dispositif d'annonce, traumatisme de l'annonce et accompagnement soignant. *Bulletin du cancer n°3*, p 115-122.
- Orliaguet, G., Bagnon, T., Duracher, C., & Jacquelet, E. (2017). Annonce d'une complication aux parents. *Anesthésie & Réanimation*, 3(6), p 531-537.
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné : L'accompagnement thérapeutique* (Chenelière Education).
- Pitte, M. (2019). *La relation soignant/soigné—Cours soignants*. EspaceSoignant.com. <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-soignant-soigne>
- Servillat, T. (2017). Chapitre 1. Communication. In *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* (p. 5-23). Dunod. <https://www.cairn.info/construire-la-communication-therapeutique--9782100754083-p-5.htm>
- Terrat, É. (2020). La communication, un apprentissage au service du prendre soin. *L'aide-soignante*, 27 (150) p. 12-14

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

<p>Bonjour, je suis Coline Verhaeghe, je suis étudiante infirmière en 3ème année à l'IFSI Pontchaillou de Rennes. Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui porte sur l'accompagnement du patient et de son entourage. Dans ce but, je souhaiterais vous poser quelques questions. Cet entretien sera anonyme. Êtes-vous d'accord pour être enregistré ?</p>			
Notions théoriques	Objectifs	Questions principales	Questions de relance
	<ul style="list-style-type: none">→ Démarrer l'entretien→ Connaître l'expérience et le parcours professionnel de l'IDE	Tout d'abord, pouvez-vous vous présenter en quelques mots, me dire depuis combien de temps vous êtes diplômé et quel est votre parcours professionnel ?	
L'information du patient et de son entourage	→ Mettre en évidence les différents types d'informations communiqués par l'IDE	Dans votre exercice professionnel, quels sont les types d'informations que vous dispensez au patient et à son entourage ?	
	→ Mettre en évidence dans l'exercice professionnel infirmier,	A quel moment êtes-vous amené à dispenser de l'information au patient et à son entourage ?	

	<p>les moments où de l'information est communiquée</p> <p>→ Connaître les différents moyens et outils à disposition de l'IDE pour communiquer de l'information</p> <p>→ Mettre en évidence la manière de communiquer l'information par l'IDE (verbal, non verbal...)</p>	<p>Comment dispensez-vous l'information au patient et à son entourage ?</p>	
Un contexte clinique critique	<p>→ Expliciter la notion de contexte clinique critique dans l'exercice infirmier selon les représentations de chaque IDE et en utilisant leurs mots</p>	<p>Dans votre quotidien de soignant, qu'est-ce pour vous un contexte clinique critique ?</p>	
	<p>→ Mettre en évidence dans leur pratique quotidienne si les IDE dispense de l'information dans des situations cliniques qu'elles jugent critiques.</p>	<p>Vous arrive-t-il de dispenser de l'information dans un contexte clinique critique ?</p>	<p>Si oui pour quelle raison ?</p> <p>Si non pour quelle raison ?</p>
	<p>→ Savoir s'il existe des modifications dans la manière</p>	<p>Un contexte de soin critique influence-t-il votre approche pour</p>	<p>Si oui, pour quelle raison ?</p> <p>Non, pour quelle raison ?</p>

	<p>de communiquer l'information dans un contexte clinique jugé critique</p> <p>→ Comprendre comment la situation peut influencer la communication de l'IDE</p>	dispenser l'information au patient et à son entourage ?	
L'accompagnement du patient et de son entourage	→ Comprendre de quelle manière l'IDE recherche la capacité de compréhension chez le patient et son entourage lorsqu'elle leur donne de l'information	Comment percevez-vous si votre interlocuteur est en capacité de recevoir de l'information ?	
	→ Mettre en évidence la manière d'accueillir les émotions du patient et de son entourage	Comment gérez-vous les émotions du patient et de son entourage lorsque vous leur donnez de l'information dans un contexte clinique critique ?	
	→ Identifier les moyens mis en place pour gérer les émotions des IDE dans des situations complexes	Comment faites-vous pour gérer vos émotions dans des situations cliniques critiques ?	
Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.			

Annexe II : Retranscription de mon premier entretien avec Justine (nom d'emprunt).

ESI : Bonjour, je suis Coline Verhaeghe, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI Pontchaillou de Rennes. Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études qui porte sur l'accompagnement du patient et de son entourage. Dans ce but, je souhaiterais vous poser quelques questions. Cet entretien sera anonyme. Êtes-vous d'accord pour être enregistré ? D'abord, pouvez-vous vous présenter en quelques mots, me dire depuis combien de temps vous êtes diplômée et quel est votre parcours professionnel ?

Justine : Alors moi, j'ai été diplômée de l'école d'infirmière, euh en 2001, je crois, sur Paris. Après, j'ai travaillé trois ans en chirurgie cardiaque pédiatrique à l'hôpital Necker.

