

Institut de Formation en Soins Infirmiers  
H. Nord  
Mémoire U.E 5.6  
Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et  
professionnelles

# Communiquer avec un patient sédaté : Le soin au-delà du corps



BORIE Claire  
Promotion 2017-2020

Directrice de mémoire : HUERTAS Valérie



Note aux lecteurs :

*Travail personnel effectué dans le cadre d'une formation en institut de formation en soins infirmiers qui ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI.*

## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Mme Huertas Valérie. Merci pour votre grande disponibilité, votre accompagnement et votre gentillesse. Malgré cette crise sanitaire inédite, vous avez su me guider pour l'élaboration de ce mémoire grâce à vos nombreuses réponses et vos conseils.

Un grand merci à mes parents pour leurs encouragements et leur soutien sans faille tout au long de mes études. Sans eux, ces trois années de formation auraient été impossibles. J'adresse un merci particulier à ma mère : merci pour ta présence et ton aide précieuse dans certains moments difficiles...

Merci également à ma sœur Camille et mon frère Axel, de croire en ma réussite.

Je remercie mes amis de promotion pour leurs conseils, nos échanges sur le mémoire et leur soutien durant ces trois ans. Un merci spécial pour mon amie Chrystelle, rencontrée au début de la formation et présente tout au long de celle-ci et plus encore...

Pour finir, merci aux professionnels de santé pour le temps accordé à mon étude, durant cette période de crise sanitaire.

## Liste d'acronymes

BIS : Index bispectral

BPS : Behavioral Pain Scale

ESPT : États de Stress Post-Traumatiques

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

RASS : Richmond Agitation-Sedation Scale

SAS : Sedation Agitation Scale

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

TOF : Train-Of-Four (train-de-quatre).

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>De la situation d'appel à la question de départ.....</b>	<b>2</b>
<b>III.</b>	<b>Approche théorique .....</b>	<b>7</b>
1.	LE PATIENT SEDATE.....	8
2.	LE BESOIN DE SECURITE .....	14
3.	LA COMMUNICATION .....	18
4.	ANALYSE DE L'APPROCHE THEORIQUE.....	22
<b>IV.</b>	<b>Approche pratique .....</b>	<b>24</b>
1.	PREPARATION DE L'ENQUETE .....	24
2.	PRESENTATION DES RESULTATS .....	26
3.	ANALYSE DE L'APPROCHE PRATIQUE .....	34
<b>V.</b>	<b>Problématique .....</b>	<b>36</b>
<b>VI.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>38</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>40</b>
	<b>Sommaire des annexes .....</b>	<b>45</b>

## I. Introduction

Approchant la fin de ma formation en soins infirmiers, j'ai réalisé, dans le cadre de l'Unité d'Enseignement 3.4 Initiation à la démarche de recherche et. 5.6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles, mon mémoire. Ce dernier s'oriente sur l'impact de la communication auprès de patients intubés et ventilés. En effet, après m'être appuyée sur la littérature scientifique, j'ai découvert que les patients sédatisés en service de réanimation ressentent un besoin de sécurité, de réassurance. J'ai trouvé pertinent de m'intéresser à ce sujet, d'autant plus que peu de mémoires existent sur ce thème.

Cette démarche a permis de m'initier à la recherche en soins infirmiers en ayant pour but une analyse, une réflexion et une remise en question des pratiques professionnelles.

Également, elle m'a apporté des connaissances supplémentaires que je pourrai mettre à profit lors de ma pratique professionnelle.

La prise en charge infirmière d'un patient sédaté est un sujet qui me tient particulièrement à cœur. En effet, lorsque j'étais aide-soignante en service de réanimation pendant quasiment quatre ans, j'ai accompagné les infirmier/ères auprès de ces patients. Par conséquent, j'ai ressenti de nombreuses fois le besoin de communiquer avec eux et surtout, de les rassurer. De ce fait, en tant que professionnelle de santé, je m'enquiers sur la posture infirmière à mettre en œuvre lors de la prise en charge des patients en service de réanimation.

Il s'avère que les patients sédatisés sont vulnérables de par les agressions physiques et psychiques qu'ils subissent lors de leur hospitalisation.

Les soignants doivent notamment adapter leurs modes de communication, afin d'établir une relation basée sur la confiance : une relation soignant-soigné.

Dans un premier temps, pour mener à bien ce travail, j'ai exposé une situation vécue qui m'a permis d'élaborer ma question de départ provisoire.

Dans un deuxième temps, j'ai apporté des éléments théoriques à l'aide de la littérature scientifique, afin de définir et d'approfondir les différentes notions et concepts de ma question de départ.

Par la suite, je suis allée rencontrer des professionnels de santé pour être au cœur des pratiques de soins, et ainsi poursuivre mon enquête sur le terrain par le biais d'entretiens. J'ai présenté les résultats de ces entretiens questions par questions, pour ensuite en faire une analyse globale.

Pour finir, cela m'a amené à la phase de problématisation, qui confronte les résultats de mon enquête exploratoire, à mes apports théoriques.

## II. De la situation d'appel à la question de départ

Auparavant, j'occupais un poste d'aide-soignante en service de réanimation polyvalente et surveillance continue dans un Centre Hospitalier, durant environ quatre ans. Au cours de cette période, j'ai toujours porté une attention particulière aux patients sédatisés.

En effet, la communication joue, pour moi, un rôle primordial dans la prise en soins de ces patients. J'ai pris l'habitude de leur parler. Je me présentais à eux, je leur disais où ils se trouvaient, et je leur annonçais aussi les soins que j'allais leur prodiguer. Je ressentais le besoin de leur parler et de vouloir les rassurer.

Je me suis questionnée de nombreuses fois sur ce que peuvent ressentir les patients sédatisés et ventilés. Est-ce qu'ils entendent ? Se souviennent-ils de certaines paroles à leur réveil ? Ressentent-ils des douleurs ?

En Septembre 2017, j'ai donc intégré l'IFSI, de l'Hôpital Nord, à Marseille. Les cours à l'IFSI et les stages m'apportent de nombreuses connaissances théoriques et pratiques qui ne cessent de m'enrichir. Portant un regard d'étudiante infirmière et non plus d'aide-soignante, ma capacité d'analyse et de réflexivité a grandement évolué.

La situation que je présente se déroule à la fin de ma deuxième année, en effet, je travaille pendant les vacances d'été en tant qu'aide-soignante.



Même en occupant un poste d'aide-soignante, mon analyse clinique est celle d'une étudiante infirmière.

Je fais des remplacements dans une clinique en service de réanimation polyvalente de nuit. Ce service est composé de huit box et d'un box de déchocage. Je fais des vacations de 12 heures, la situation se déroule lors du premier tour du soir, aux alentours de 21 heures.

Ce tour est dédié aux relevés des paramètres vitaux, aux soins de nursing et à d'autres soins infirmiers, comme l'administration de thérapeutiques médicamenteuses.

J'ai donc la prise en soins de Mr A. 65 ans, en binôme avec une infirmière.

Ce patient a été admis il y a environ une semaine : il présente une défaillance multi-viscérale causée par un choc septique.

Mr A. est sédaté et ventilé, une sédation pharmacologique a donc été mise en place. La sédation est entretenue par de l'Hypnovel® et du Sufenta®, à l'aide de pousses seringues électriques.

L'infirmière salue le patient et se présente, puis elle relève les paramètres vitaux.

Quant à moi, j'annonce au patient que nous allons l'installer confortablement pour la nuit.

Je préviens Mr A. et je lui fais un soin des yeux, suivi d'un soin de bouche.

L'infirmière lui annonce que nous allons le mobiliser : nous le tournons alors en décubitus latéral gauche afin d'effectuer des effleurages pour la prévention d'escarres. Mr A. ne réagit pas vraiment à nos soins, cependant il semble réagir légèrement lorsqu'on le mobilise. Ses yeux s'entrouvrent à peine. Il n'a pas l'air de ressentir de douleurs, il paraît détendu.

Une attention particulière est portée à Mr A. de la part de l'infirmière, ses gestes sont doux, sa voix rassurante. Elle décrit tous les soins prodigués à Mr A.

Une fois les soins terminés, je dis à Mr A. que nous reviendrons le voir tout à l'heure, j'éteins la lumière puis nous quittons le box.

J'ai été satisfaite de la prise en soins de ce patient. J'ai apprécié la manière dont nous nous sommes occupées de celui-ci, car notre attention était entièrement portée sur lui. J'ai eu le sentiment d'avoir prodigué des soins de qualité, et réalisé les soins jusqu'au bout. En tant qu'étudiante infirmière, cela est en corrélation avec mes valeurs et ce que j'ai pu apprendre durant mes années de formation à l'IFSI.

Par la suite, j'ai pris du recul sur cette situation vécue, et plusieurs questions m'interpellent :

- Quel peut-être l'impact de la communication sur le vécu et le ressenti du patient sédaté ?
- Comment instaurer une relation de confiance soignant/soigné avec un patient sédaté ?
- Comment respecter la dignité du patient sédaté lorsque la communication est à sens unique ?

Dans le but d'approfondir mon questionnement, j'ai effectué des recherches d'articles professionnels.

Ma première lecture porte sur l'article « *Vécu de la parole en réanimation : complexités et ambiguïtés de la relation soignant-soignés/famille* » (Kentish-Barnes N., Sociologue, 2010). Cette dernière traite des relations soignants-soignés en réanimation, concernant les patients sédatés, ainsi que les patients éveillés. En effet, les services de réanimation prennent en charge des patients présentant des pathologies aiguës, à l'aide de nombreuses techniques médicales invasives. La présence de machines, et diverses alarmes peuvent favoriser la désorientation des patients, et ceux-ci présentent alors des besoins de réassurance et de soutien moral.

Une étude qualitative américaine de quarante-cinq patients de réanimation met en exergue un besoin de sécurité ressenti par les patients.

Selon cette étude, il s'avère que ces patients se sentent isolés du fait de leur maladie, et de la présence des machines, et vivent cela comme une torture.

D'autre part, l'auteur met un accent sur la qualité de la communication des infirmiers. Celle-ci est très souvent basée sur les actes de soins que l'infirmier s'apprête à réaliser. Pourtant, le vécu d'une hospitalisation en réanimation pourrait être amélioré par des attitudes, des gestes ; ainsi que des mots de compassion et de réassurance pouvant répondre au besoin de sécurité des patients.

Cependant, pour le cas des soignants, le fait de prendre en soin un patient sédaté, paraît plus simple : le patient ne peut pas « lutter » et montrer son désaccord pour la réalisation de certains soins.

De jeunes infirmières diplômées rapportent le fait que s'occuper d'un patient sédaté et ventilé est plus simple, car elles peuvent se focaliser sur la technique des soins, dans le but de perfectionner leurs gestes et leur dextérité. Mais de nombreux patients sortis de service de réanimation, font part de ce qu'ils ont entendu lors de l'hospitalisation, ce qui nous renvoie au fait que certains patients peuvent entendre. L'infirmière doit donc mettre à profit ses capacités relationnelles afin de ne pas réduire le patient à un objet de soins.

Dans l'article « *Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient* » (Laurent A. et al., 2015), les auteurs ont pour objectif d'identifier et de mieux appréhender la relation de soin chez les professionnels de santé en service de réanimation.

Pour cela, les auteurs se sont appuyés sur des questionnaires portant sur la décision des professionnels à travailler dans un service de réanimation, ce qu'est un patient en réanimation, et le vécu de la relation aux patients.

Les services de réanimation accueillent des patients présentant un état critique avec un ou plusieurs organes défaillants, mettant en jeu leur pronostic vital.

Des techniques de suppléances d'organes comme la ventilation mécanique sont souvent mises en place, rendant la communication difficile. Cela peut alors entraver la relation soignant/soigné.

Tout d'abord, la haute technicité, l'organisation, la diversité et l'urgence des soins ainsi que des pathologies traitées dans ces services sont des raisons motivant les soignants pour travailler dans ces secteurs.

Pour certains professionnels, l'absence de relation motive leur choix de travailler en réanimation. De ce fait, le patient est ainsi vu comme une « *urgence vitale* », « *sédaté* » et « *inconscient* ». (p.814). Ils justifient cela par le fait que la gravité de l'état des patients impose de se protéger émotionnellement. Le patient est alors réduit à un objet de soins. Pour d'autres, le patient est représenté « *conscient* » (p.815), et donc le soignant met des stratégies de communication en place, telles que la communication non verbale comme le toucher et le regard.

De plus, les soignants s'appuient sur l'aide des familles afin de découvrir la subjectivité du patient, ainsi la relation à l'autre peut être facilitée.

Par ailleurs, Grosclaude M. a écrit l'article « *Le langage en réanimation, les implications pour le patient et le soignant* » (2013). Selon elle, la communication tient une place importante au sein d'une formation soignante, en revanche, en service de réanimation l'initiative de la parole est parfois bafouée. C'est en partie dû à la haute technicité des soins, et la présence d'un stress : établir une relation passe parfois au second plan. Pourtant l'auteur stipule que le langage en service de réanimation prend une place importante et participe au respect de la personne soignée. Le langage peut avoir aussi bien un impact destructeur que rassurant. D'une part, certains soignants pensent que la personne sédaturée n'entend pas et, ne connaissent pas l'effet du langage sur le patient, donc ils ne communiquent pas. C'est aussi difficile pour certains de communiquer avec le patient lorsqu'aucun retour n'a lieu.

De plus, il est important de noter que le patient réanimé ne perçoit plus les paroles de la même manière et peut les interpréter autrement. La perturbation psychique de celui-ci lui peut donner la conviction du despotisme du soignant. En effet, dans un coma léger, ils pourraient même ressentir une certaine persécution suite aux dires des soignants tels que « *les prélèvements à faire* » (p.40) qui pourraient se rapporter pour le patient, aux prélèvements d'organes. Plusieurs patients confirment que le processus interprétatif survient la plupart du temps dans une phase d'éveil en coma léger. L'auteur insiste aussi sur la perméabilité du coma même pour les comas plus profonds. En d'autres termes, le patient réanimé entend les paroles, les voix, les intonations et les différents sons. La détresse ainsi que l'hypersensibilité du sujet réanimé doivent être prises en compte par le soignant pour palier à ses besoins psychiques « *qualifiables de vitaux* » (p.40). Mon questionnement concernant l'impact de la communication envers un patient sédaturé persiste. Grâce à mes recherches je perçois également les difficultés que les soignants peuvent rencontrer pour mettre en place une relation soignant-soigné de confiance. De plus, je me demande aussi quel peut-être l'effet de la communication sur les besoins de sécurité et de réassurance des patients. Ainsi, je me suis posée les questions suivantes :

- En quoi la communication impacte la prise en soins d'un patient dans le coma ?
- Quelles sont les difficultés des soignants à établir une relation avec un patient sédaté ?
- En quoi la communication impacte le ressenti du vécu du patient sédaté ainsi que son besoin de sécurité ?
- Une absence de communication avec un patient sédaté et ventilé, peut-elle être une forme de maltraitance ?
- Les appareillages médicaux (ventilateurs...) peuvent-ils inciter les soignants à traiter un patient en tant qu'« objet de soin » ?
- Parmi les stratégies de communication, la communication non verbale peut-elle remplacer la communication verbale en service de réanimation ?
- Comment maintenir la dignité d'un patient sédaté et ventilé ?
- Des soins réalisés en l'absence de communication peuvent-ils vraiment être appelé « soins » ?

Suite à mes recherches, je me rends compte de l'importance du besoin de sécurité ressenti par les patients sédatés.

Afin de comprendre le rôle de la communication pour assouvir ce besoin, ma question de départ provisoire est :

**« En quoi une communication adaptée avec un patient sédaté influe-t-elle sur son ressenti en termes de sécurité ? »**

Mots-clés : patient sédaté – besoin de sécurité – communication

### III. Approche théorique

Afin de débiter mon travail de recherche, mon questionnement m'amène à développer certaines notions et concepts tels que le patient sédaté, le besoin de sécurité et la communication.

## 1. Le patient sédaté

En premier lieu, il me semble nécessaire d'approfondir, la notion du patient sédaté. Celle-ci fait référence aux champs disciplinaires des sciences biologiques et médicales et également à celui des sciences humaines.

Tout d'abord, il est primordial de définir la sédation. Elle signifie la : « *réduction ou disparition des manifestations pathologiques.* » (Universalis, s.d.) et « l'action exercée par les médicaments sédatifs. (Littre, s.d.).