Et après, j'ai été mutée à Rennes, trois ou quatre ans après. Et j'ai travaillé directement en pédiatrie hémato. Ensuite, j'ai fait l'école de puér en 2007 sur Rennes.

Et depuis, maintenant, ça va faire deux ans, je suis infirmière d'annonce et d'accompagnement en pédiatrie hémato.

ESI : Ok. Dans votre exercice professionnel, quels sont les types d'informations que vous dispensez aux patients et à son entourage ?

Justine : Alors, c'est très, très vague, il y a plein, plein de choses. On va leur dispenser des informations donc sur les soins qu'on leur apporte, sur leur prise en charge globale, sur leur plan de soins, sur les consignes en apnée, sur la surveillance de la température. Il y a vraiment... C'est énorme tout ce qu'on va leur donner comme conseil. Ça peut être aussi des conseils qui ne sont pas liés à la maladie proprement dit, mais sur le couchage, sur les écrans, sur la télé, sur l'éducation, sur l'alimentation. Et autrement, en lien avec la maladie, avec la prise en charge à l'hôpital, comment lire une numération, quoi faire en cas de température. Il y a vraiment ... C'est très, très... La liste est très, très longue.

ESI : Ok. Et à quel moment êtes-vous amené à dispenser l'information au patient et à son entourage ?

Justine : Alors, ça peut être tout au long de l'hospitalisation, en fonction de... Quand on est dans les soins, on peut donner l'information dès que l'enfant est présent et dès que la famille est présente. Et sinon, on va avoir des temps plus formels, où on leur donnera l'information sur... Vraiment, ce sera

au plus au début du traitement. Après que les médecins aient donné l'information déjà aux familles, aient donné le diagnostic et expliqué le plan de soins, on va reprendre tous ces éléments avec les familles et on va leur... Prendre un temps de une heure, une heure et demie pour leur expliquer toute la prise en charge à domicile. Et ensuite, on pourra les revoir pour faire des petites mises au point ou des... Voilà, on va revoir s'il y a des questions à chaque hospitalisation, s'il y a des soucis à la maison ou s'il y a des points de prise en charge à améliorer.

ESI : Ok. Comment dispensez-vous l'information aux patients et à son entourage ?

Justine : Alors, on a un carnet HIPO, c'est un classeur de liaison, dans lequel toutes les informations qu'on va donner, vont être regroupées. Donc, on va passer une bonne heure, une heure et demie à leur expliquer tout. Et puis, ils auront ce support pour toutes les explications. Elles sont renotées, ils peuvent retourner chercher ce qu'on leur a expliqué. Parce que quand on explique pendant une heure et demie des choses, au bout d'un moment, c'est plus compliqué pour eux, ils ne retiennent pas tout. Donc, ils ont ce support écrit où c'est noté. Et puis après, en fonction de l'âge des enfants, on peut aussi... On a des mallettes d'ETP. Donc, c'est des mallettes où on explique c'est quoi des globules rouges, c'est quoi des globules blancs, des plaquettes, des seuils de transfusion. S'il y a le droit, c'est une espèce de petit jeu. On peut jouer avec la famille et avec les enfants. Donc, on fait surtout quand il y a des enfants, entre 10 ans et 15 ans, surtout, ça marche pas mal.

Où on pose des questions et on reprend en fait ce qu'on a expliqué pour expliquer l'aplasie mais de manière plus ludique. Je ne sais plus, c'était quoi la question ? Le support, le support peut-être c'est ça.

ESI : Oui, comment...

Justine : Après, on a aussi le plan de soins personnalisé. C'est rédigé avec les médecins et puis sur lequel on a toutes les chimio qui sont notées. Et puis aussi les évaluations, les conditions pour les chimio. Donc, ça va être un autre support où tout est écrit. On essaie de leur faire l'information par oral et aussi qu'il y ait toujours un support écrit pour qu'ils puissent se référer après. Parce que sinon après, ils oublient les infos et des fois, ils ont des doutes. Donc, ils peuvent avoir le support écrit. Et puis sinon, après, on est joignable par téléphone donc dès qu'il y a le moindre doute, ils peuvent nous rappeler pour reprendre contact avec nous et qu'on réexplique.

ESI : Ok. Dans votre quotidien de soignant, qu'est-ce pour vous un contexte clinique critique ?

Justine : Nous, ils sont un peu tous en contexte clinique critique. C'est des maladies qui sont quand même un peu graves. Donc, avec des pronostics qui peuvent être compliqués ou au moins des traitements qui vont être très compliqués. Donc, ils sont tous un petit peu dans des diagnostics cliniques critiques. Après, nous, quand on parle vraiment de critique en hémato, c'est plutôt quand les enfants ne vont vraiment pas bien. Et où il n'y a plus trop d'espoir derrière. Mais en fait, on ne distingue pas.

L'information qu'on va donner va être un peu la même. Que le diagnostic soit bon ou pas très bon au départ.

Après, si le diagnostic est vraiment plus compliqué, on va faire intervenir des équipes spécifiques. Comme l'équipe de soins palliatifs La Brise, en fait, qui va pouvoir nous aider aussi dans les prises en charge plus compliquées.

ESI : Ok. Vous arrive-t-il de dispenser de l'information dans un contexte clinique critique ?

Justine : Ça dépend de ce qu'on entend. Critique, critique, en fait. Si, après, quand ça va être... En fait, ils sont tous un peu critiques. Donc, oui, on va distribuer de l'information dans un contexte. Voilà, une découverte de leucémie, le diagnostic est un peu critique. Si c'est vraiment critique en fin de... Vraiment, un enfant qui ne va pas bien, qui se retrouve en réa, on va plutôt dire, non, on ne va pas donner l'information à ce moment-là. Le médecin va donner des informations sur ce qui se passe, sur l'état de santé, sur... Voilà.

Mais tout ce qui est éducation pour la prise en charge des familles, on va essayer d'attendre un petit peu que l'enfant aille mieux pour pouvoir donner les infos dans un moment où c'est plus calme et plus posé pour les parents.

ESI : Ok. Un contexte de soins critiques influence-t-il votre approche pour dispenser l'information aux patients et à son entourage ?

Justine : Oui. Parce qu'on ne va pas le faire de la même manière. Par exemple, sur les tumeurs cérébrales, on sait que les pronostics, ils sont moins bons. On va adapter aussi les consignes qu'on va donner aux parents.

On va, certaines fois, on va... Par exemple, les consignes aplatiques, qui vont être pour tout le monde pareil. Si on sait que l'enfant, son espérance de vie, elle est courte, on va essayer qu'il profite au maximum. Et du coup, il y a peut-être des choses qu'on va lui autoriser, qu'on n'autorise pas à l'autre.

Parce que dans le bénéfice-risque, on dit que, ben oui, c'est vraiment important qu'il puisse profiter de plein de choses à la maison, de voir ses frères et sœurs, ses cousins et cousines, tout ça. Et que même si, pour d'autres, ce n'est pas autorisé, on va adapter les consignes, en fait.

ESI : Ok. Comment percevez-vous si votre interlocuteur est en capacité de recevoir l'information ?

Justine : On va le voir sur déjà comment il se positionne, comment il va répondre aux questions qu'on va lui poser. En fait, on a des cours de communication thérapeutique où on apprend un petit peu, justement, à détecter, en fonction de la position de l'enfant, de l'interlocuteur, des questions qu'il pose, si on a l'impression qu'il est dans le flou, qu'il ne nous écoute plus, qu'il est complètement parti ailleurs, ou qu'il pose toujours la même question, par exemple. Là, on va stopper l'entretien et puis on va déjà voir ce qui le préoccupe, essayer de se focaliser sur ce qui préoccupe le patient ou sa famille, pour répondre à ça, pour le dégager de ça, et après revenir sur ce qu'on veut lui donner comme information. Et des fois, ça arrive qu'on coupe l'entretien et on fait une pause, ou des parents qui pleurent, qui répondent au téléphone, qu'on voit qu'ils ne sont pas réceptifs, on arrête et on reprend un peu plus tard, un moment où ça va mieux pour eux.

ESI : Ok. Comment gérez-vous les émotions du patient et de son entourage lorsque vous leur donnez des informations dans un contexte clinique critique ?

Justine : Ça va être pareil, ça va être de laisser des temps pour qu'ils s'ouvrent, pour recevoir l'information, et puis leur laisser un petit peu de temps, un petit peu de temps mort pour qu'ils intègrent, et puis pouvoir parler d'autre chose.

Après, c'était quoi la question ?

ESI : Comment gérer les émotions du patient et de son entourage ?

Justine : Ah, les émotions du patient. Ça a va être ça, ça va être vraiment d'essayer d'être à l'écoute de leurs émotions, et puis si pour eux ça ne va pas, nous on arrête, parce que c'est pas grave, on pourra reprendre plus tard. Et puis laisser des fois des temps, les laisser souffler aussi, si on voit que c'est un petit peu compliqué, faire une petite pause et reprendre un peu plus tard.

Et puis leur proposer aussi des moments qui peuvent être... ?? On voit que les parents craquent un peu, on se fait aider aussi par la psychologue, par exemple, donc ça peut être une manière de proposer aussi un soutien psychologique s'ils ont besoin.

On peut régler ça à ce moment-là.

ESI : Ok, ah oui, on pourrait avoir la psychologue en même temps que...