Dans son ouvrage, Minjard R., psychologue clinicien, a apporté une définition de la sédation. C'est : « *l'ensemble des moyens médicamenteux, ou non, destinés à assurer le confort physique et psychique du patient et à faciliter les techniques de soins.* » (p.35).

La sédation est indiquée suite à différents critères. Elle peut être utilisée dans le but d'une anxiolyse, d'une myorelaxation, d'une analgésie ou d'une sédation « à proprement dite ».

Selon l'article « *Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu)* » publié par la SFAR et la SRLF (2008), le terme de sédation-analgésie est utilisé car la sédation inclut l'analgésie et la narcose. La narcose étant le « *sommeil provoqué artificiellement par des médicaments* ». (CNRTL.fr, s.d).

La sédation a donc différents objectifs : tout d'abord une analgésie, en priorisant le confort du patient, tout en supprimant les sensations de douleur.

Elle permet également de faciliter la réalisation de certains gestes, et notamment de contribuer à l'adaptation du patient au ventilateur. Les échanges gazeux seront ainsi facilités pour les patients atteints de SDRA.

Pour le cas des patients cérébrolésés, la sédation est un axe prioritaire. Elle permet de limiter l'apparition de lésions secondaires : « *la prise en charge du patient cérébrolésé passe par la sédation-analgésie* » (SFAR-SRLF, 2008, p.3).

La sédation joue plusieurs rôles dans la relation soignant-soigné. Elle peut, selon Minjard R. servir à « *calmer la douleur du patient* » et aussi à aider le soignant lorsque l'agitation du patient « *est vécue comme débordante* » (p.35).

Cette dernière peut aussi provoquer des hallucinations et des délires suite à un état de souffrance vécu par le patient.

De plus, la sédation médicamenteuse est rendue possible grâce à différentes classes thérapeutiques de médicaments :

-Les hypnotiques, tels que le Midazolam (Hypnovel®) responsables de l'obtention d'une anxiolyse et d'une narcose

-Les analgésiques : la prise en charge de douleurs continues s'effectue par des morphiniques comme le Sufentanil (Sufenta®) et le Fentanyl.

Les curares sont une autre classe médicamenteuse souvent utilisée en service de réanimation. Ils n'ont pas de propriétés sédatives, cependant ils présentent d'autres bénéfices concernant l'oxygénation et peuvent être utilisés en cas d'adaptation difficile au ventilateur, par exemple chez les patients traumatisés crâniens comme le spécifie Lagneau F. dans l'article intitulé « *Indications et utilisation des curares en réanimation* ».

Cependant, l'objectif d'une intensité de sédation doit être posé (légère, profonde), ainsi que l'objectif d'une durée.

L'évaluation des besoins ou des effets recherchés de la sédation se réalise à l'aide d'échelles ou de scores comme le score de RASS, (Mise en place et gestion d'un protocole de sédation, SRLF, 2018). Le niveau de sédation peut aussi se mesurer grâce au score de Ramsay : une sédation légère correspond à un score à 2-3 et une sédation profonde à un score à 4-5 (SRLF, 2018). Le SAS est également utilisé dans certains services comme en témoignent les auteurs de l'article « *Établir une relation avec un patient sous ventilation mécanique* » (2019), il sert à évaluer le bien-fondé de la sédation du patient et ensuite à adapter les thérapeutiques.

La non-prise en compte de la douleur et le fait de réaliser des soins par automatisme (car ceux-ci semblent banals pour les soignants) peuvent être générateurs d'anxiété.

Conséquemment, une attention particulière doit être portée quant à l'anxiété et l'état d'agitation du patient ; un outil d'évaluation pluridimensionnelle évaluant la sédation, la douleur et l'adaptation au ventilateur tel que le score ATICE (*Adaptation to the Intensive Care Environment*) peut être utilisé.

Dans le but d'optimiser la prise en charge des besoins du patient, il est donc essentiel d'évaluer ses douleurs à l'aide de différentes échelles adaptées à l'état de vigilance du patient, par exemple l'échelle comportementale de douleur (BPS).

Selon Grosclaude M., enseignante-chercheur et Docteur d'État en psychologie, il est indéniable que la douleur existe en réanimation (*Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient*, 2009).

Pourtant, les patients sortis de réanimation ne révèlent pas l'existence d'une douleur, mais mentionnent une souffrance psychique. Ils expriment conserver « *des réminiscences de souffrances morales et d'inconfort* » (p.90). La douleur physiologique serait en effet reliée à la souffrance morale et corporelle. L'intensité de cette souffrance se traduit par les dires d'un patient : « *je n'ai pas eu mal, mais j'ai souffert* » (p.90).

La prise en charge de la douleur fait partie intégrante du rôle de l'infirmier, néanmoins cela reste un droit du patient.

De ce fait, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé apporte des précisions sur le cadre législatif :

Art. L. 1110-5 : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* ».

Par surcroît, il me semble pertinent d'approcher la notion de ventilation. Effectivement, dans l'objectif de suppléer la fonction respiratoire défaillante des patients, la ventilation artificielle tient une place importante en service de réanimation. Grosclaude M. définit dans son ouvrage (2009), la ventilation comme une technique invasive qui se fait « *par l'intermédiaire d'un dispositif d'intubation (tube trachéal, nasal ou buccal, ou canule de trachéotomie pratiquée par geste chirurgical)* ». C'est une technique dite « *doublement invasive* » puisque qu'elle brutalise le patient de manière somatique (par le geste médical de l'intubation et les soins tels que les aspirations trachéales) et psychique (p.108).

L'intubation ne permet pas une communication verbale, ce qui est selon Pochard F., un facteur de stress pour le patient.

D'un point de vue législatif, l'infirmier ou l'infirmière est apte à prendre en charge un patient intubé et ventilé. L'Article R4311-5 nomme les actes et les soins que l'infirmier peut réaliser dans le cadre de son rôle propre.

En revanche, selon l'Article R4311-7, l'infirmier ou l'infirmière est habilité à dispenser un certain nombre d'actes en suivant l'application d'une prescription médicale, ou de son renouvellement par un IPA tels que :



- « 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin »
- « 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ».

En effet, l'exercice de la profession infirmière et les actes professionnels sont régis par le Décret du 29 Juillet 2004 du Code de la Santé publique.

Il stipule que : Article R4311-3 : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes...Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.* »

De nombreux patients sédatisés se trouvent en service de réanimation, je vais donc expliciter les particularités de ces unités hospitalières comprenant un plateau technique de haut niveau.

De prime abord, je m'intéresse au versant législatif. Selon le Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002, les établissements de santé doivent répondre à des conditions techniques afin de pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue. Cette loi mentionne qu'un médecin membre de l'équipe doit assurer la permanence médicale.

Aussi, les effectifs paramédicaux sont soumis à des réglementations spécifiques : sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe doit se composer au minimum de deux infirmiers pour cinq patients et d'un aide-soignant pour quatre patients.

Du fait des particularités des services de réanimation, ceux-ci sont assez « fermés » et peu connus du grand public.

Réanimer signifie « *faire revivre* » (Universalis.fr) ; Grosclaude M. décrit que la réanimation est une technique médicale de pointe qui, à l'aide d'un ensemble de moyens vise à maintenir ou restaurer les grandes fonctions vitales.

Ceux-ci sont destinés à prendre en charge des patients présentant des pathologies graves, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le service de réanimation, quant à celui-ci, est vu tel « *un paysage d'un autre monde* » (p.39).

Sur le penchant législatif, l'Article R.6123-33 du Décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé : « *Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.* »

Dans l'article « *Mieux vivre la réanimation* » (Fourrier F. 2010), l'auteur y définit le service de réanimation, c'est : « *un système dont tous les éléments sont interdépendants et où les bien-être des patients, des familles et des soignants sont intimement liés* » (p.192).

Plusieurs manifestations peuvent altérer la qualité de vie des patients en réanimation. Elles peuvent être physiques ou psychologiques (angoisse, dépression, état de stress post-traumatique). C'est pourquoi le séjour en service de réanimation peut être vécu de manière traumatisante pour de nombreux patients. Plusieurs études se focalisent sur les traumatismes psychiques des patients après leur expérience en service de réanimation.

Dans son ouvrage, Grosclaude M. (2009) expose ce qu'est le « *trou-réa* ». Des anciens réanimés évoquent leur amnésie à travers ces paroles : « *la réa c'est un trou* », « *c'est un cauchemar* ». (p.39). Les sujets conservent alors l'image d'un traumatisme. La prise en charge de la pathologie par la mise en œuvre d'un traitement donne lieu à des agressions physiques et psychologiques, ce qui rend cette situation traumatique pour les patients. Évoqué précédemment (cf. page 6), l'auteur stipule que le patient entend, et « *comprend avec ses moyens, déstructuré, troublé par l'ébranlement de son jugement de réalité, dans la persécution* » (p.186). Cela peut accentuer le vécu traumatique d'une situation.

Dans son article « *Reconnaître et traiter la souffrance psychique des patients* » (2010), Pochard F. met l'accent sur de nombreux facteurs de stress présents lors d'une hospitalisation en réanimation.

Ceux-ci peuvent être liés au bruit, à la lumière, à la douleur, à la pharmacologie ainsi qu'à des difficultés de compréhension et de communication. Ces facteurs peuvent engendrer une baisse de la conscience et une désorientation temporo-spatiale, ce qui participe à rendre la relation entre un soignant et un soigné difficile

à mettre en place. L'auteur rapporte que, dans une étude française, de nombreux patients ont eu peur d'être assassinés et abandonnés.

Certains ont eu un sentiment de mort imminente et la moitié d'entre eux se souviennent avoir ressenti des douleurs.

Après leur sortie d'hospitalisation, la majorité des patients qualifie la ventilation d'« *anxiogène et déplaisante* » (p.237).

L'auteur s'interroge alors, sur les conséquences, notamment psychologiques, d'un séjour en service de réanimation.

Effectivement, des états de stress post-traumatiques et des symptômes anxiodépressifs ont été retrouvés chez certains patients.

Pour définir l'ESPT tout en le liant au service de réanimation, le sujet, victime de ce dernier, doit avoir été confronté à un événement durant lequel son intégrité physique a pu être menacée. Pendant plus d'un mois, des souvenirs répétitifs et envahissants, des symptômes d'évitement de ces pensées, ainsi que des symptômes neurovégétatifs tels que des troubles du sommeil, vont alors subsister. Ces perturbations peuvent altérer cliniquement le sujet, et pour les malades de réanimation, un état de stress post-traumatique peut perdurer de nombreuses années suite à cette hospitalisation.

Toutefois, plusieurs patients ont des antécédents psychiatriques non connus des médecins réanimateurs, avant leur entrée en service. La présence de troubles psychiatriques est difficile à déceler et rallonge la durée de séjour des patients.

La survenue d'un vécu désagréable est alors influencée par des facteurs de vulnérabilité individuels et les facteurs de stress vus précédemment.

De plus, des thérapeutiques médicamenteuses telles que les analgésiques et les benzodiazépines « *peuvent entraîner une dépendance physique et psychique lors du sevrage* » (p.237) et être l'origine de modifications de l'état psychique des patients.

Cela démontre la nécessité d'une prise en charge globale des besoins du patient par les soignants, sans omettre le versant psychologique.

Grosclaude M. explique qu'une observation clinique attentive est indispensable, associée à une écoute du patient, et des « *outils conceptuels pertinents* » (p.107) pour permettre une compréhension éclairée.

Du point de vue de Pochard F. dans le but de traiter ces souffrances psychiques, il faut avant tout les prévenir et les déceler. Pour cela, il s'avère essentiel que le personnel soignant soit sensibilisé et formé par des spécialistes.

Cette prévention passe tout d'abord par l'application de mesures simples comme le fait de limiter les sources de lumière la nuit, afin d'éviter les perturbations du cycle veille-sommeil.

Les services de réanimation demeurent bruyants, ce qui s'explique par le bruit des alarmes des différentes machines. De ce fait, la diminution du bruit est aussi un axe primordial de prévention. Cela passe par la baisse du volume des télévisions lorsqu'il y en a, ainsi que celle des voix des membres de l'équipe lors de discussions.

L'instauration d'une relation entre le soignant et le patient en favorisant la confiance lors du réveil de ce dernier, va également permettre de limiter les troubles psychiques. Cette relation doit être basée sur le contact verbal et la réassurance afin de diminuer l'anxiété du patient. L'usage d'anxiolytiques peut également être instaurés : « *des benzodiazépines en usage parentéral peuvent être utilisées* » (p.239).

Pour compléter cela, dans une étude, la musicothérapie a aussi démontré son efficacité pour traiter l'anxiété de ces patients.

L'ensemble de ces notions révèle le besoin des patients d'être rassurés pour palier à un besoin de se sentir en sécurité, lors de leur hospitalisation en service de réanimation.

## 2. Le besoin de sécurité

La sécurité est définie d'après l'Encyclopédie Universalis (s.d) comme une « *absence de danger* », « *un état d'esprit confiant et tranquille en l'absence de danger* ». Celle-ci signifie la « *confiance, tranquillité d'esprit qui résulte de l'opinion, bien ou mal fondée, qu'on n'a pas à craindre de danger* » (Cnrtl.fr).

Le terme de sécurité peut amener à sécuriser, traduit de l'anglais par « *secur* ».

Selon Paillard C., le fait de se sentir en sécurité fait référence à « *se sentir à l'abri* » (p.369). Ce sentiment est lié à différents facteurs environnementaux, physiques et psychosociaux ; dans un établissement de santé, il vise notamment à améliorer le bien-être des patients.

Le besoin de se sentir en sécurité est explicité par le concept de l'attachement développé par John Bowlby au 20<sup>ème</sup> siècle. Selon les auteurs Mistycki V. et Guedeney N, l'attachement fait référence au lien affectif que l'on déploie auprès d'une personne spécifique « *pour trouver du réconfort en cas de détresse* » (2007, p.43). Celui-ci permet d'apporter un sentiment de sécurité interne. Cet attachement est notamment mis en évidence lors d'une relation mère/enfant mais est actif tout au long de la vie : « *du berceau à la tombe* » (p.46).

Plusieurs catégories d'attachement sont retrouvées telles que l'attachement sécure, préoccupé, détaché, craintif. Ces derniers sont des facteurs de variations individuelles permettant de développer ou non, des stratégies d'adaptations : « *un style d'attachement de type insécure peut être considéré comme un facteur de risque entraînant un mode d'ajustement au stress moins efficace* ». (p.47). Ce système d'attachement joue un rôle dans la régulation des émotions et intervient « *selon un modèle de vulnérabilité ou de résilience* » (p.47). A contrario, des situations stressantes peuvent être maîtrisées par un attachement dit « sécure », représentant une richesse interne pour l'individu.

Cela m'amène à étoffer le concept de vulnérabilité particulièrement présent en service de réanimation. D'après Boles J-M. et Jousset D. (2011), la vulnérabilité « *exprime la capacité d'être exposé aussi bien à une agression extérieure qu'à une défaillance de l'intériorité* » (p.43).

Hormis le fait que l'entrée en réanimation est un événement imprévisible, pour le malade, des agressions physiques et psychologiques ont lieu durant l'hospitalisation, engendrant du stress et des angoisses. La vulnérabilité physique est due principalement aux mécanismes physiopathologiques mis en place par l'organisme pour faire face à la pathologie, à l'accident.

Pareillement, elle peut être causée par des éléments médicaux comme les techniques invasives mises en œuvre pour suppléer la défaillance des organes vitaux, comme par exemple la ventilation mécanique. L'ensemble de ces techniques, bénéfiques pour le malade, peuvent par conséquent porter atteinte à l'intégrité physique de celui-ci.

Si la sécurité est perçue comme une absence de danger, à contrario, le service de réanimation est dit « *lieu d'extrêmes* » (Grosclaude M., 2009, p.40), où

se mêlent la vie et la mort. L'auteur confirme que des agressions physiques et psychiques sont vécues par le Sujet.

Ce sentiment de vulnérabilité psychologique et émotionnelle est reflété par des troubles du sommeil (perturbations du cycle veille/sommeil), une anxiété et une angoisse (notamment liées à la détresse vitale et la peur de la mort), et la crainte d'un monde nouveau, inconnu et bruyant qu'est le service de réanimation.