Justine : Alors, la psychologue en même temps que nous, c'est très rare, mais ça peut être un moment où on sent que c'est vraiment compliqué pour les parents, ils n'arrivent pas du tout à gérer. Du coup, dans cet entretien, de leur expliquer qu'il y a aussi une psychologue dans le service, que ça peut faire du bien des fois de parler, d'en discuter, ou de reposer des fois s'il y a des questions, je ne sais pas, un enfant qui ne va pas bien, où les parents, ils vont vraiment être concentrés juste sur le côté de la maladie, le moment où il ne va pas bien, c'est de proposer peut-être un entretien avec les médecins avant pour expliquer où on en est du point de vue médical, pour qu'ils se libèrent un peu de ça, et puis pouvoir parler avec nous de choses plus concrètes sur les conseils aux familles, alors que s'ils ne sont pas du tout là-dedans, s'ils sont vraiment tracassés par la santé de leur enfant la journée-là, ce ne sera pas un bon moment pour leur expliquer tout ça. Du coup, on peut reporter ou proposer d'être revu par les médecins, revu par la psychologue, et puis nous faire ça plus tard.

ESI : Comment faites-vous pour gérer vos émotions dans des situations cliniques critiques ?

Justine : Après, ça s'apprend, je pense. Après, c'est vraiment soignant dépendant. Je sais que je n'ai pas trop de soucis là-dessus, mais ça peut être plus compliqué certaines fois que d'autres. Après, si c'est compliqué pour nous, on peut passer le relais aussi à d'autres collègues parce qu'on n'est pas seuls.

Et puis après, il faut... Si c'est compliqué pour nous, si c'est une situation qui a été compliquée, on peut aller en discuter ensemble et reposer les choses.

Après, je pense que ça dépend vraiment des soignants. C'est plus compliqué pour certains que pour d'autres parce qu'on ne sait pas forcément pourquoi. Mais moi, j'ai quand même pas mal l'habitude et c'est plus simple.

Je pense que ça ne me pose pas grand-chose de problème. Mais on a des moyens si jamais ça ne va pas, de pouvoir en parler à des gens dans l'équipe.

ESI : Ok. Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Justine : De rien.

Annexe III : La retranscription de mon second entretien avec Marie (nom d'emprunt).

ESI : Bonjour, je suis Coline Verhaeghe, je suis étudiante infirmière en 3^{ème} année à l'IFSI Pontchaillou de Rennes. Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui porte sur l'accompagnement du patient et de son entourage. Dans ce but, je souhaiterais vous poser quelques questions. Cet entretien sera anonyme. Êtes-vous d'accord pour être enregistrée ?

Marie : Pas de problème.

ESI : Tout d'abord, pouvez-vous vous présenter en quelques mots et me dire depuis combien de temps vous êtes diplômée et quel est votre parcours professionnel ?

Marie : Du coup, moi je suis diplômée de 2017 donc ça va faire bientôt 7 ans. J'ai commencé... tu veux que je détaille les services où j'ai travaillé ?

ESI : Oui, je veux bien.

Marie: Ok. J'ai commencé par travailler au CHU Pontchaillou à Rennes, en réanimation chirurgicale, pendant 3 mois. Après, j'ai fait de la pneumologie de nuit, pendant deux mois à peu près. Et après, j'ai fait un peu de pool cardio-pneumologique. Donc là, je tournais sur des services de pneumo, cardio, soins intensifs, en hôpital de jour pour des chirurgies cardio thoraciques. Après j'ai fait une pause parce que je suis partie vivre à l'étranger. Et quand je suis revenue, j'ai refait un petit peu de cardio à Saint-Laurent. Ensuite, je suis partie en HAD pendant trois ans. Ça, c'est un poste que j'ai quitté du coup ?? au mois de juin. Cet été, j'ai accompagné comme infirmière, donc toujours, des séjours adaptés pour enfants en situation de handicap, enfants et adolescents, parce que ça va jusqu'à 18 ans. Et depuis le mois de septembre, du coup, je suis en intérim. Donc là, je tourne sur des cliniques, EHPAD, FAM, MAS, essentiellement.

ESI : D'accord. Dans votre exercice professionnel, quels sont les types d'informations que vous dispensez aux patients et à son entourage ?

Marie : Tu entends quoi par quel type d'informations ? C'est hyper large.

ESI : Ouais, c'est de manière globale.

Marie : Ouais, mais je ne sais même pas de quel domaine on parle. Parce que de l'information, tu en donnes tout le temps par rapport aux soins, par rapport à la prise en charge. Je ne vois pas, c'est quoi la question.

ESI : Ok. D'accord. Quel type d'informations pouvez-vous donner ? Est-ce que c'est sur les soins ou le fonctionnement du service par exemple ?

Marie : Ah oui, bah, ok. Déjà, au niveau l'accueil, quand on fait des entrées de patients, c'est de les informer soit sur le déroulé d'une hospitalisation, ou si c'est sur une structure sur le déroulé du séjour. Quels sont leur droits, les priorités de l'établissement, quel est son fonctionnement. Après, quand je travaille sur les services de chirurgie, là, ça va être aussi de leur expliquer toute la prise en charge les soins pré-opératoires, les soins pendant et après.

ESI : Ok. À quel moment êtes-vous amenée à dispenser de l'information aux patients et à son entourage ?

Marie : En permanence, il n'y a pas de moment défini pour ça je pense. Parce que moi j'en donne à chaque soin que je fais, au moment où je donne les traitements tout ça. Pour les familles, ça se fait sur un temps donné parce que souvent les situations sont assez compliquées.

ESI : Ok. Du coup, comment dispensez-vous l'information aux patients et à son entourage ?

Marie : C'est-à-dire de façon verbale, non verbale ?

ESI : Oui, c'est ça.

Marie : Ok. Bah, de façon verbale, disons, en leur expliquant. De façon non verbale, ça dépend de la situation. En plus, on a des dépliants à disposition qui peuvent présenter l'établissement, le déroulé de l'hospitalisation par exemple, ces supports sont très utiles.

ESI : D'accord. Dans votre quotidien de soignante, qu'est-ce pour vous un contexte clinique critique ?

Marie : Alors, je ne sais pas si c'est par rapport à un point de vue clinique ou par rapport au point de vue sur le travail.

ESI : D'un point de vue clinique plutôt.

Marie : Critique, alors ça dépend de... Par rapport aux patients, ça va être plus... Enfin, par rapport à son état de santé, au niveau de l'urgence des soins ou en soins palliatif ou quand j'étais à l'HAD, où on est vraiment sur la fin de vie du patient. Euh... est-ce que tu peux me redire ta question du coup ?

ESI : Dans votre quotidien de soignant, qu'est-ce pour vous un contexte clinique critique ?

Marie : quand on est sur une situation où l'urgence est aiguë, par exemple, ou un état de santé qui n'est pas prévu ou attendu, ou alors plus, du coup, des personnes sur du soin palliatif, où vraiment on est sur les moments de fin de vie, quoi.

ESI : Ok. Vous arrive-t-il de dispenser de l'information dans un contexte clinique critique ?

Marie : Ouais. À la famille, à l'enfant, aux patients, à tout le monde quoi. Du coup...Bah, oui, de toute façon, par exemple, en expliquant la personne, ce que tu fais, d'avoir l'adhésion au soin, quand c'est possible, ou l'adhésion de la famille, notamment sur les fins de vie, quand j'ai bossé en réanimation, des patients, qui ne sont pas en capacité de communiquer sur la prise en charge, c'est obligé d'interagir avec l'entourage.

ESI : Oui, d'accord. Du coup, un contexte de soin critique influence-t-il votre approche pour dispenser l'information au patient et à son entourage ?

Marie : Oui. Déjà, au niveau des personnes que je vais avoir comme interlocuteur, c'est vrai qu'à l'hôpital on parle souvent d'avoir une personne référente, la personne de confiance tout ça. Donc là, sur une situation critique, je sais déjà si ça évolue alors que la famille, elle est là, je pense que je peux les prendre de façon un peu plus formelle dans un entretien avec le médecin ou d'autres professionnels s'il y a besoin. Moi, je trouve que ça formalise un peu plus l'interaction avec la famille.

ESI : OK, d'accord. Comment percevez-vous si votre interlocuteur est en capacité de recevoir de l'information ?

Marie : Alors, déjà, ça dépend du contexte et des pathologies des gens, s'il y a des troubles cognitifs associés ou pas. Parce que tu ne vas pas utiliser les mêmes mots. Moi, je sais que je travaille beaucoup avec des personnes en situation de handicap, donc j'utilise beaucoup les sens, mais après, c'est sur le moment, si c'est de faire reformuler les personnes, leur poser des questions, pour voir si elles ont bien compris comment elles, elles l'ont compris.

ESI : OK. Comment gérez-vous les émotions du patient et de son entourage lorsque vous leur donnez de l'information dans un contexte clinique critique ?

Marie : Alors là, ça va dépendre. Les émotions, elles sont assez diverses en fonction des personnes. Je pense qu'il faut surtout être à l'écoute sur ces moments-là. Quand il y a des mauvaises nouvelles, quand on est des porteurs de nouvelles, c'est rare que les gens réagissent bien, ils peuvent passer de la colère, à des pleurs, tout ça. Et ouais, plus accueillir l'émotion, de rester dans l'écoute.

ESI : OK. Et du coup, comment faites-vous pour gérer vos émotions dans des situations cliniques critiques ?

Marie : Euh... Je pense que c'est pareil ça dépend du contexte dans lequel tu es. Dans l'idéal quand j'ai des émotions spécifiques, c'est d'en parler en équipe pour prendre un peu de recul. Après, moi, c'est plus personnellement, pour gérer mes émotions par rapport à ça, ça va être plutôt aller faire du sport, après le travail, des choses comme ça. Je sais que, quand je travaillais à l'HAD, on avait aussi des... Je sais plus comment ça s'appelle. En gros, c'était des temps d'échange en équipe, notamment pour les situations de fin de vie pédiatrique. C'était un peu difficile à gérer. Et du coup, on échangeait avec l'ensemble des professionnels qui le faisait. J'étais avec des psychologues, des choses comme ça.