Ce sentiment se démontre aussi par l'isolement que ressent le patient, celui-ci étant majoré par la difficulté de communication induite par l'intubation orotrachéale. À cela peuvent s'ajouter une dépression ainsi que des troubles psychiatriques délirants et confusionnels (Boles J-M. et Jousset D., 2011).

Ceci est réaffirmé par Grosclaude M. : les patients sédatisés se retrouvent en perte de jugement de réalité, ils ne savent plus si ce qu'ils vivent est réel et sont désorientés. Cela laisse place à des hallucinations et à d'autres expériences délirantes (par exemple des cauchemars, une agitation).

Les auteurs appuient sur le fait que « *la sédation est responsable d'un véritable « trou » dans la vie de certains patients* » (Boles J-M. et Jousset D., 2011, p45), comme nous l'avons vu précédemment grâce à Grosclaude M. : certains patients ne se souviennent pas de leur hospitalisation en service de réanimation.

Cette expérience traumatique peut laisser des traces au sujet mais ces événements se dissipent et semblent effacés de leur mémoire.

En conséquence à cette vulnérabilité omniprésente lors de leur séjour, Kentish-Barnes N., sociologue, évoque un grand besoin de réassurance, ainsi que des points de repères essentiels pour ces patients, dans son article « *Vécu de la parole en réanimation : complexités et ambiguïtés de la relation soignants-soignés/famille* » (2010). Le besoin de se sentir en sécurité est alors influencé par : « *les proches, l'équipe de réanimation, les croyances religieuses, l'information et la compréhension, la possibilité de contrôler son environnement, l'espoir et la confiance.* » (p.175).

Cela est confirmé par l'article « *Comment prendre soin en réanimation ?* » (Roulin M.-J. et Vignaux L.2010). Les auteurs mettent en évidence une vulnérabilité physique et aussi émotionnelle décrite par des patients de

réanimation. Celle-ci est particulièrement due à la dépendance pour tous les gestes de la vie quotidienne. Lors de la présence humaine de leurs proches ainsi que des soignants, ceux-ci disent éprouver un sentiment de sécurité.

Le fait d'être dans un environnement sûr avec des proches et des soignants présents procure un sentiment de force et de pouvoir à ces patients.

Ce sentiment de sécurité est aussi influencé par l'apport d'effets personnels, par la famille du patient (photographies, objets divers).

Selon les auteurs, pour les soignants, cela participe à personnaliser les soins et à faire preuve davantage d'humanité (Glemée D., Gigandet C. et Zouad S., 2019).

Effectivement, Pochard F. soutient que « *les proches peuvent être des acteurs majeurs de la prise en charge des patients sur le plan psychologique* ». Ils sont aptes à observer certains troubles et changements de leur proche hospitalisé. Par leur présence, ceux-ci constituent un facteur principal « *de réassurance, d'orientation, d'information et d'apaisement* » (p.239).

Néanmoins, l'article « *La transparence et l'espace-temps en réanimation* » écrit par Kazek A. (2015) met l'accent sur le fait que l'accès aux familles en service de réanimation est réglementé : l'horaire d'accès aux chambres, le temps de visite le port d'une blouse, et d'un masque contribuent à l'organisation de la vie des proches.

Durand-Gassel J. apporte un point de vue similaire dans l'article « *Quelle place pour les familles en réanimation ?* » (2010). L'auteur appuie sur le rôle essentiel des proches auprès du malade. Ceux-ci peuvent être consultés pour la prise de décisions médicales lorsque le patient est hors d'état d'exprimer ses volontés.

En outre, les visites des proches permettent de satisfaire les besoins du patient, en entraînant une baisse du niveau de stress et une réduction de l'anxiété, ceci étant favorable à l'état psychique des patients.

Dans son témoignage « *Une larme m'a sauvée* » (2012), Lieby A. partage le vécu de son coma artificiel à travers ce qu'elle a entendu. Elle raconte qu'il est source de souffrance et de terribles angoisses : « *L'angoisse s'est invitée dans cette chambre sans ma permission...* » (p.80).

Elle confirme que la visite des proches est apaisante : « *Au moins, quand ils sont là, on ne me torture pas. Le niveau d'angoisse retombe.* » (p.37-38)

L'absence de sentiment de sécurité peut être source de stress et d'anxiété ; conséquemment, pour prévenir et éviter ces vécus désagréables, la communication peut présenter un réel intérêt.

### 3. La communication

La communication est définie par le fait de communiquer et l'action de communiquer (Universalis.fr).

Dans son ouvrage « *La relation soignant-soigné* » (2011), Phaneuf M. définit la communication telle qu'un « *besoin fondamental de l'être humain* » (p.3).

Quant à Abric J-C, psychologue et professeur de psychologie sociale, il présente dans son ouvrage « *Psychologie de la communication* » (2016) le modèle de la communication élaboré par Shannon, C. en 1952 qui définit celle-ci comme la « *transmission d'un message d'un endroit à un autre* » (p.3).

C'est donc la mise en relation entre deux personnes : un émetteur et un destinataire. Lorsque l'émetteur souhaite faire parvenir un message au destinataire (appelé aussi récepteur), il va devoir utiliser des moyens de communication appelés « *codage* », afin que son message soit compréhensible.

D'après Abric J-C., la communication est « *l'ensemble de processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de signification entre des personnes dans une situation sociale donnée* ».

Elle peut être de deux types : verbale ou non-verbale.

La transmission d'un message peut être interprétée différemment pour l'émetteur et le récepteur. Certains facteurs peuvent faciliter la compréhension du message ou au contraire la rendre plus complexe.

D'après Phaneuf M., ceux-ci sont par exemple : « *l'âge des personnes en présence...leur état de santé physique et mentale, leurs pensées, leurs perceptions et les émotions qui les habitent au moment de la communication, comme leur degré d'anxiété, de malaise ou de douleur* ». Il s'agit donc de s'adapter à l'aide de multiples stratégies, pour établir ce lien qu'est la communication. Concernant le patient sédaté, des barrières peuvent être de mises



comme la sédation. Nous n'avons pas la certitude que le patient entende mais surtout comprenne tous nos dires.

Du point de vue de Novosad J., le soin relationnel est une priorité au sein d'un service de réanimation, et ce malgré les situations d'urgences. Le soignant doit être à l'écoute et répondre aux attentes du patient, en cherchant à apaiser ses angoisses.

Suite à cela, j'ai choisi de m'intéresser au concept infirmier de la relation soignant-soigné. Quant à Paillard C., c'est une « *activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité)* » (p.328).

En regard du rôle infirmier, l'exercice de la profession et les actes professionnels sont régis par le Décret du 29 Juillet 2004 du Code de la Santé publique. Il stipule que :

- Article R4311-2 : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques.* »

Selon D'Hardemare V., neurochirurgien, la relation de soins est une relation professionnelle entre un soignant et un patient et/ou ses proches. Elle « *s'établit comme un contact humain dans lequel sont introduits des notions techniques liées aux soins et des concepts de civilité, d'aide psychologique etc.* » (2015, p.23). Une relation de soins de qualité est importante pour le vécu du patient en réanimation mais également pour le soignant, favorisant son bien-être et son environnement de travail.

À travers l'ouvrage de Manoukian A. (2014), « *C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation.* » (p.5).

La relation soignant-soigné demeure intime et souvent prolongée du fait de l'hospitalisation du soigné. La profession de soignant impose naturellement un contact relationnel, c'est pourquoi, lors de tout acte de soin ou geste technique, une relation va s'instaurer entre deux personnes, participant à la prise en charge de la personne soignée.

La relation peut être rendue plus ou moins complexe en fonction des situations, ce qui est le cas pour un patient sédaté en service de réanimation.

En ayant l'objectif de se représenter le patient sédaté autrement qu'un objet de soins, les soignants développent des modalités de communications spécifiques afin d'entreprendre une relation de soin.

Cependant, la communication face à un patient sédaté et intubé, est unidirectionnelle et, peut s'apparenter à un monologue pouvant rendre complexe la relation avec celui-ci.

De ce fait, la communication non-verbale va nous permettre d'entrer en relation avec le patient. Celle-ci s'avère être une réelle ressource, et possède plusieurs fonctions et spécificités. Elle vient renforcer la communication verbale à travers des gestes, des mimiques ; traduisant ainsi le langage du corps.

Les signaux non verbaux « *permettent de traduire et de percevoir l'intensité affective du message* » (Abric J-C., 2016, p.62).

Ils peuvent également favoriser l'expression des émotions et des sentiments.

Dans le but d'étayer ces apports théoriques concernant la communication non-verbale, cette dernière est constituée de différents éléments tels que « *l'aspect extérieur des personnes, la gestuelle, la proxémie, la posture, le toucher, l'expression faciale, le paralangage et les silences* » (Delpierre E., 2019, p.13). La notion de proxémie est conceptualisée par l'anthropologue Edward T. Hall. Pour m'intéresser à celle-ci, je me suis appuyée sur l'ouvrage « *Communication soignant-soigné : repères et pratiques* » (Bioy A., Bourgeois F. et Nègre I., 2015). La proxémie fait référence à la distance et aux espaces entre les différents individus en interaction. En tant que soignant, il est préférable d'éviter les intrusions brutales dans l'espace intime du patient ; d'autant plus que selon les cultures, l'espace vital est vécu différemment.

De plus, D'Hardemare V. confirme que des composants non verbaux font également partie de la communication, dans son article « *Coma et Communication* » (2015). La communication face à un patient comateux est primordiale et est basée sur des éléments verbaux et non-verbaux.

L'auteur dit que : « *Pendant les dialogues, la parole et le geste ne sont pas équivalents et participent à des fonctions de communication qui se soutiennent et*

*se complètent.* » (p.22). Cela confirme l'importance d'utiliser des attitudes adéquates, ainsi que des gestes et des mimiques en sus d'une communication verbale pour établir une relation de soins de confiance. Effectivement la confiance est un élément central : selon Lagarde-Piron L. (2016), « *le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance.* » (p.244).

Dans un contexte de dépendance et de vulnérabilité, la confiance signifie l'état de tranquillité qu'éprouve le patient vis-à-vis du soignant. Celle-ci se fonde notamment sur les compétences, et le sérieux du soignant. Lorsque les soins se passent bien, la confiance amène alors un sentiment de sécurité pour le soigné.

D'autre part, dans leur article « *Établir une relation avec un patient sous ventilation mécanique* » (2019), Glemée D., Gigandet C. et Zouad S. (aide-soignante et infirmières) exposent des techniques de communication envers les patients intubés et ventilés. Effectivement, les auteurs rapportent que « *la communication verbale et non-verbale entre le soignant et le patient est primordiale pour préserver la dignité de la personne et l'inscrire dans une relation.* » (p.16). Communiquer s'avère d'autant plus difficile pour le patient, par la présence d'une sonde d'intubation orotrachéale ou une trachéotomie permettant la ventilation mécanique. Celle-ci peut entraver la relation de soins et peut être « *une source de stress, de détresse psycho-émotionnelle, de peur, de colère, de frustration, de dépression, d'anxiété...* » (p.19). D'après les dires des patients, il est nécessaire de proposer différents moyens de communication tels que des mouvements de tête, des gestes, une lecture labiale, des mimes, des pictogrammes (par exemple, un visage qui grimace pour indiquer une douleur).

Citée précédemment dans une autre partie, la stimulation auditive, c'est-à-dire l'écoute de musique qu'aime le sujet, présente un intérêt rassurant et permet de replacer ce dernier dans un environnement familial. D'autres choses peuvent donner des repères au patient, en ayant une visée sécurisante comme le fait d'utiliser ses affaires de toilette (le poids de la mémoire olfactive).

Ce sont tout autant de gestes qui participent à établir une relation de soin.

Comme je l'ai évoqué précédemment, le toucher entre en jeu dans une relation thérapeutique. Didier A., psychanalyste, a intégré cette notion dans son

ouvrage « *Le moi peau* » (1995). Il cite : « *De tous les organes des sens, c'est le plus vital, on peut vivre aveugle, sourd, privé de goût et d'odorat. Sans l'intégrité de la majeure partie de la peau, on ne survit pas.* » (p.92).

Prayez P. et Savatofski J. confirme que ce sens est présent pour entrer en relation. Ce rapport direct d'un corps à un autre corps rapproche le soignant et le soigné. Un lien s'instaure donc entre eux à travers celui-ci.

Les auteurs insistent sur un point : « *on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même.* » (p.96).

Les patients présentent des niveaux de conscience différents, c'est pourquoi le toucher relationnel sera favorisé pour un patient sédaté, celui-ci aura une fonction anxiolytique, rassurante et sécurisante. Appelé aussi toucher massage, ce concept est défini par Potier M. telle une technique de soin basée sur des massages doux (effleurages), ces gestes permettent d'améliorer le bien-être et le confort de la personne soignée.

Par ailleurs, je souhaite apporter des éclairages concernant les devoirs des infirmiers envers leurs patients ainsi que les modalités d'exercice de la profession. Selon le code de déontologie des infirmiers défini par le Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016, l'Article R. 4312-3 cite que « *l'infirmier exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches...* ».

#### **4. Analyse de l'approche théorique**

Cette approche théorique m'a apporté de nombreux savoirs renforçant mon questionnement et ma réflexivité. Je peux à présent m'orienter à l'analyse de ce socle de données.

Premièrement, il est essentiel à mon sens de prendre en compte la complexité du service de réanimation.

Les patients présentant une ou plusieurs défaillances d'organes entrent en réanimation dans le but de restaurer ou maintenir leurs grandes fonctions vitales, par le biais de nombreuses techniques médicales.

L'environnement de ce dernier est particulier : les sources de lumières, notamment la nuit, peuvent perturber le rythme nyctéméral des patients. Aussi, le service de réanimation s'avère bruyant, pour cause, le bruit des respirateurs

assurant la ventilation des patients, les différentes alarmes (scope, pousseseringues électriques...).

À cela s'ajoutent d'autres facteurs anxiogènes subis par les patients tels qu'une intubation orotrachéale empêchant la communication verbale.

De plus, des moyens médicamenteux permettent la sédation de ces derniers.

Les thérapeutiques peuvent ainsi modifier leur état psychique provoquant un déclin de leur conscience et une désorientation temporo-spatiale.

Ces nombreuses agressions physiques et psychiques que vivent les patients, m'ont amenée à développer le concept de vulnérabilité, dans mon approche théorique.

Ainsi, le séjour en réanimation peut avoir un retentissement sur le vécu psychologique de l'individu.

De ce fait, l'apparition de troubles psychiques peut diminuer la qualité de vie des patients. C'est pourquoi, je retiens que la prise en charge des symptômes d'états de stress post-traumatiques et anxiodépressifs demeure un axe primordial.

Un sentiment d'angoisse est prédominant dans ce service, ce qui renforce mon questionnement et ma question de départ provisoire, qui est, je le rappelle :

« *En quoi une communication adaptée avec un patient sédaté influe-t-elle sur son ressenti en termes de sécurité ?* ». Je vais donc mener une enquête exploratoire auprès de professionnels de santé afin de déterminer si la communication peut être une stratégie pour palier à ce besoin de sécurité.

Par conséquent, la communication m'amène à dégager un autre point essentiel : le concept de la relation soignant-soigné.

Effectivement, la communication est une composante indispensable dans la profession infirmière, elle est la clé de voûte de la relation soignant-soigné.

Tout soin réalisé par un professionnel doit être accompagné d'une communication, développant ainsi une relation basée sur la confiance avec le patient.

La création d'un climat relationnel de confiance permettra d'établir une alliance thérapeutique, nécessaire à une prise en charge de qualité du patient.

Cette dernière permet notamment de ne pas dépersonnaliser le patient et le réduire à un objet de soins, et replace l'humanité dans les soins, au cœur d'un service de réanimation, réputé pour sa froideur et sa haute technicité.

Mes lectures ont confirmé le rôle important de la communication entre le soignant et le soigné, cependant j'ai réalisé aussi l'importance de la place des proches en service de réanimation.

Certains services présentent généralement des horaires de visites restreints pouvant rendre le vécu davantage difficile pour le patient, cela peut renforcer le sentiment de solitude et l'isolement déjà existant chez lui. Ainsi, les échanges et les interactions avec les proches renforcent et maintiennent les liens sociaux et familiaux, permettant de garder un contact avec l'extérieur et donc, avec le monde réel.