ESI : OK. Ça marche. C'était ma dernière question. Merci d'avoir répondu à mes questions.

Marie : Pas de problème.

Annexe IV : Analyse des entretiens

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
L'information du patient et de son entourage	→ Mettre en évidence les différents types d'informations communiqués par l'IDE	<p><u>Soins</u></p> <p>« sur les soins qu'on leur apporte »</p> <p><u>Prise en charge</u></p> <p>« sur leur prise en charge globale »</p> <p>« sur leur plan de soin »</p> <p>« sur les consignes en aphasie »</p> <p>« sur la surveillance de la température »</p> <p><u>Conseils</u></p> <p>« c'est énorme tout ce qu'on va leur donner comme conseil »</p> <p>« ça peut être aussi des conseils qui ne sont pas liés à la maladie proprement dit, mais sur le couchage, sur les écrans, sur la télé, sur l'éducation, sur l'alimentation »</p> <p>« en lien avec la maladie, avec la prise en charge à l'hôpital, comment lire une</p>	<p><u>Soins</u></p> <p>« les soins pré-opératoires, les soins pendant et après. »</p> <p><u>Accueil et prise en charge</u></p> <p>« au niveau l'accueil, quand on fait des entrées de patients,</p> <p>« informer soit sur le déroulé d'une hospitalisation »</p> <p>« sur le déroulé du séjour. »</p> <p>« la prise en charge »</p> <p>« Quels sont leur droits, les priorités de l'établissement, quel est son fonctionnement. »</p>

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
		numération, quoi faire en cas de température »	
	→ Mettre en évidence dans l'exercice professionnel infirmier, les moments où de l'information est communiquée	<p><u>Pendant hospitalisation</u></p> <p>« tout au long de l'hospitalisation »</p> <p>« à chaque hospitalisation, s'il y a des soucis à la maison ou s'il y a des points de prise en charge à améliorer »</p> <p><u>Soins</u></p> <p>« dans les soins »</p> <p>on peut donner l'information dès que l'enfant est présent et dès que la famille est présente.</p> <p><u>Sur des temps formels</u></p> <p>« des temps plus formels ... au début du traitement. Après que les médecins aient donné l'information déjà aux familles, aient donné le diagnostic et expliqué le plan de</p>	<p><u>Pendant l'hospitalisation :</u></p> <p>« En permanence, il n'y a pas de moment défini pour ça »</p> <p><u>Soins</u></p> <p>« à chaque soin que je fais »</p> <p>« au moment où je donne les traitements »</p> <p><u>Sur un temps formel</u></p> <p>« Pour les familles, ça se fait sur un temps donné parce que souvent les situations sont assez compliquées. »</p>

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
		soins, on va reprendre tous ces éléments avec les familles Prendre un temps de une heure, une heure et demie pour leur expliquer toute la prise en charge à domicile.	
	→ Connaître les différents moyens et outils à disposition de l'IDE pour communiquer de l'information	<u>Support écrit</u> « un carnet HIPO, c'est un classeur de liaison, dans lequel toutes les informations qu'on va donner, vont être regroupées. » « On a des mallettes d'ETP. Donc, c'est des mallettes où on explique c'est quoi des globules rouges, c'est quoi des globules blancs, des plaquettes, des seuils de transfusion. » « S'il y a le droit, c'est une espèce de petit jeu. On peut jouer avec la famille et avec les enfants... Où on pose des questions et on reprend en fait ce qu'on a expliqué pour	<u>Support écrit</u> « on a des dépliants à disposition qui peuvent présenter l'établissement, le déroulé e l'hospitalisation par exemple, ces supports sont très utiles. »

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
	→ Mettre en évidence la manière de communiquer l'information par l'IDE (verbal, non verbal...)	<p>expliquer l'aplasie mais de manière plus ludique.</p> <p>« le plan de soins personnalisé. C'est rédigé avec les médecins et puis sur lequel on a toutes les chimio qui sont notées. ».</p> <p><u>Verbal</u></p> <p>« On essaie de leur faire l'information par oral et aussi qu'il y ait toujours un support écrit pour qu'ils puissent se référer après. »</p> <p>« on est joignable par téléphone donc dès qu'il y a le moindre doute, ils peuvent nous rappeler pour reprendre contact avec nous et qu'on réexplique. »</p>	<p><u>Verbal</u></p> <p>« de façon verbale, disons, en leur expliquant »</p> <p><u>Non verbal</u></p> <p>« De façon non verbale, ça dépend de la situation ».</p>
Un contexte clinique critique	→ Expliciter la notion de contexte clinique critique dans l'exercice infirmier selon les représentations	<p>« Nous, ils sont un peu tous en contexte clinique critique. »</p> <p><u>Maladie grave</u></p>	<p><u>Urgence</u></p> <p>« quand on est sur une situation où l'urgence est aiguë »</p> <p><u>État de santé imprévu</u></p>