À travers mes recherches, j'en déduis que l'absence de communication est un facteur anxiogène pour le patient, pouvant impacter son évolution clinique. L'ensemble de ces écrits théoriques entraîne un cheminement intellectuel, à travers lequel je m'interroge sur le vécu du soignant. J'ai pu entrevoir que son bien-être peut également être influencé lors d'une relation de soins de qualité avec le patient. Aussi, j'é mets l'hypothèse que le fait de ne pas traiter le patient comme un objet de soins permet au professionnel de santé d'agir selon le cadre légal et dans le respect de ses valeurs.

Tout patient, même sédaté, demeure un être humain, c'est pourquoi, le respect de sa dignité par le soignant, reste essentielle. Ainsi, en faisant preuve d'humanité dans les soins, le professionnel peut exercer en toute sérénité. Être un soignant, c'est avant tout être un humain.

## IV. Approche pratique

### 1. Préparation de l'enquête

Dans l'objectif de répondre à ma question de départ provisoire et d'étayer mes orientations théoriques, je fais le choix de consulter cinq professionnels de santé par le biais d'entretiens semi-directifs, d'une durée d'environ vingt minutes.

C'est une technique qualitative permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour des thèmes que j'ai définis au préalable, c'est-à-dire : le patient sédaté, le besoin de sécurité et la communication.

De plus, le choix de cette méthode permet l'expression libre des professionnels de santé contrairement à un simple questionnaire. Il me semble également pertinent par rapport au sujet de mon travail de fin d'études de réaliser des entretiens : ils permettent une grande liberté de parole à l'interviewé, me permettant d'apprécier ses réactions et ses ressentis à travers ses réponses verbales et non verbales. En effet, ceux-ci favorisent l'expression spontanée des ressentis et des vécus, par la création d'un climat relationnel. Ainsi, je peux confronter les propos des professionnels aux hypothèses et aux différentes lectures réalisées sur le sujet.

Pour justifier le choix de ma méthode d'enquête, je me suis appuyée sur l'ouvrage de Blanchet A. et Gotman A. (2007). Les auteurs avancent le fait que l'entretien est « *approprié lorsque l'étude porte sur l'individu ou sur de petits groupes.* » (p.129). Toutefois, l'enquêteur peut influencer l'interviewer lors d'interactions et ainsi une perte de neutralité peut être observée. Par ailleurs, l'interviewer doit adopter certaines attitudes telles que : « *être patient, bienveillant, intelligemment critique, non autoritaire, aidant, rassurant et encourageant* » (p.130).

Je choisis d'interroger des infirmiers-ères car c'est vers eux que je m'oriente à travers mon mémoire, bien que les réponses d'autres professionnels de santé peuvent être très enrichissantes pour l'élaboration de mon travail de recherche.

Dans le but de recueillir des réponses diversifiées, mon étude est multicentrique. Les professionnels interrogés travaillent dans différents milieux : privé, public et militaire : je souhaitais savoir si le lieu d'exercice pouvait influencer leurs réponses. Les critères d'inclusion de la population sont des infirmiers-ères travaillant ou ayant travaillé, de jour ou de nuit, en service de réanimation. Les soignants ont été interviewés avec leur consentement. Ils ont également été informés de l'enregistrement à l'aide d'un dictaphone, ceci à des fins d'analyse. Cet enregistrement, avec accord, m'a été indispensable pour la retranscription des entretiens.

Afin de mener au mieux mes entretiens, j'ai créé un guide composé de huit questions (cf. annexe N°II). Ce dernier permet la structuration de l'entretien dans le but d'obtenir des éléments comparatifs.

Pour m'aider lors de la réalisation de ceux-ci, j'ai également conçu un outil d'enquête (cf. annexe N°III) comprenant mes questions de relance, ainsi que mes réponses attendues ; ces dernières étant basées sur mes apports théoriques.

J'ai également demandé l'autorisation par écrit d'effectuer les entretiens aux directeurs des soins des établissements concernés (cf. annexe N°I).

La méthode d'analyse choisie est basée sur une retranscription complète des entretiens, puis la réalisation de tableaux de codage, suivi de tableaux de catégorisation. Cette technique a pour but de classer les réponses des professionnels et de mettre en avant les données pertinentes.

## **2. Présentation des résultats**

Suite à la réalisation des tableaux de codage (cf. annexe N°IV), je répertorie et distingue ci-dessous, les résultats des entretiens par thème. Dans le but de respecter la confidentialité des infirmiers interrogés, je choisis de les nommer, par exemple : IDE 1, IDE 2...

### Thème n°1 : Le profil professionnel

Premièrement, pour obtenir une hétérogénéité des réponses et prendre connaissance des différents points de vue, j'ai interrogé des infirmiers ayant des expériences professionnelles et une ancienneté de diplôme variables. Les IDE 4 et 5 sont jeunes diplômées et exercent en service de réanimation depuis l'obtention du diplôme d'IDE.

Quant à l'IDE 1, celui-ci est diplômé depuis plus de deux ans et a un poste en service de réanimation, depuis l'acquisition de son diplôme, comme les IDE 4 et 5. Cependant, l'IDE 2 possède une expérience conséquente, diplômée depuis dix-sept ans, elle travaille en service de réanimation depuis environ sept ans.

L'IDE 3 est un homme et est diplômé depuis six ans. Il a travaillé quatre ans en service de réanimation, démontrant une expérience confirmée dans ce domaine.



### Thème n°2 : Leurs motivations pour ce poste

Nombreuses sont les motivations qu'expriment les soignants à travailler en service de réanimation. Tout d'abord, les IDE 1, 2 et 3 expliquent cela par les soins techniques qui y sont prodigués. L'IDE 3 et 4 mettent aussi en avant la diversité et la variété de ceux-ci. Pour l'IDE 5, ces soins sont qualifiés de spécifiques et « lourds ». L'IDE 4 révèle l'importance d'une absence de routine, participant à sa motivation. D'autre part, le travail en équipe pluridisciplinaire est une raison qui pousse les IDE 2 et 3 à exercer dans ce service. Quant à l'IDE 5, elle évoque ce travail d'équipe par la richesse du binôme AS/IDE, très présent dans ce service. Aussi, l'IDE 1 a évoqué une passion pour la réanimation et la gestion de l'urgence.

### Thème n°3 : La prise en soins d'un patient sédaté

J'ai posé la question « *Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?* » dans le but que les professionnels mettent en avant leurs représentations autour du patient sédaté. C'était intéressant de voir leurs perceptions concernant ces patients. Dans mes tableaux d'encodage, j'avais comme attendus que les soignants identifient les besoins physiques et psychiques du patient sédaté, à travers une prise en charge complexe. Je souhaitais notamment que les infirmiers me parlent des besoins relationnels du patient.

L'IDE 1 est allé dans mon sens, pour lui, le patient sédaté est dépendant aux soignants, et ceux-ci ont « *un besoin relationnel* ». Il a mis l'accent sur la présence de nombreuses machines, ce qui donne une spécificité au service de réanimation.

L'IDE 3 continue dans cette voie. Pour lui, les soins en réanimation demeurent « *vitaux* », « *ce ne sont pas des soins d'entretien* », ce ne sont pas seulement des soins d'hygiène et de confort. En citant cela, il perçoit le patient sédaté en « *état critique* », donc ayant un pronostic vital engagé. Cet IDE m'a parlé de la communication, particulièrement d'une communication unidirectionnelle car il n'y a « *pas de retour verbal de la part de ton patient* ».

Quant à l'IDE 5, elle exprime rapidement que ces patients requièrent des soins techniques invasifs mais aussi relationnels. Elle s'explique : « *il faut vraiment lui parler à travers la sédation* ».

De plus, l'IDE 2 s'adresse au patient « comme s'il n'était pas sédaté » afin de l'informer des soins. Elle expose aussi une dépendance aux soignants à travers divers soins (soins de bouche, soins de sonde vésicale...).

Pour l'IDE 4, le patient sédaté est perçu comme n'étant plus conscient, elle ne mentionne pas de particularités, apparaît une prise en charge plus lourde. Elle fait part d'une normalité à leur parler et à leur annoncer les soins prodigués.

#### Thème n°4 : Les moyens d'entrer en relation

Par cette question, je voulais connaître tout simplement les moyens qu'utilisent les soignants pour établir une communication avec les patients et donc une relation de soin.

D'une part, l'IDE 1 utilise les deux types de communication : verbale et non-verbale. Pour la communication non-verbale, il mentionne le toucher. Pour lui, la posture et le regard sont aussi importants, par exemple se « *mettre face à la personne et à lui expliquer dans le regard... qui je suis, ce que je vais lui faire* ».

Pour l'IDE 2, la communication verbale et non-verbale (le toucher) sont aussi des moyens d'entrer en relation avec ces patients. Elle met un point sur les soins préventifs d'escarres, qui sont, à son sens, une forme de communication : « *ça reste aussi de la communication par le toucher* ».

D'autre part, l'IDE 4 assure utiliser la communication verbale, cependant celle-ci exprime une charge de travail importante, pouvant empêcher les soignants à rechercher d'autres modes de communication. De ce fait, elle avoue ne pas trop essayer de communiquer avec eux. Aussi, elle dit ne pas utiliser le toucher pour rassurer les patients, ni le toucher dit « *détente* ».

L'IDE 3 cite les attendus de mes tableaux d'encodage qui sont la communication verbale et non-verbale (à l'aide du toucher). Par cette phrase : « *j'utilisais la communication verbale...c'est un être humain...pas juste un objet de soins* », il apporte la notion d'objet de soins dans cet entretien. Pour lui, le toucher se retrouve dans tous les soins, « *particulièrement sur les soins d'hygiène et de confort* ». L'IDE 3 aborde aussi la notion de bien-être des soignants.

Effectivement, il dit pratiquer la communication verbale avec ses patients pour se sentir bien, et agir avec respect de ses valeurs : « *pour normaliser un peu la situation et avoir l'impression de rester humain dans mon soin, j'avais besoin de*

*communiquer avec quelqu'un* ». Il se confie sur le temps qu'ont les soignants à accorder au patient, c'est pour lui un facteur influençant la communication avec ce dernier.

Pour finir, l'IDE 5 dit parler avec le patient : « *je vais énormément parler avec lui, lui dire tous les soins que je vais lui faire...même me présenter* ». À son sens, le toucher est très important, car c'est ce que les patients discernent en majorité.

### Thème n°5 : Les difficultés de communication

De prime abord, l'IDE 2 dit ne pas avoir de difficultés pour communiquer avec le patient sédaté. Au contraire, pour elle, le fait que celui-ci soit sédaté lui permet d'être plus concentrée pour effectuer ses soins, elle cite « *ça enlève une charge mentale* ». Du point de vue de l'IDE 4, la difficulté majeure qu'elle repère est que le patient est sédaté : « *il n'est pas là* ». Cela engendre une communication unidirectionnelle.

Par conséquent, elle pense qu'on ne communique pas avec le patient sédaté.

La soignante s'est contredite légèrement lorsqu'elle fait part d'un sentiment de difficulté. Effectivement, selon elle, la réanimation implique des techniques de soins vitaux pour le patient, et donc que ces soins sont nécessaires pour leur « *sauver la vie* ». Elle met en avant le fait que ces soins sont prescrits, donc l'avis du patient n'est pas demandé. Celle-ci révèle aussi que le fait de ne pas avoir de réponse de la part du patient, ne lui pose pas de problèmes.

Au contraire, cela fait partie des difficultés que rencontre l'IDE 1. Devant l'absence de réponse, il évoque ressentir une émotion telle que la frustration : « *c'est frustrant...on n'a pas forcément de retour* ». De plus, il apporte un élément inattendu. Lors de l'utilisation du toucher en guise de communication non-verbale, il a déjà été confronté à « *un geste de rejet* », il affirme donc que le toucher n'est pas toujours bien accueilli de la part du patient.

Ensuite, l'IDE 3 dévoile une part de frustration quant au non-retour du patient.

Il dit parfois « *se sentir un petit peu seul* » devant l'absence de communication verbale. Face à cela, il émet l'hypothèse que l'on puisse se sentir mis en échec. L'infirmier souligne le manque d'échanges concernant la qualité des soins fournis : « *il n'est pas là pour te dire si ce que tu fais, ça lui fait du bien ou pas...tu*

*effectues des soins tous les jours sans avoir de retours dessus, par le principal intéressé ».*

Ce à quoi, il se questionne et indique éprouver des difficultés par rapport à l'acceptation des soins par le patient. Le soignant développe : *« est-ce qu'il accepterait tous les soins...qu'on effectue jour après jour...sur lui »*, et poursuit sa remise en question : *« si ça se trouve, s'il était conscient...tu n'aurais pas son accord pour effectuer la moitié des soins que tu effectues sur lui ».*

Il insiste sur le fait que ces raisons peuvent amener le soignant à ressentir une forme d'échec lors de la prise en charge du patient.

Par ailleurs, l'IDE 5 dit ressentir des difficultés quant au repérage des besoins du patient, en effet, le patient sédaté étant dépendant des soignants, c'est à ces derniers de répondre à leurs besoins. L'IDE déclare parfois avoir une part d'incompréhension devant certaines manifestations du patient, notamment lorsqu'elle s'adresse au patient et qu'au niveau hémodynamique, de nombreuses modifications ont lieu : *« au niveau des paramètres vitaux tout va s'emballer et on ne comprend pas vraiment ce qu'ils ont, ce qu'ils veulent ».* C'est la cause pour elle d'une frustration, qu'elle retrouve au regard d'un questionnaire sur la qualité des soins, comme c'est le cas pour l'IDE 3. Elle cite : *« on a énormément de difficultés parce qu'on se demande toujours si ce que l'on fait c'est assez bien ».*

## Thème 6 : Le ressenti des patients

Par le biais de cette question, je voulais connaître les différentes techniques que les infirmiers utilisent pour percevoir le ressenti des patients. Je souhaitais aussi voir l'importance qu'ils portent au vécu du patient.

Pour commencer, l'IDE 1 et l'IDE 2 disent utiliser l'observation clinique : c'est à partir des grimaces, et du froncement des sourcils du patient que l'on peut voir le ressenti de ces derniers : *« je vais regarder s'il grimace pendant les soins, s'il serre les dents »* (IDE 2).

Quant à l'IDE 1, il ajoute que des réflexes peuvent s'observer lors de la mobilisation des patients, ce que dit aussi l'IDE 3. En effet, lors des soins, ce dernier souligne que *« certains vont se raidir »*, ce qui peut être accompagné par des indices et des réflexes corporels.

L'IDE 1 complète cela par le fait que le vécu des patients peut aussi se juger par différents scores et échelles d'évaluation tel que le RASS pour la sédation.

L'infirmier me révèle des inattendus de mes tableaux d'encodage. Il me dit se servir de son instinct afin d'évaluer le vécu des patients : « *une part d'instinct infirmier, du flair infirmier* ».

Également, il peut apprécier leur vécu à l'aide des variations hémodynamiques affichées sur le scope, comme par exemple une hypertension artérielle et une tachycardie.

Ce que confirme l'IDE 2 : « *la tension s'emballer...le pouls s'emballer ...c'est des choses qu'on va regarder et qui vont me donner des indices...sur sa sédation, et sur son confort, pour voir s'il est bien...angoissé* ».

La soignante ajoute que la communication verbale peut être utilisée lorsque le patient sera éveillé, ce qui ne correspond pas à mes attentes puisque ma question tourne autour des patients sédatisés.

D'autre part, l'IDE 4 évoque des moyens matériels comme le TOF et le BIS pour mesurer le niveau de sédation, montrant les réactions du patient. À son sens, le ressenti des patients se perçoit par ses différentes attitudes, ce que j'en ai déduit de sa réponse suivante : « *les larmes, les réponses motrices du patient, un patient qui est mal sédaté, il va bouger...on va le savoir par ses réactions physiques* ».

L'IDE 5 complète mes apports pratiques en disant, elle aussi, se fier à l'observation clinique et notamment au faciès et à la position des membres du corps du patient. Pareillement, elle rapporte aussi s'intéresser aux paramètres vitaux affichés sur le scope (par exemple une fréquence cardiaque et une pression artérielle en hausse), pouvant être influencés par un soin, stressant pour le patient.

Cependant, cette jeune soignante exprime la difficulté à percevoir les ressentis des patients étant profondément sédatisés. C'est pour cela qu'elle fait appel à ses déductions : « *c'est à nous d'en déduire, d'anticiper tout ce qu'il pourrait éventuellement ressentir* ».

Enfin, l'IDE 3 s'appuie sur le BIS pour évaluer la conscience des patients sédatisés et sur l'observation. De plus, pour apprécier le vécu des patients, le soignant se fie particulièrement aux paramètres vitaux inscrits sur le scope : « *par rapport au scope. Le scope c'est...un peu le miroir de l'âme* ». Il rajoute une comparaison avec la vie de tous les jours : « *tout soubresaut hémodynamique, forcément dans*

*ta vie de tous les jours c'est sous le coup d'une émotion* ». Donc selon ses dires, ces variations hémodynamiques sont influencées par des émotions positives mais aussi négatives comme la peur. Pour lui « *l'instabilité physiologique* » est reliée à un sentiment. Il affirme aussi qu'une présence de larmes peut être vue chez certains patients, allant de pair avec l'émotionnel.

### Thème 7 : Le besoin de sécurité des patients

À l'aide de cette question, je recherchais en premier lieu, la perception qu'ont les soignants du besoin de sécurité des patients, et ce qu'ils mettent en place pour répondre à celui-ci.

Tout d'abord, l'ensemble des soignants ont répondu que le fait de rassurer le patient par le biais de la communication verbale contribue à un sentiment de sécurité. La réassurance passe notamment par l'information et les explications sur les soins et, sur ce qu'il est arrivé au patient, ainsi que la présence des soignants selon l'IDE 5. Aussi, l'IDE 2 et l'IDE 3 expriment l'importance de resituer le patient au niveau temporo-spatial, en leur fournissant des repères.

L'IDE 2 rappelle « *on perd tellement la notion du temps quand on dort* ».

D'autre part, selon eux, la communication non-verbale, plus spécifiquement le toucher fait partie des moyens mis en œuvre pour palier au besoin de sécurité. L'IDE 3 résume cela : « *la sécurité au niveau de ton patient, ça va être dans la réassurance...utiliser toutes les formes de communication possibles.* »

Le soignant évoque le côté invasif des soins en réanimation, pouvant agresser physiquement et psychologiquement le patient. Donc, selon lui, le fait de limiter certains soins, lorsque cela est possible, serait bénéfique pour le patient. Il dit : « *Il faut que tous les soins aient un sens* ».

De plus, lorsque les angoisses du patient se transforment en agitation, l'IDE 2 explique que des thérapeutiques médicamenteuses peuvent être utilisées telles que des anxiolytiques.

Pour finir, l'IDE 1 pense que la présence des proches participe à rassurer le patient sédaté. Selon lui, c'est aussi à nous, soignants, d'évoquer la famille du patient lors d'une communication avec celui-ci. Aussi, les proches peuvent également ramener des objets personnels dans l'objectif de rendre « *le patient*

*sécure* », grâce peut-être aux odeurs du patient. Enfin, l'infirmier ajoute que mettre de la musique au patient peut favoriser ce sentiment de sécurité.

### Thème 8 : Proposition de moyens de communication

Cette question, auquel je n'avais aucun attendu, a eu pour but de clôturer l'entretien, et de permettre aux soignants interviewés de s'exprimer librement.

Premièrement, les IDE 1, 2 et 3 jugent pertinent de s'intéresser aux sens du patient. Pour l'IDE 2 et 3, l'ouïe est privilégiée par le biais de la musique, l'IDE 2 cite « *la musicothérapie* », qui « *pourrait leur faire du bien* ».

Quant aux IDE 1 et 3, ceux-ci développeraient l'aromathérapie à l'aide d'huiles essentielles pour faire appel à l'odorat des patients, ou bien tout simplement l'odeur d'un parfum et d'autres effets personnels.

De plus, l'IDE 3 inclurait davantage les proches par différents moyens.

Tout d'abord en les questionnant sur les habitudes de vie du patient, pour pouvoir communiquer avec celui-ci sur sa vie, pour « *pouvoir lui parler un petit peu de lui* » ; mais aussi d'organiser les soins dans le but de faciliter la présence de la famille. L'IDE 2 exprime d'autres idées telles que l'intervention d'un masseur-kinésithérapeute afin de détendre les patients, ou bien même faire appel à la zoothérapie.

Néanmoins, elle désire du temps supplémentaire pour pouvoir en accorder aux patients. Cette possibilité d'amélioration de la communication est reprise par l'IDE 3, il ajoute qu'une charge de travail réduite, grâce à du personnel soignant supplémentaire, permettrait une prise en charge individualisée, et de meilleure qualité. Selon lui, la perspective d'attirer des soignants à des patients éviterait une perte de repère.

Concernant l'IDE 5, une meilleure communication pourrait passer par la diminution du bruit et des sources lumières dans le service de réanimation.

Sa réflexion se porte aussi sur la mise en place de médecines alternatives telles que la sophrologie et l'hypnose.

Les propos de l'IDE 4 sont tournés vers ses convictions personnelles. Effectivement, celle-ci préfère supposer que le patient n'entend pas, c'est pourquoi elle n'a pas d'idées nouvelles à apporter dans mon étude. Elle s'imagine aussi que les patients ne ressentent pas de douleurs pour se « *protéger* » ; selon

ses dires : « *sinon c'est dur psychologiquement pour nous de travailler en réanimation tous les jours* ».

### **3. Analyse de l'approche pratique**

Après avoir balayé l'ensemble des réponses par thème, je vais à présent comparer les résultats recueillis, en mettant en avant les éléments pertinents, ainsi que les points communs et divergents entre les professionnels, dans l'objectif d'élaborer une analyse plus explicite et approfondie.

Dans un premier temps, je tiens à préciser que j'ai apprécié mener ces entretiens, malgré la difficulté que requière la posture d'interviewer. Néanmoins, les entretiens étaient tous différents et surtout très enrichissants. J'ai obtenu beaucoup de réponses attendues dans mes tableaux de codage, mais aussi des inattendues, ce que je juge intéressant. Certaines de mes questions n'ont pas été suffisamment précises. Par exemple, je pense que j'aurai dû expliciter plus clairement aux soignants interrogés, que mon étude ne portait pas sur un certain degré de sédation des patients, mais sur un patient sédaté de manière générale. Effectivement, plusieurs fois, ceux-ci m'ont questionné à ce sujet.

Majoritairement, les professionnels de santé ont obtenu leur diplôme d'infirmier au cours des trois dernières années, ce qui a pour conséquence que mon étude se réfère, dans l'ensemble, à des pratiques d'infirmiers jeunes diplômés.

Concernant leur perception de la prise en soins d'un patient sédaté, quatre IDE révèlent une prise en charge spécifique à cause de nombreux soins techniques et invasifs que subissent les patients. Ils mettent en avant à travers ces soins, une dépendance aux soignants, ce qui se justifie par la présence de plusieurs machines, permettant l'assistance des fonctions vitales. Conséquemment à la présence d'une intubation oro-trachéale, les IDE 1 et 3 évoquent une communication unidirectionnelle. Pour l'IDE 3, il faut donc adapter sa communication au patient, car celui-ci émet tout de même un besoin relationnel, selon les IDE 1 et 5. Effectivement, cela confirme la notion d'adaptation de la communication, présente dans ma question de départ initiale.

Afin d'entrer en relation avec les patients, quatre IDE assurent utiliser la communication verbale et non-verbale, surtout par le toucher. L'IDE 4 émet une



divergence, selon elle, le toucher n'est pas utilisé pour communiquer, même si celui-ci est présent lors des soins de nursing comme l'affirment les autres soignants. Un seul soignant me confie utiliser la communication verbale aussi pour son bien-être et le respect de ses valeurs. À travers cela, il explique que le patient ne doit pas être considéré tel un objet de soins.

Toutefois, de manière globale, les soignants disent ne pas éprouver de difficultés à entrer en relation avec les patients, hormis le fait que la communication est à sens unique. Pourtant, les IDE 1, 3 et 5 ajoutent ressentir une part de frustration devant cette absence de réponse, ce qu'ils expliquent par le fait de ne pas avoir de retour du patient sur les soins effectués. Cela démontre un besoin du soignant d'être lui aussi rassuré, particulièrement sur ses pratiques, pouvant se traduire par une analyse de nos pratiques professionnelles. Une remise en question peut amener les soignants à se demander si les soins prodigués sont bien vécus par le patient et si ceux-ci sont de qualité.

D'autre part, l'IDE 3 met en avant un axe important à mon sens, il se questionne sur l'acceptation des soins par le patient : « *est-ce qu'il accepterait tous les soins* » ? En effet, outre le fait de savoir si les soins délivrés sont jugés de bonne qualité par le receveur, ces soins pourraient être refusés par ce dernier, s'il était conscient.

Le ressenti des patients est perçu par les soignants de différentes manières. La majorité des infirmiers disent utiliser l'observation clinique. Celle-ci peut notamment traduire des gestes, mimiques et des réflexes. Ils disent aussi s'aider de moyens matériels tels que le BIS et le TOF mais aussi d'échelles et de scores d'évaluation. Les soignants indiquent se servir aussi des paramètres vitaux affichés sur le scope, démontrant des variations hémodynamiques, pouvant être dues à un ressenti émotionnel. Les IDE 1, 3 et 5 mettent l'accent sur leur conviction et sur une part d'instinct pour juger le vécu des patients.

À propos du besoin de sécurité des patients sédatisés, tous les professionnels sont d'accord sur le fait que la présence d'un soignant, et surtout d'une communication verbale mais aussi non-verbale contribuent à palier à ce besoin. Selon eux, cette communication verbale est basée sur des informations et des explications, dans le but de rassurer les patients. Deux IDE soulignent l'importance de fournir des repères spatio-temporaux. Ces apports tendent à renforcer ma question de départ provisoire.

De plus, les IDE 1 et 5 mettent l'accent sur un nouvel élément : la présence des proches, ainsi que la création d'un environnement familial, avec l'aide d'objets personnels apportés par la famille. Cela peut participer à répondre au besoin de sécurité des patients, et améliorer la communication. Ces données montrent l'intérêt du rôle de la famille en service de réanimation. Pour finir, plusieurs soignants pensent que l'organisation des soins et la charge de travail peuvent avoir un impact envers la relation soignant-soigné.

Cette enquête de terrain suscite en moi un réel intérêt, celle-ci m'a permis d'identifier différents points de vue et convictions, à travers les pratiques soignantes.

## V. Problématique

Je vais à présent m'intéresser à la phase de problématisation. Celle-ci apportera une évolution à mon travail de recherche, mettant en lien mes apports théoriques et pratiques.

Premièrement, pour replacer le contexte particulier du service de réanimation, nous pouvons mettre en avant grâce aux multiples lectures, mais aussi par les entretiens réalisés avec les professionnels, qu'un patient sédaté est décrit tel un patient dépendant aux soignants, entourés de nombreux appareillages médicaux permettant le maintien de ses fonctions vitales. Ces spécificités tendent à rendre le patient vulnérable, favorisant un besoin de sécurité et de réassurance.

D'une part, l'intubation oro-trachéale est spécifiquement vue comme une entrave à la relation de soin, empêchant le patient de communiquer. Cela entraîne une communication à sens unique, dite unidirectionnelle, ce que j'ai retrouvé dans la théorie et la pratique. Pareillement, j'identifie des similitudes. La communication verbale est utile, en effet, en procurant une réassurance au patient, à l'aide d'informations et d'explications que peuvent relayer les soignants, elle permet à celui-ci d'obtenir un sentiment de sécurité interne. Par ailleurs, elle est complétée par la communication non-verbale, plus particulièrement le toucher, utilisé en majorité à travers les soins d'hygiène et de nursing. Ces deux formes de

communication permettent de « *préserver la dignité de la personne* » et de « *l'inscrire dans une relation* » (p.16, Glemée D., Gigandet C. et Zouad S., 2019).

Hormis une communication basée sur la réassurance, pour répondre au besoin de sécurité des patients, les soignants expriment l'importance de la présence des proches, ce qui est aussi mis en évidence par la littérature. La compagnie des proches peut aider à diminuer le niveau de stress et d'angoisse des patients, comme le spécifie différents auteurs. Toutefois, malgré le fait que l'accès aux proches est limité en service de réanimation, un infirmier émet la suggestion d'organiser les soins, dans l'objectif de faciliter leur présence. Aussi, l'apport d'effets personnels par la famille peut influencer ce besoin, cela démontre un autre point commun entre la théorie et la pratique.

Au sujet de l'évaluation du vécu des patients, nous pouvons observer que les dires des soignants sont en corrélation avec mes apports théoriques. Ceux-ci utilisent des scores tels que le RASS pour évaluer la sédation, ainsi que l'observation clinique. Néanmoins, la majorité des soignants ajoutent utiliser le scope dans le but d'évaluer l'état hémodynamique des patients, qui peut être le reflet d'un état émotionnel. Plusieurs d'entre eux font également part d'un « *instinct infirmier* », d'une conviction les aidant à identifier le vécu des patients, ce que je n'ai pas retrouvé lors de l'écriture de mes apports théoriques.

Une notion nouvelle est ressortie lors des entretiens avec les soignants. Deux d'entre eux ont relaté éprouver des difficultés à ne pas avoir de retours sur les soins réalisés. Cela induit un sentiment de frustration pour le soignant dans la relation soignant-soigné. De plus, la communication peut être semblable à un monologue, engendrant une frustration sur le fait de ne pas avoir de réponses en retour. Les dires des infirmiers sont en adéquation avec mes apports théoriques.

Dans mes recherches théoriques, nous pouvons voir que plusieurs auteurs ont mis en évidence le fait que les patients sédatisés peuvent entendre. Cet élément présente un réel intérêt : il peut influencer le soignant à communiquer avec le patient, s'il en a la conviction. Certains soignants ont évoqué cette conviction, d'autres une hypothèse. Suite à ce travail de recherche, je décide d'orienter ma pratique soignante dans cette certitude, car, à mon sens, je suis persuadée que les patients sédatisés nous entendent.

D'autre part, on peut souligner une similitude entre mes apports théoriques et pratiques. La communication est primordiale pour le patient mais également

pour le soignant, celle-ci peut contribuer à le rassurer dans sa pratique, et participe à son bien-être. Lors d'un entretien, un infirmier a fait ressortir ce besoin de communiquer avec la personne soignée, cela pour « *avoir l'impression de rester humain dans mon soin* ». Ce soignant a apporté la notion d'objet de soins à travers ses dires.

Pour agir avec respect, et en conservant ses valeurs, le professionnel soignant, humain avant tout, se doit de considérer le patient comme une personne à part entière. C'est pourquoi, si j'avais à continuer ce mémoire, je porterais ce dernier sur ce thème, à résonnance éthique, qu'est la dignité du patient sédaté en réanimation, et notamment sur l'attitude et la posture de l'infirmier face à cela.

Ma question définitive est donc la suivante :

***En quoi le savoir-être du soignant peut-il contribuer à considérer le patient autrement qu'un objet de soins ?***

## VI. Conclusion

Ce travail a suscité beaucoup d'intérêts pour moi, et s'est révélé riche d'enseignements. J'ai éprouvé un réel plaisir à parcourir les différentes revues littéraires. Celles-ci m'ont amenée à prendre conscience de l'impact d'une communication adaptée auprès des patients sédatés.

Tout infirmier lorsqu'il réalise des soins communique, cependant la création d'une relation soignant-soigné est influencée par différents facteurs, pouvant la rendre difficile. Je suis convaincue que pour communiquer qualitativement avec tout patient, il faut avant tout être authentique en faisant preuve d'humanité. Il ne suffit pas de fournir des soins aux patients mais plutôt *prendre soin*. Je mets en avant une phrase remarquable, qui prend ici tout son sens : « *Le soin infirmier demeure engagé dans le soin somatique auquel s'intègre la dimension psychologique et relationnelle* » (Grosclaude M., p.242).

Tout au long de ce travail, j'ai été influencée par les nombreuses recherches et lectures. Celles-ci m'ont permises de cheminer et de pouvoir constituer ma question de départ provisoire.

Avant de débiter ce mémoire, j'avais une tout autre idée du sens que je souhaitais lui donner. Au terme de ce travail et avec du recul, je suis surprise de l'évolution de celui-ci au fil des mois.