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
	de chaque IDE et en utilisant leurs mots	<p>« C'est des maladies qui sont quand même un peu graves. Donc, avec des pronostics qui peuvent être compliqués ou au moins des traitements qui vont être très compliqués. ».</p> <p><u>État de santé critique, fin de vie</u></p> <p>« Après, nous, quand on parle vraiment de critique en hémato, c'est plutôt quand les enfants ne vont vraiment pas bien. Et où il n'y a plus trop d'espoir derrière. »</p>	<p>« un état de santé qui n'est pas prévu ou attendu »</p> <p><u>Fin de vie</u></p> <p>« des personnes sur du soin palliatif, où vraiment on est sur les moments de fin de vie »</p>
	→ Mettre en évidence dans leur pratique quotidienne si les IDE dispense de l'information dans des situations cliniques qu'elles jugent critiques.	<p>« oui, on va distribuer de l'information dans un contexte »</p> <p><u>Diagnostique grave</u></p> <p>« découverte de leucémie, le diagnostic est un peu critique »</p> <p><u>Phase aiguë</u></p> <p>« un enfant qui ne va pas bien, qui se retrouve en réa, on va plutôt dire, non, on</p>	<p>« Ouais. À la famille, à l'enfant, aux patients, à tout le monde »</p> <p><u>Soins</u></p> <p>« en expliquant la personne, ce que tu fais, d'avoir l'adhésion au soin, quand c'est possible »</p> <p><u>Famille</u></p>

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
		ne va pas donner l'information à ce moment-là » « tout ce qui est éducation pour la prise en charge des familles, on va essayer d'attendre un petit peu que l'enfant aille mieux pour pouvoir donner les infos dans un moment où c'est plus calme et plus posé pour les parents. »	« ou l'adhésion de la famille, notamment sur les fins de vie, quand j'ai bossé en réanimation, des patients, qui ne sont pas en capacité de communiquer sur la prise en charge, c'est obligé d'interagir avec l'entourage »
	→ Percevoir s'il existe des modifications dans la manière de communiquer l'information dans un contexte clinique jugé critique → Comprendre comment la situation peut influencer la communication de l'IDE	« Oui. Parce qu'on ne va pas le faire de la même manière. » <u>Plus tolérant</u> Par exemple, sur les tumeurs cérébrales, on sait que les pronostics, ils sont moins bons. On va adapter aussi les consignes qu'on va donner aux parents » « Si on sait que l'enfant, son espérance de vie, elle est courte, on va essayer qu'il profite au maximum. Et du coup, il y a peut-	<u>Interlocuteur différent</u> « Oui. Déjà, au niveau des personnes que je vais avoir comme interlocuteur » <u>Entretien formel</u> « je pense que je peux les prendre de façon un peu plus formelle dans un entretien avec le médecin ou d'autres professionnels s'il y a besoin »

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
		être des choses qu'on va lui autoriser, qu'on n'autorise pas à l'autre »	
L'accompagnement du patient et de son entourage	→ Comprendre de quelle manière l'IDE recherche la capacité de compréhension chez le patient et son entourage lorsqu'elle leur donne de l'information	<u>Verbal et non verbal</u> « comment il se positionne » « comment il va répondre aux questions qu'on va lui poser » En fait, on a des cours de communication thérapeutique où on apprend un petit peu, justement, à détecter, en fonction de la position de l'enfant, de l'interlocuteur, des questions qu'il pose, si on a l'impression qu'il est dans le flou, qu'il ne nous écoute plus, qu'il est complètement parti ailleurs, ou qu'il pose toujours la même question, par exemple » <u>Préoccupations de l'interlocuteur</u> « essayer de se focaliser sur ce qui préoccupe le patient ou sa famille, pour répondre à ça, pour le dégager de ça, et	« ça dépend du contexte et des pathologies des gens, s'il y a des troubles cognitifs associés ou pas. » <u>Verbal et non verbal</u> « Parce que tu ne vas pas utiliser les mêmes mots » « Moi, je sais que je travaille beaucoup avec des personnes en situation de handicap, donc j'utilise beaucoup les sens » <u>Reformulation</u> « faire reformuler les personnes, leur poser des questions, pour voir si elles ont bien compris comment elles, elles l'ont compris »

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
		<p>après revenir sur ce qu'on veut lui donner comme information. »</p> <p><u>Report de l'entretien</u></p> <p>« Et des fois, ça arrive qu'on coupe l'entretien et on fait une pause, ou des parents qui pleurent, qui répondent au téléphone, qu'on voit qu'ils ne sont pas réceptifs, on arrête et on reprend un peu plus tard, un moment où ça va mieux pour eux. »</p>	
	→ Mettre en évidence la manière d'accueillir les émotions du patient et de son entourage	<p><u>Laisser temps</u></p> <p>« laisser des temps pour qu'ils s'ouvrent, pour recevoir l'information, et puis leur laisser un petit peu de temps »</p> <p>« Et puis laisser des fois des temps, les laisser souffler aussi, si on voit que c'est un petit peu compliqué, faire une petite pause »</p> <p><u>Écouter</u></p>	<p><u>Écouter</u></p> <p>« être à l'écoute sur ces moments-là »</p>