D'autre part, cette étude m'a amenée à mieux comprendre le rôle de l'infirmière auprès des patients sédatisés, particulièrement d'un point de vue relationnel. Ce sont autant de connaissances acquises et utiles, que je pourrai investir lors de ma pratique professionnelle. Effectivement, je désire développer mes compétences acquises lors de ma formation en soins infirmiers, auprès des patients sédatisés en service de réanimation.

Malgré quelques difficultés, je suis satisfaite du travail accompli, non seulement pour ce mémoire mais également pour l'assiduité et le sérieux dont j'ai fait preuve pour ces trois ans de formation intenses à l'IFSI. Ces difficultés se retrouvent notamment lors de la rédaction, j'ai trouvé complexe de composer ce mémoire en moins de quarante pages. Pour ma part, c'est un thème très intéressant qui mériterait d'être davantage étudié.

J'ai développé ma capacité d'analyse et de remise en question, inhérentes à la profession infirmière, par le biais de la posture réflexive que ce travail requiert. Ma pensée, mon attention s'orientent autour du concept du *prendre soin*, que je pourrai développer lors de recherches ultérieures. Il en découle de cela une question :

***Comment l'infirmier est-il amené à prendre soin des patients sédatisés en réanimation ?***

À travers les valeurs que ce travail souligne, j'y vois un tremplin pour façonner et développer mon identité soignante, afin de devenir la professionnelle de santé que je souhaite être.

*« N'écoutez pas ceux qui vous disent que le malade, le comateux — voire le mourant, voire le mort ! — ne vous entendent pas. Il faut parler à ceux dont on croit qu'ils ne sont plus en état de recevoir une parole — parce que, justement, la parole passe. Il suffit qu'elle soit parole d'amour ».*

*Labro. P. La traversée. Paris. Gallimard ; 1998.*

## Bibliographie

Anzieu, D. (1995). *Le moi peau*. Dunod : Paris

Bioy, A., Bourgeois, F. et Nègre, I. (2015). *Communication soignant-soigné : Repères et pratiques*. (3<sup>è</sup> éd.). Bréal.

Blanchet, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. (2<sup>è</sup> éd. Refondue) Paris : Armand Colin. En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/mee/2010-v33-n2-mee01385/1024898ar.pdf>

Boles, J-M., Jousset, D. (2011). *Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte. Dimensions cliniques et enjeux philosophiques*. (59) . 42-54.  
En ligne : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2011-2-page-42.htm>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Cnrtl.fr. « s.d. ». *Narcose*.  
En ligne : <https://www.cnrtl.fr/definition/narcose>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Cnrtl.fr. « s.d. ». *Sécurité*.  
En ligne : <https://www.cnrtl.fr/definition/academie8/securite>

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

En ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000585557&categorieLien=id>

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

En ligne :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679  
&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id)

Décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

En ligne :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000813915  
&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000813915&categorieLien=id)

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers.

En ligne :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479578  
&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479578&categorieLien=id)

Delpierre, E. (2019). Communiquer avec le patient et ses proches, une priorité en réanimation. *L'aide-soignante*, (205), 12-15. En ligne : <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1279990/resultatrecherche/8>

D'Hardemare, V. (2015). Coma et communication. *La revue de l'infirmière*, (213), 22-23. En ligne : <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/1001130/main.pdf>

Durand-Gasselin, J. (2010). Quelle place pour les familles en réanimation ? *Réanimation*. 19 (3), 258-264. En ligne : <https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S1624069310000642>

Fourrier, F. (2010) Mieux vivre la réanimation. *Réanimation*, 19, 191-203.

En ligne : [http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1005-Reanimation-Vol19-N3-p191\\_203.pdf](http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1005-Reanimation-Vol19-N3-p191_203.pdf)

Glemée, D., Gigandet, C. et Zouad, S. (2019). Établir une relation avec un patient sous ventilation mécanique. *L'aide-soignante*, (205), 16-19.

En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/1279991/article/etablir-une-relation-avec-un-patient-sous-ventilat>

Grosclaude, M. (2013). Le langage en réanimation, les implications pour le patient et le soignant. *Soins*, 58(773), 38-40

En ligne :

<https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/793474/main.pdf>

Grosclaude, M. (2009). *Réanimation et coma : Soin psychique et vécu du patient*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Image page de garde : Google Image.

Kazek, A. (2015). La transparence et l'espace-temps en réanimation. *L'information psychiatrique*. 91. 809-817.

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-10-page-809.htm>

Kentish-Barnes, N. (2010). Vécu de la parole en réanimation, complexités et ambiguïtés de la relation soignants-soignés/famille. *La philosophie du soin*, 173-188

En ligne : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-philosophie-du-soin--9782130582038-page-173.htm>

Kentish-Barnes, N. et Chaize, M. (2010). Critères de jugement du « mieux vivre » en réanimation. *Réanimation*, 19, 204-211.

En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624069310000691>

Lagarde-Piron, L. (2016). Chapitre 13. La confiance dans les soins infirmiers. *La confiance*. 242-256.

En ligne : <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm>



Lagneau, F. (2008). Indications et utilisation des curares en réanimation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 27, (7-8), 567-573.

En ligne :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0750765808001688#!>

Laurent, A. et al. (2015). Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient. *L'évolution psychiatrique*, 80, (Octobre-Novembre), 809-820

En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385514001558>

Lieby, A. (2012). *Une larme m'a sauvée*. Paris : Les Arènes.

Littre.org. « s.d. ». Sédation. En ligne : <https://www.littre.org/definition/sedation>

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

En ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Lamarre.

Minjard, R. (2014). *L'éveil du coma : Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

Mistycki, V. et Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherches en soins infirmiers*. (89), 43-51. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-43.htm>

Novosad, J. (2016). Les soins relationnels au cœur des pratiques en réanimation. *La revue de l'infirmière*. (219), 34. En ligne : <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/1036549/main.pdf>

Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. (2<sup>è</sup> éd.). Noisy-le-grand : SETES éditions.

Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné*. (2<sup>è</sup> éd.). Montréal (Québec) : ChenelièreÉducation.

Potier, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers : Dictionnaire à l'usage des étudiants et professionnels infirmiers*. Reuil-malmaison : Lamarre.

Prayez, P. et Savatofski, J. (2017). *Le toucher apprivoisé*. (4<sup>è</sup> éd.). Paris : Lamarre.

Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu). (2008). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 27. 541-555. En ligne : [https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2c\\_AFAR\\_Texte\\_long\\_Sedation-et-analgésie-en-reanimation\\_nouveau-ne-exclu.pdf](https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2c_AFAR_Texte_long_Sedation-et-analgésie-en-reanimation_nouveau-ne-exclu.pdf)

Srlf.org (2018). Mise en place et gestion d'un protocole de sédation. En ligne : [https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2018/12/20181115-8-Protocole\\_Sedation-M\\_MURGIER.pdf](https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2018/12/20181115-8-Protocole_Sedation-M_MURGIER.pdf)

Srlf.org. (2018). Score de Ramsay. En ligne : <https://www.srlf.org/score-de-ramsay/>

Roulin, M.-J. et Vignaux, L. (2010) « Comment prendre soin en réanimation ? ». *Réanimation*. 19, 243-250.

En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624069310000630>

Universalis.fr « s.d ». Communication, sécurité, sédation, réanimation. En ligne : <https://www.universalis.fr/>

## Sommaire des annexes

**Annexe I : Lettres de demande d'autorisation**

**Annexe II : Guide d'entretien**

**Annexe III : Outil d'enquête**

**Annexe IV : Tableaux de codage des résultats**

**Annexe V : Tableaux récapitulatifs**

Annexe N°1 : Lettres de demande d'autorisation

Mme Borie Claire  
7 clos saint Antoine  
13610 Le Puy sainte Réparate  
Tél :06.01.12.34.97

A l'attention du Mme CURNIER Véronique  
Directrice des soins de l'HPP

Le 18 Février 2020, au Puy sainte Réparate

Objet : Demande d'autorisation d'effectuer des entretiens auprès des infirmiers pour la réalisation d'un mémoire

Madame,

Étudiante infirmière en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'hôpital Nord (Marseille), je réalise mon mémoire de fin d'études sur le thème de la communication auprès de patients sédatisés en service de réanimation.

De ce fait, je vous sollicite ce jour pour vous demander l'accord d'effectuer des entretiens auprès d'infirmiers/ères travaillant au sein de votre établissement.  
Ces entretiens seront réalisés à des fins d'analyse.

Dans l'attente d'une réponse favorable, je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Claire BORIE.

OK



HOPITAL PRIVE DE PROVENCE  
RESSOURCES HUMAINES  
235, allée Nicolas de Staël  
CS 40620  
13595 Aix en Provence cedex 3  
303 589 055 - RCS Aix en Provence

Mme Borie Claire  
7 clos saint Antoine  
13610 Le Puy sainte Réparate  
Tél :06.01.12.34.97

A l'attention du directeur des soins du CHIAP

Le 18 Février 2020, au Puy sainte Réparate

Objet : Demande d'autorisation d'effectuer des entretiens auprès des infirmiers pour la réalisation d'un mémoire

Monsieur,

Étudiante infirmière en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'hôpital Nord (Marseille), je réalise mon mémoire de fin d'études sur le thème de la communication auprès de patients sédatisés en service de réanimation.  
De ce fait, je vous sollicite ce jour pour vous demander l'accord d'effectuer des entretiens auprès d'infirmiers/ères travaillant au sein de votre établissement.  
Ces entretiens seront réalisés à des fins d'analyse.

Dans l'attente d'une réponse favorable, je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Claire BORIE.

DIRECTION DES SOINS  
Centre Hospitalier du Pays d'Aix  
Centre Hospitalier Intercommunal Aix Pertuis  
M. AUBERT  
10 MARS 2020

Mme Borie Claire  
7 clos saint Antoine  
13610 Le Puy sainte Réparate  
Tél : 06.01.12.34.97

Monsieur le Directeur des soins  
HIA Laveran, Marseille

Le 10 Mars 2020, au Puy sainte Réparate

Objet : Demande d'autorisation d'effectuer des entretiens auprès des infirmiers pour la réalisation d'un mémoire

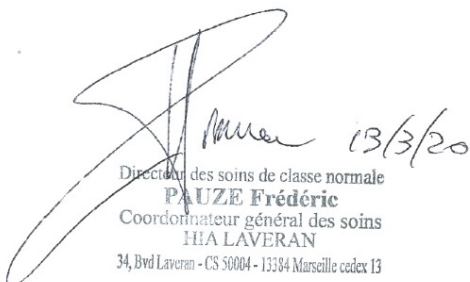
Monsieur,

Étudiante infirmière en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'hôpital Nord (Marseille), je réalise mon mémoire de fin d'études sur le thème de la communication auprès de patients sédatisés en service de réanimation. De ce fait, je vous sollicite ce jour pour vous demander l'accord d'effectuer des entretiens auprès d'infirmiers/ères travaillant au sein de votre établissement. Ces entretiens seront réalisés à des fins d'analyse.

Dans l'attente d'une réponse favorable, je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Claire BORIE.

  
13/3/20  
Directeur des soins de classe normale  
**PAUZE Frédéric**  
Coordonnateur général des soins  
HIA LAVERAN  
34, Bvd Laveran - CS 50004 - 13384 Marseille cedex 13

## Annexe N°II : Guide d'entretien semi-directif

1. Quel est votre parcours professionnel ?
2. Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en service de réanimation ?
3. Pouvez-vous expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?
4. Par quels moyens entrez-vous en relation avec ce patient ?
5. A quelles difficultés êtes-vous confrontées dans cette relation ?
6. Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti des patients sédatés ?
7. Que mettez-vous en œuvre pour palier au besoin de sécurité du patient ?
8. Si vous en avez la possibilité en termes de moyens, que proposeriez-vous pour améliorer la communication avec ces patients ?



## Annexe N°III : Outil d'enquête

Thèmes	Questions	Objectifs	Question de relance : reformulations possibles	Mots clés/concepts attendus
<b>Profil professionnel</b>	<p><u>Question n°1 :</u></p> <p>-Quel est votre parcours professionnel ?</p>	<p>Connaître l'expérience professionnelle en soins infirmiers pour savoir si cela peut influencer la prise en charge des patients, et voir si cela joue un rôle dans la problématique de mon étude</p>	<p>-Depuis combien de temps exercez-vous en service de réanimation ?</p>	<p>-Année du diplôme            -Différentes expériences et spécialités            -Formations supplémentaires            -Débutant            -Intermédiaire            -Expert            -Années d'expériences en service de réanimation :            - &lt; 1 an            - 1 an – 3 ans            - 3 – 10 ans            - &gt; 10 ans</p>
<b>Motivations pour ce poste</b>	<p><u>Question n°2 :</u></p> <p>-Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en service de réanimation ?</p>	<p>Identifier quelles sont les raisons qui ont poussé les infirmiers à travailler dans un service de réanimation</p>	<p>-Avez-vous choisi de travailler en service de réanimation ?</p>	<p>-Techniques médicales de pointe            -Service dit « fermé »            -Soins relationnels            -Travail en équipe pluridisciplinaire            -Travail en binôme            -Motivations personnelles            -Prise en charge d'un nombre réduit de patient            -Diversité des soins            -Absence de routine            -Organisation des soins            -Urgence des soins            -Prise en charge globale            -Absence de relation</p>

<p><b>La prise en soins d'un patient sédaté</b></p>	<p><u>Question n°3 :</u> -Pouvez-vous expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?</p>	<p>Identifier la perception qu'ont les infirmiers d'un patient sédaté pour connaître leur prise en charge</p>	<p>-Comment percevez-vous un patient sédaté ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pronostic vital engagé</li> <li>-Patient intubé, ventilé, sédaté</li> <li>-Le patient ne peut communiquer</li> <li>-Techniques de suppléance d'organes</li> <li>-Présence de beaucoup de machines autour</li> <li>-Dépendance aux soignants</li> <li>-Les nombreux besoins physiques et psychologiques (dus à des angoisses, du stress, dépression...) sont identifiés</li> </ul>
<p><b>Les moyens d'entrée en relation</b></p>	<p><u>Question n°4 :</u> -Par quels moyens entrez-vous en relation avec ce patient ?</p>	<p>Identifier les moyens de communication que déploient les infirmiers face à ces patients</p>	<p>-Comment communiquez-vous avec un patient sédaté ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication verbale</li> <li>-Communication non verbale : toucher (toucher relationnel), gestes, mimiques, regard...</li> <li>-Juste proxémie</li> <li>-Posture</li> <li>-A l'écoute</li> <li>-Musicothérapie</li> <li>-Mémoire olfactive</li> </ul>
<p><b>Les difficultés de communication</b></p>	<p><u>Question n°5 :</u> -A quelles difficultés êtes-vous confrontés dans cette relation ?</p>	<p>Identifier les difficultés de communication avec un patient sédaté pouvant entraver une relation de soins pour pouvoir améliorer la communication</p>	<p>-Quels sont les difficultés que vous rencontrez lors de la communication avec un patient sédaté ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication unidirectionnelle, monologue</li> <li>-Sédation avec intubation oro-trachéale</li> <li>-Le fait de ne pas avoir la certitude que le patient sédaté entend</li> <li>-Le soignant n'exprime pas de difficultés à entrer en relation avec le patient sédaté</li> </ul>

<b>Le ressenti des patients</b>	<u>Question n°6 :</u> -Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti de ces patients ?	Identifier les ressources des infirmiers pour apprécier le vécu du patient	-Comment évaluez-vous le vécu des patients ?	-Différentes échelles d'évaluation de la douleur, BPS -Différents scores : RASS, Ramsay, ATICE, SAS -Observation clinique
<b>Le besoin de sécurité du patient</b>	<u>Question n°7 :</u> -Que mettez-vous en œuvre pour palier au besoin de sécurité du patient ?	Connaître l'importance qu'accorde les infirmiers à ce besoin et identifier leurs stratégies	-Comment rassurez-vous les patients sédatisés ?	-Présence des proches -Communication (verbale/non verbale) -Informer le patient -Relation de confiance avec le soignant -Diminution du bruit -Limitation des sources de lumière la nuit -Accès aux croyances religieuses -Objets personnels en chambre -Musicothérapie -Mémoire olfactive
<b>Proposition de moyens de communication</b>	<u>Question n°8 :</u> -Si vous en avez la possibilité en termes de moyens, que proposeriez-vous pour améliorer la communication avec ces patients ?	Identifier les possibilités de communication que déploieraient les soignants pour développer et maintenir une relation soignant/soigné	-Pouvez-vous proposer d'autres techniques dans le but de communiquer avec les patients ?	-Le soignant exprime d'autres propositions que celles déjà cités

## Annexe N°IV : Tableaux de codage des résultats

### IDE 1

Questions	Attendus	Unités de sens (mots, thèmes)	Inattendus	Unité de sens
<b>Question n°1</b> Quel est votre parcours professionnel ?	-Deux ans de réanimation polyvalente suite à la formation à l'IFSI	-Jeune infirmier -Compétent en service de réanimation		
<b>Question n°2</b> Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en service de réanimation ?	-Urgence -Gestion de la pathologie aïgue -Soins techniques -Passion	-Gestion de l'urgence  -Soins techniques -Motivation personnelle	-Le côté relationnel avec les familles	-Relationnel avec les familles
<b>Question n°3</b> Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?	-L.45-49 : « c'est un patient ...mêmes besoins » -L.49-50 : « c'est à nous en tant que soignant...de remarquer »  -Présence d'une sonde d'intubation dans la bouche -L.63-64 : « un besoin relationnel...de le rassurer » -L.73-74 : « il y a les machines	-Besoins physiques et psychiques -Dépendance aux soignants  -Frein à la communication -Soins relationnels  -Présence de		

	autour de nous, il y a un contexte particulier, il y a le scope qui sonne »	machines -Service spécifique		
<b>Question n°4</b>  Par quels moyens entrez-vous en relation avec un patient sédaté ?	-L.79-83 : « il m'arrive de parler à des patients qui sont sédatés même si je n'ai pas de réponse...de dire ce que je vais faire, d'expliquer...ça doit me faire du bien à moi aussi de le dire » -L.83-84 : « ou alors avec le toucher » -L.96-98 : « mettre face à la personne et à lui expliquer dans le regard qu'est-ce qu'elle fait là, qui je suis, ce que je vais lui faire »	-Communication verbale  -Communication non verbale : -le toucher -la posture -le regard		
<b>Question n°5</b>  A quelles difficultés êtes-vous confrontés dans cette relation ?	-L.108-109 : Pas de retour sur les modes de communication	-Communication unidirectionnelle	-L.90-91 : « le toucher, c'est pas forcément bienvenu » -L.93-95 : « Ça m'est déjà arrivé...un geste de rejet » -L.103-104 : « c'est frustrant...on n'a pas forcément de retour »	-Rejet du toucher par le patient  -Frustration devant l'absence de réponse
<b>Question n°6</b>  Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti de ces patients ?	-L.116 : « On a toute la clinique, un patient qui grimace... » L.139 : « Le froncement des sourcils » -L.126-127 : « pour la sédation on utilise une échelle, pour la	-Observation clinique  -Scores et échelles d'évaluation (RASS)	-L.118 : « Tachycardie » -L.138 : « Hypertension » -L.119 : « une part d'instinct infirmier, du flair infirmier » -L.140-141 : « il y a les réflexes quand on mobilise	-Retentissement hémodynamique  -Instinct infirmier

	<p>douleur on utilise une échelle » -L.131 : le RASS</p>		<p>un patient... peut- être qu'il a mal »</p>	<p>-Réflexes du patient</p>
<p><b>Question n°7</b></p> <p>Que mettez-vous en œuvre pour palier au besoin de sécurité du patient ?</p>	<p>-L.148-153 : « j'explique beaucoup, ce qu'il lui est arrivé... je lui explique toutes les machines qu'il a autour de lui » -L.156-158 : « le fait de rassurer, d'expliquer...ça peut rassurer un patient... un sentiment de sécurité » -L.158-159 : « mettre la musique au patient » -L.162-165 : « demander à la famille de ramener des choses... qui rendent le patient sécurise aussi. » -L.204-207 : « mais on n'utilise pas voilà l'odorat...avec les odeurs peut-être du patient » -L.188-189 : « chez certains patients quand il y a la famille, c'est plus facile » -L.196 : « Ça peut être rassurant »</p>	<p>-Informations et explications au patient</p> <p>-Musicothérapie</p> <p>-Objets personnels en chambre</p> <p>-Mémoire olfactive</p> <p>-Présence des proches</p>	<p>-L.160-161 : « parler de la famille au patient pour le rassurer, pour dire qu'il y a ses proches avec lui »</p>	<p>-Citer les proches lors d'une communication avec un patient</p>
<p><b>Question n°8</b></p> <p>Si vous en avez la possibilité en termes de moyens, que proposeriez-vous pour améliorer la</p>			<p>-L.202-204 : « je pense qu'on n'utilise pas tous les sens du patient en réanimation...mais on n'utilise pas l'odorat » -L.205-207 : « cibler ce que le patient aimait comme odeur...d'huiles essentielles,</p>	<p>-Aromathérapie</p>

communication avec ces patients ?			de l'aromathérapie »	
-----------------------------------	--	--	----------------------	--

IDE 2

Questions	Attendus	Unités de sens (mots, thèmes)	Inattendus	Unité de sens
<b>Question n°1</b> Quel est votre parcours professionnel ?	-Diplômée depuis 17 ans -Environ 7 ans en service de réanimation	-Infirmière experte -Grande expérience en service de réanimation		
<b>Question n°2</b> Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en service de réanimation ?	-Soins techniques -Travail d'équipe -Binôme AS/IDE -L.15 : « entraide »	-Soins techniques -Travail en équipe pluridisciplinaire		
<b>Question n°3</b> Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?	-L.34 : « un soin de bouche ou un soin de sonde » « je vais le prévenir avant de faire le soin » -L.41-42 : « j'explique les choses, comme s'il n'était pas sédaté »	-Dépendance aux soignants -Soins spécifiques  -Informations et explications au patient		
<b>Question n°4</b>	-L.62 : « au départ par la parole...en me présentant »	-Communication verbale		



<p>Par quels moyens entrez-vous en relation avec un patient sédaté ?</p>	<p>-L.65-66 : « par le toucher aussi... je vais lui demander serrer moi la main...pour voir justement s'il entend -L.68-72 : « les soins préventifs d'escarres...c'est quand même de la communication, c'est un soin ...je pense que ça reste aussi de la communication par le toucher. »</p>	<p>-Communication non-verbale : le toucher</p>		
<p><b>Question n°5</b> A quelles difficultés êtes-vous confrontés dans cette relation ?</p>	<p>-L.84 : « Pas du tout, au contraire » -L.85-88 : « je vais quand même expliquer mes soins...mais...je trouve que... j'arrive mieux à me concentrer si le patient ne me parle pas en même temps » -L.92 : « ça enlève une charge mentale » -L.94 : « je ne rencontre pas de difficultés »</p>	<p>-N'exprime pas de difficultés pour communiquer avec le patient</p>		
<p><b>Question n°6</b> Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti de ces patients ?</p>	<p>-L.102-103 : « je vais regarder s'il grimace pendant les soins, s'il serre les dents »</p>	<p>-Observation clinique</p>	<p>-L.104-107 : « la tension s'emballe...le pouls s'emballe ...c'est des choses qu'on va regarder et qui vont me donner des indices...sur sa sédation, et sur son confort, pour voir s'il est bien...angoissé »</p>	<p>-Retentissement hémodynamique</p>

			-L. 109 : « la communication verbale quand il sera réveillé »	-Communication verbale lors du réveil
<p><b>Question n°7</b></p> <p>Que mettez-vous en œuvre pour palier au besoin de sécurité du patient ?</p>	<p>-L.170-172 : « leur dire...même quand la famille arrive »</p> <p>-L. 189 : « Éventuellement le toucher...quand on va les tourner »</p> <p>-L.191 : « je dirai plus la parole »</p>	<p>-Information au patient</p> <p>-Communication non-verbale : le toucher</p> <p>-Communication verbale</p>	<p>-L.149-152 : « il faut toujours les resituer au niveau temporo-spatial...le patient...peut s'angoisser...il est dans l'insécurité parce qu'il ne sait pas où il est...on perd tellement la notion du temps quand on dort »</p> <p>-L.174-175 : « c'est vraiment bien de resituer systématiquement les choses »</p> <p>-L.183-186 : « si vraiment ils sont agités...on va utiliser...les moyens médicamenteux » ( « Haldol®, Valium®, Atarax®, Tranxène® » )</p>	<p>-Orientation temporo-spatiale</p> <p>-Thérapeutiques médicamenteuses</p>
<p><b>Question n°8</b></p> <p>Si vous en avez la possibilité en termes de moyens, que proposeriez-vous pour améliorer la communication avec</p>	<p>-L.199-200 : « je dis toujours aux familles de leur amener par exemple de la musique »</p> <p>-L.208-209 : « je pense que si on pouvait mettre en place la musique, ce serait quand même mieux »</p> <p>-L.212-214 : « mettre une</p>	-Musicothérapie	<p>-L.216-217 : « faire venir les animaux...les animaux de compagnie »</p> <p>-L.225-226 : « je pense qu'il faudrait travailler avec la musique et les animaux. »</p> <p>-L.233-234 : « plus ça va et moins on peut prendre le</p>	<p>-Zoothérapie</p> <p>-Organisation du travail et charge de travail</p>

<p>ces patients ?</p>	<p>musique qui les calme, qui les détendent...des bruits de la nature...ça pourrait...leur faire du bien » -L.215 : « musicothérapie »</p>		<p>temps...quelque chose qui pourrait détendre et rassurer les patients, c'est si on avait le temps » -L.250-251 : « j'aimerais qu'on prenne plus de temps, qu'on ait plus de temps » -L.247-248 : « faire venir un kiné pour un massage... quelque chose qui...détend »</p>	<p>-Intervention d'un masseur-kinésithérapeute</p>
-----------------------	--	--	--	--

### IDE 3

<b>Questions</b>	<b>Attendus</b>	<b>Unités de sens (mots, thèmes)</b>	<b>Inattendus</b>	<b>Unité de sens</b>
<b>Question n°1</b>  Quel est votre parcours professionnel ?	-Diplômé depuis 6 ans -4 ans en service de réanimation	-Infirmier performant -Expérience confirmée en service de réanimation		
<b>Question n°2</b>  Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en service de réanimation ?	-Soins techniques -Multiplicité des soins -Concentré de soins infirmiers en un seul service -Binôme AS/IDE -Importance du rôle de l'aide-soignant	-Soins techniques -Diversité des soins -Travail en équipe pluridisciplinaire		
<b>Question n°3</b>  Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?	-L.32 : « état critique du patient » -L.38 : « soins spécifiques » -L.39 : « soins vitaux...pas...uniquement des soins d'hygiène et de confort » -L.43-44 : « côté vital des soins...ce ne sont pas des soins d'entretien » -L.45-46 : « la prise en charge	-Pronostic vital engagé -Soins spécifiques et vitaux  -Prise en charge	-L.53-54 : « plan de soin à suivre...établit par le corps médical et aussi en accord avec le corps paramédical »	-Prise en charge médicale et paramédicale

	<p>est très différente de celle que tu peux retrouver en service, mais pas que sur le plan technique, aussi sur le plan de la communication »</p> <p>-L.47-48 : « il est sédaté...tu es toujours obligé de t'adapter à ton patient »</p> <p>-L.50 : « aucun retour possible, verbal »</p> <p>-L.56 : « pas de retour verbal de la part de ton patient »</p>	<p>spécifique</p> <p>-Adaptation de sa communication au patient</p> <p>-Le patient ne peut communiquer</p> <p>-Communication unidirectionnelle</p>		
<p><b>Question n°4</b></p> <p>Par quels moyens entrez-vous en relation avec un patient sédaté ?</p>	<p>L.126-128 : « j'utilisais la communication verbale...c'est un être humain...pas juste un objet de soins »</p> <p>L.138-140 : « tu as le toucher en réanimation, sur tous les soins et particulièrement sur les soins d'hygiène et de confort »</p>	<p>-Communication verbale</p> <p>-Communication non-verbale : le toucher</p>	<p>-L.130-131 : « pour moi, pour normaliser un peu la situation et avoir l'impression de rester humain dans mon soin, j'avais besoin de communiquer avec quelqu'un »</p> <p>-L.149-153 : « le temps que l'organisation des soins va te laisser accorder à ce patient...il y a plusieurs patients à gérer en réanimation...c'est la convergence de plusieurs facteurs qui fait que tu as l'impression d'arriver à communiquer ou pas avec ton patient.</p>	<p>-Utilisation de la communication verbale aussi pour son bien-être et le respect de ses valeurs</p> <p>-Organisation des soins : le temps accordé au patient</p>

<p><b>Question n°5</b></p> <p>A quelles difficultés êtes-vous confrontés dans cette relation ?</p>			<p>-L.50-53 : « tu as aucun retour possible, verbal en tous cas... tu te sens parfois un petit peu seul... tu peux être même frustré parce que, il n'est pas là pour te dire si ce que tu fais, ça lui fait du bien ou pas »</p> <p>-L.93-94 : « le verbal...celle-là t'en es privé, donc c'est une première barrière...ça peut mettre en échec »</p> <p>-L.105-106 : « tu effectues des soins tous les jours sans avoir de retours dessus, par le principal intéressé »</p> <p>-L.114-115 : « est-ce qu'il accepterait tous les soins...qu'on effectue jour après jour...sur lui »</p> <p>-L.116-121 : « si ça se trouve, s'il était conscient...tu n'aurais pas son accord pour effectuer la moitié des soins que tu effectues sur lui... tu peux te demander si quelque part sans le savoir, et sans le vouloir, tu es pas dans la</p>	<p>-Frustration devant le non-retour du patient notamment sur la qualité des soins fournis</p> <p>-Difficultés ressenties face au questionnement de l'acceptation des soins par le patient</p>

			maltraitance...quand tu réfléchis...ça peut...te faire peur, te freiner dans les soins et te mettre un peu en échec...dans ta prise en charge».	
<p><b>Question n°6</b></p> <p>Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti de ces patients ?</p>	<p>-L.197-199 : « ceux qui sont sédatisés et pas curarisés, certains vont se raidir un petit peu pendant des soins, sur des sédations légères. »</p> <p>-L.214-215 : « échelles d'évaluation de la conscience sur des patients sédatisés...avec le BIS. »</p>	<p>-Observation clinique</p> <p>-Échelles d'évaluation et moyens matériels (BIS)</p>	<p>-L.174-176 : « tout soubresaut hémodynamique, forcément dans ta vie de tous les jours c'est sous le coup d'une émotion »</p> <p>-L.178-179 : « son instabilité physiologique...va de pair avec un ressenti émotionnel »</p> <p>-L.188-189 : « par rapport au scope. Le scope c'est...un peu le miroir de l'âme »</p> <p>-L.190-194 : « t'as des amplitudes énormes au niveau tensionnel...au niveau du pouls...ça traduit des émotions...soit de peur, soit des émotions positives, soit des émotions négatives. »</p> <p>-L.199-200 : « T'en as d'autres qui vont avoir des larmes qui vont couler, donc là forcément tu fais le rapport</p>	<p>-Retentissement hémodynamique</p> <p>-Les paramètres vitaux sur le scope</p> <p>-Présence de larmes</p>





			faire un peu en sorte qu'il soit connecté à la réalité et qu'il ait des repères... comme s'il était pas...sédaté ».	spatio-temporaux
<p><b>Question n°8</b></p> <p>Si vous en avez la possibilité en termes de moyens, que proposeriez-vous pour améliorer la communication avec ces patients ?</p>	<p>-L.295-296 : « lui passer des musiques qu'il aime bien »</p> <p>-L.299-300 : « un parfum, des odeurs...tout ce qu'ils vont utiliser chez eux, des huiles essentielles »</p> <p>-L.293-294 : « plus se renseigner auprès de sa famille, de ses proches sur ses habitudes de vie »</p> <p>-L.296 : « pouvoir lui parler un petit peu de lui »</p>	<p>-Musicothérapie</p> <p>-Mémoire olfactive</p> <p>-Communication basée sur la vie du patient</p>	<p>-L.273-274 : « changer moins souvent de soignant, peut-être dédier des soignants à des patients »</p> <p>-L.279-281 : « c'est peut-être mieux qu'il n'y ait pas trop de changements...pour le patient, ça peut être une perte vécue par lui comme une perte de repère. »</p> <p>-L.285-287 : « plus d'infirmiers, de soignants... dans les services de réanimation, pour que la prise en charge soit plus individualisée</p> <p>-L.288-289 : « plus de temps à passer auprès du patient pour effectuer nos soins et pour lui parler aussi... réduire le nombre de patients par soignants. »</p> <p>-L.304-306 : « organiser les soins...de manière où les proches puissent venir plus souvent, d'entendre plus</p>	<p>-Attirer des soignants à des patients pour éviter une perte de repères</p> <p>-Plus de personnels soignants pour améliorer la prise en charge</p> <p>-Réduire la charge de travail</p> <p>-Organisation des soins pour faciliter la présence de la famille</p>