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
		<p>« essayer d'être à l'écoute de leurs émotions, et puis si pour eux ça ne va pas, nous on arrête, parce que c'est pas grave, on pourra reprendre plus tard »</p> <p><u>Autres professionnels</u></p> <p>« leur expliquer qu'il y a aussi une psychologue dans le service, que ça peut faire du bien des fois de parler</p> <p>« s'ils sont vraiment tracassés par la santé de leur enfant la journée-là, ce ne sera pas un bon moment pour leur expliquer tout ça. Du coup, on peut reporter ou proposer d'être revu par les médecins, revu par la psychologue, et puis nous faire ça plus tard »</p>	
	→ Identifier les moyens mis en place pour gérer les	<p><u>Soignant dépendant</u></p> <p>« c'est vraiment soignant dépendant »</p>	<p><u>Échanger en équipe</u></p>

Cadre théorique	Objectif de la question	Réponses des infirmières	
		Justine	Marie
	émotions des IDE dans des situations complexes	<p>« ça peut être plus compliqué certaines fois que d'autres. »</p> <p>« Mais moi, j'ai quand même pas mal l'habitude et c'est plus simple. »</p> <p><u>Passer le relais</u></p> <p>« on peut passer le relais aussi à d'autres collègues parce qu'on n'est pas seuls »</p> <p><u>Échanger en équipe</u></p> <p>« on peut aller en discuter ensemble et reposer les choses »</p> <p>« pouvoir en parler à des gens dans l'équipe »</p>	<p>« c'est d'en parler en équipe pour prendre un peu de recul. »</p> <p><u>Technique de décompression</u></p> <p>« aller faire du sport, après le travail »</p>

NOM : VERHAEGHE

PRENOM : Coline

TITRE DU MEMOIRE : L'information du patient et de son entourage par l'infirmière dans une situation clinique critique

Patient and relatives information by the nurse in a critical clinical situation.

Abstract:

This research paper focuses on supporting the patient and their relatives in a critical clinical context, driven by reflections stemming from internship experiences.

Initially, this work relied on publications presenting various authors' perspectives on the subject. It was then enriched through interviews with two nurses, emphasizing the importance of communication in their professional practice.

The results show that information can be communicated at any time during care. Listening also proves crucial in patient care, extending beyond mere understanding of words to include perception of implicit messages conveyed through the patient's posture and body language. Furthermore, understanding of the clinical context varies based on each healthcare professional's individual assessment.

This study establishes the importance of communication in care while also highlighting its complexity, demonstrating that there's no universal formula for communicating information during critical clinical situations. Each nurse must adapt their communication style based on the patient, the information to be conveyed, and the context. This approach is also influenced by the caregiver's personality and experience, which play a crucial role in their ability to provide information calmly and effectively, especially during critical clinical situations.

Résumé :

Ce travail de recherche s'intéresse à l'accompagnement du patient et de son entourage dans un contexte clinique critique, motivé par des réflexions issues d'expériences en stage.

Initialement, ce travail a été mené en se fondant sur des publications qui présentent les perspectives de divers auteurs sur le sujet. Il a ensuite été enrichi par des entretiens avec deux infirmières, soulignant l'importance de la communication dans leur pratique professionnelle.

Les résultats indiquent que la communication d'informations est possible à tout moment lors des soins. Cette communication repose sur une diversité de méthodes, qu'elles soient verbales ou non verbales. L'écoute s'avère également cruciale dans la prise en charge du patient, allant au-delà de la simple compréhension des mots en incluant la perception des messages implicites transmis par la posture et le langage corporel du patient. De plus, la compréhension du contexte clinique varie selon l'appréciation individuelle de chaque professionnel de santé.

Cette étude établit l'importance de la communication dans les soins mais aussi sa complexité, en démontrant qu'il n'existe pas de formule universelle pour communiquer des informations lors de situations cliniques critiques. Chaque infirmière doit adapter son mode de communication en fonction du patient, des informations à transmettre et du contexte. Cette approche est également influencée par la personnalité et l'expérience du soignant, qui jouent un rôle crucial dans sa capacité à fournir des informations de manière sereine et efficace, surtout en cas de situations cliniques critiques.

KEY WORDS : COMMUNICATION – INFORMATION- SUPPORT- CRITICAL CLINICAL CONTEXT- NURSE

MOTS CLES : COMMUNICATION-INFORMATION-ACCOMPAGNEMENT-CONTEXTE CLINIQUE CRITIQUE-INFIRMIER

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 : 2021-2024