			souvent la voix de ses proches »	
--	--	--	----------------------------------	--

#### IDE 4

Questions	Attendus	Unités de sens (mots, thèmes)	Inattendus	Unité de sens
<b>Question n°1</b> Quel est votre parcours professionnel ?	-Diplômée depuis un an -Un an en service de réanimation + deux stages lors de la formation à l'IFSI	-Infirmière novice -Débutante en réanimation		
<b>Question n°2</b> Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en service de réanimation ?	-L.12 : « peur de m'ennuyer en service conventionnel » -L.16 : « jamais faire la même chose »	-Diversité et variété des soins -Absence de routine		
<b>Question n°3</b> Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?	-L.36 : « on leur parle, on leur dit ce qu'on va faire, c'est normal »	-Informations et explications au patient	-L.37-38 : « ça reste pour nous des patients comme les autres » -L.38-40 : « la prise en charge c'est la même, appart qu'elle est un peu plus lourde, et qu'on est plus pour faire les soins. » -L.73-74 : « après un patient sédaté,...il est plus en pleine	-Pas de particularités  -Prise en charge plus lourde  -Absence de conscience du patient

			possession de sa conscience »	
<p><b>Question n°4</b></p> <p>Par quels moyens entrez-vous en relation avec un patient sédaté ?</p>	<p>-L.42 : « La parole, on parle avec eux, on leur raconte. »</p> <p>-L.45-48 : « quand on va leur faire une prise de sang, on leur dit qu'on va les piquer, on leur dit au moment où on pique, on leur parle normalement. On leur dit bonjour le matin, on leur dit quand on allume les lumières...même s'ils sont sédatés »</p>	<p>-Communication verbale</p>	<p>-L.53-54 : « j'avoue que nous, on n'essaye pas trop de communiquer avec eux...toute la journée pour savoir comment ils vont »</p> <p>-L.64-65 : « ici on ne pratique pas de toucher pour rassurer, ou de toucher détente »</p> <p>-L.66-68 : « on a toujours du travail, on n'a pas le temps ...de s'occuper du patient à ce point-là quoi. Au niveau de la communication. »</p>	<p>-Le soignant n'utilise pas d'autres modes de communication pour diverses raisons dont une charge de travail importante</p>
<p><b>Question n°5</b></p> <p>A quelles difficultés êtes-vous confrontés dans cette relation ?</p>	<p>-L.72 : « c'est un dialogue à sens unique »</p> <p>-L.90-91 : « Pour moi la plus grosse difficulté, c'est qu'il n'est pas là en fait, il est endormi »</p>	<p>-Communication unidirectionnelle</p> <p>-Sédation du patient</p>	<p>-L.71 : « on ne communique pas en fait avec le patient sédaté »</p> <p>-L.75-76 : « les soins sont prescrits, on les fait, on ne lui demande pas son avis, donc il n'y a pas de difficultés en soi. Il ne peut pas refuser un soin »</p> <p>-L.80-83 : « c'est le principe de la réanimation...on fait les soins qui sont nécessaires à leur sauver la vie...ça ne me pose pas de problème du tout, qu'ils ne me répondent pas. »</p>	<p>-Le soignant exprime son point de vue sur la communication avec un patient sédaté : absence de communication</p> <p>-Pas de refus de soin possible</p> <p>-Soins vitaux empêchant des formes de communication, inhérents à la réanimation</p> <p>-Absence de difficulté de communication</p>

<p><b>Question n°6</b></p> <p>Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti de ces patients ?</p>	<p>-L.117-118 : « on a des appareils qui nous montrent...les réactions du patient donc le niveau de sédation » -L.123 : « Le TOF et le BIS »</p>	<p>-Moyens matériels (TOF, BIS)</p>	<p>-L.118-120 : « les larmes, les réponses motrices du patient, un patient qui est mal sédaté, il va bouger...on va le savoir par ses réactions physiques »</p>	<p>-Présence de larmes -Réflexes du patient -Réponses motrices</p>
<p><b>Question n°7</b></p> <p>Que mettez-vous en œuvre pour palier au besoin de sécurité du patient ?</p>	<p>-L.137-136 : « on explique toujours au patient ce qu'on fait, en tous cas du moins pour ma part. » -L.143 : « dès qu'on touche au patient, on lui dit »</p>	<p>-Information et explication au patient -Communication verbale</p>		
<p><b>Question n°8</b></p> <p>Si vous en avez la possibilité en termes de moyens, que proposeriez-vous pour améliorer la communication avec ces patients ?</p>			<p>-L.160-161 : « Franchement, je n'ai même pas d'idées car pour moi le patient sédaté, il n'est pas là quoi » -L.169-172 : « nous on s'imagine en fait qu'ils ne nous entendent pas...qu'ils ne sentent pas, qu'ils n'ont pas mal...parce qu'ils sont sédatés...curarisés...je pense que c'est aussi pour nous protéger...psychologiquement » -L.177 : « chacun a ses</p>	<p>-Le soignant n'est pas convaincu que d'autres formes de communication soient possibles -Le soignant préfère imaginer que le patient n'entend pas (bien-être du soignant)</p>

			<p>croyances vis-à-vis de ça »</p> <p>-L.178 : « à notre niveau on n'a rien pour le prouver »</p> <p>-L.180-182 : « on fait des soins invasifs...c'est peut-être plus sympa de penser qu'ils n'ont pas mal...sinon c'est dur psychologiquement pour nous de travailler en réanimation tous les jours »</p> <p>-L.164-167 : « j'imagine qu'il y en a qui travaille sur des ordinateurs qui ferait que...tu pourrais savoir si le patient est assez conscient pour avoir une réponse nerveuse, je pense...si je devais imaginer un truc utopiste ».</p>	<p>-Le soignant imagine une création d'appareils par des chercheurs</p>
--	--	--	---	---

## IDE 5

Questions	Attendus	Unités de sens (mots, thèmes)	Inattendus	Unité de sens
<p><b>Question n°1</b></p> <p>Quel est votre parcours professionnel ?</p>	<p>-Diplômée depuis un an -Un an d'expérience en service de réanimation et un stage pré-professionnel</p>	<p>-Infirmière novice -Débutante en réanimation</p>		
<p><b>Question n°2</b></p> <p>Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en service de réanimation ?</p>	<p>-L.6-7 : « d'être au contact de patients avec une grosse prise en charge » -L.7 : « le fait qu'on ait pas beaucoup de patients » -L.8 : « le travail en binôme avec l'aide-soignante »</p>	<p>-Soins spécifiques et « lourds »  -Prise en charge d'un nombre réduits de patients -Travail en binôme AS/IDE</p>		
<p><b>Question n°3</b></p> <p>Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?</p>	<p>-L.13-14 : « des soins autant techniques que relationnels même si le patient, il est sédaté, intubé, ventilé. » -L.15 : « soins très intrusifs » -L.16 : « il faut vraiment lui parler à travers la sédation »</p>	<p>-Soins relationnels -Soins techniques et invasifs -Informations et explications au patient</p>		
<p><b>Question n°4</b></p> <p>Par quels moyens</p>	<p>-L.18-20 : « autant par la parole...je vais énormément parler avec lui, lui dire tous les</p>	<p>-Communication verbale -Communication non-</p>		

entrez-vous en relation avec un patient sédaté ?	soins que je vais lui faire...même me présenter » -L.21-23 : « aussi par le toucher, le toucher c'est très très important chez les patients sédatés...c'est vraiment ce qu'ils ressentent le plus »	verbale : le toucher		
<b>Question n°5</b>  A quelles difficultés êtes-vous confrontées dans cette relation ?			-L.26-27 : « on a énormément de difficulté parce qu'on se demande toujours si ce que l'on fait c'est assez bien » -L.29-30 : « c'est à nous d'en déduire ses besoins... Ça va être ça le plus difficile » -L.37-39 : « C'est très frustrant surtout quand...on va lui parler, et qu'au niveau ...des paramètres vitaux tout va s'emballer et on ne comprend pas vraiment ce qu'ils ont, ce qu'ils veulent »	- Frustration devant le non-retour du patient notamment sur la qualité des soins fournis -Repérage des besoins du patient  -Incompréhension devant certaines manifestations du patient
<b>Question n°6</b>  Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti de ces patients ?	-L.55-57 : « chez un patient qui est plutôt RASS -1, -2, ça va être ...le faciès, tous ces traits, au niveau des mains...la position de ses bras, de ses jambes, ça va vraiment nous aider. »	-Observation clinique	-L.44-45 : « ça peut être une source de stress le soin qu'on va lui faire, on voit forcément la fréquence cardiaque qui augmente, la tension qui augmente. » -L.51-54 : « Chez un patient	-Retentissement hémodynamique  -L'IDE exprime la difficulté

			...à RASS -5, ça va être très compliqué parce que même si le faciès peut transmettre quelque chose, le but c'est qu'il ne transmette rien...c'est à nous d'en déduire, d'anticiper tout ce qu'il pourrait éventuellement ressentir. »	à percevoir les ressentis des patients à un stade profond de sédation -Dédution : instinct infirmier
<p><b>Question n°7</b></p> <p>Que mettez-vous en œuvre pour palier au besoin de sécurité du patient ?</p>	<p>-L.65 : « le fait qu'on soit présent constamment »</p> <p>-L.65-66 : « baisser tous les volumes...toutes les lumières. »</p> <p>-L.85-87 : « qu'il y a certaines familles qui sont...dans l'accompagnement, dans la parole, donc...les patients se sentent rassurés d'être accompagnés par...leurs proches. »</p>	<p>-Présence des soignants</p> <p>-Limitation du bruit et des sources de lumière</p> <p>-Présence des familles</p>		
<p><b>Question n°8</b></p> <p>Si vous en avez la possibilité en termes de moyens, que proposeriez-vous pour améliorer la communication avec ces patients ?</p>	<p>-L.101-102 : « tout ce qui est...au niveau de l'accompagnement du bruit, des lumières »</p>	<p>-Limitation du bruit et des sources de lumière</p>	<p>-L.103-104 : « médecines alternatives...sophrologie, hypnose »</p>	<p>-Mise en place de médecines alternatives telles que l'hypnose et la sophrologie.</p>



## Annexe N°V : Tableaux récapitulatifs

### Tableau des attendus

Questions	Unités de sens (mots, thèmes) attendus	Catégorisation
<b>Question n°1</b>  Quel est votre parcours professionnel ?	<b>IDE 1 :</b> -Jeune infirmier, compétent <b>IDE 2 :</b> -Infirmière experte, grande expérience en réanimation <b>IDE 3 :</b> -Infirmier performant, expérience confirmée en service de réanimation <b>IDE 4, IDE 5 :</b> -Infirmière novice -Débutante en réanimation	-Expériences professionnelles variables -Ancienneté du diplôme
<b>Question n°2</b>  Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en service de réanimation ?	<b>IDE 1 :</b> -Gestion de l'urgence -Motivation personnelle <b>IDE 1, IDE 2, IDE 3 :</b> -Soins techniques <b>IDE 2, IDE 3 :</b> -Travail en équipe pluridisciplinaire <b>IDE 3 :</b> -Diversité des soins <b>IDE 4 :</b> -Diversité et variété des soins -Absence de routine <b>IDE 5 :</b> -Soins spécifiques et « lourds » -Prise en charge d'un nombre réduits de patients -Travail en binôme AS/IDE	-Gestion de l'urgence -Diversité et variété des soins -Travail d'équipe pluridisciplinaire -Prise en charge

<p><b>Question n°3</b></p> <p>Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoins physiques et psychiques</li> <li>-Présence de machines</li> <li>-Service spécifique</li> <li>-Dépendance aux soignants</li> <li>-Frein à la communication</li> <li>-Soins relationnels</li> </ul> <p><b>IDE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Soins spécifiques</li> <li>-Informations et explications au patient</li> <li>-Dépendance aux soignants</li> </ul> <p><b>IDE 3 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Soins spécifiques et vitaux</li> <li>-Prise en charge spécifique</li> <li>-Adaptation de sa communication au patient</li> <li>-Le patient ne peut communiquer</li> <li>-Communication unidirectionnelle</li> </ul> <p><b>IDE 4 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Informations et explications au patient</li> </ul> <p><b>IDE 5 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Soins relationnels</li> <li>-Soins techniques et invasifs</li> <li>-Informations et explications au patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prise en charge spécifique</li> <li>-Diversité et variété des soins (techniques, invasifs)</li> <li>-Différents types de communication</li> <li>-Communication unidirectionnelle</li> <li>-Soins relationnels</li> </ul>
<p><b>Question n°4</b></p> <p>Par quels moyens entrez-vous en relation avec un patient sédaté ?</p>	<p><b>IDE 1, IDE 2, IDE 3, IDE 5 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication verbale</li> <li>-Communication non verbale : le toucher</li> </ul> <p><b>IDE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La posture</li> <li>-Le regard</li> </ul> <p><b>IDE 4 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication verbale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication verbale et non-verbale</li> </ul>
<p><b>Question n°5</b></p> <p>A quelles difficultés êtes-vous confrontées dans cette relation ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication unidirectionnelle</li> </ul> <p><b>IDE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N'exprime pas de difficultés pour communiquer avec le patient</li> </ul> <p><b>IDE 3 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><b>IDE 4 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication unidirectionnelle</li> <li>-Sédation du patient</li> </ul> <p><b>IDE 5 : -</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication unidirectionnelle</li> <li>-Pas de difficultés</li> <li>-Patient sédaté</li> </ul>
<p><b>Question n°6</b></p>	<p><b>IDE 1 :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observation clinique</li> </ul>

<p>Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti de ces patients ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observation clinique</li> <li>-Scores et échelles d'évaluation</li> <li><b>IDE 2</b></li> <li>-Observation clinique</li> <li><b>IDE 3 :</b></li> <li>-Observation clinique</li> <li>-Moyens matériels et échelles d'évaluation</li> <li><b>IDE 4 :</b></li> <li>-Moyens matériels (TOF, BIS)</li> <li><b>IDE 5 :</b></li> <li>-Observation clinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Moyens matériels</li> </ul>
<p><b>Question n°7</b></p> <p>Que mettez-vous en œuvre pour palier au besoin de sécurité du patient ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>IDE 1 :</b></li> <li>-Musicothérapie</li> <li>-Objets personnels en chambre</li> <li>-Mémoire olfactive</li> <li>-Présence des proches</li> <li>-Informations et explications au patient</li> <li><b>IDE 2, IDE 3 :</b></li> <li>-Communication non-verbale : le toucher</li> <li>-Communication verbale (réassurance)</li> <li>-Informations et explications au patient</li> <li><b>IDE 4 :</b></li> <li>-Information et explication au patient</li> <li>-Communication verbale</li> <li><b>IDE 5 :</b></li> <li>-Présence des soignants</li> <li>-Limitation du bruit et des sources de lumière</li> <li>-Présence des proches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication</li> <li>-Les sens (odorat, ouïe : musicothérapie)</li> <li>-Présence d'objets personnels</li> <li>-Importance des proches</li> <li>-Présence du personnel soignant</li> <li>-Limitations des agressions (bruits, lumières)</li> </ul>
<p><b>Question n°8</b></p> <p>Si vous en avez la possibilité en termes de moyens, que proposeriez-vous pour améliorer la communication avec ces patients ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>IDE 1 : -</b></li> <li><b>IDE 2 :</b></li> <li>-Musicothérapie</li> <li><b>IDE 3 :</b></li> <li>-Musicothérapie</li> <li>-Mémoire olfactive</li> <li>-Communication basée sur la vie du patient</li> <li><b>IDE 4 : -</b></li> <li><b>IDE 5 :</b></li> <li>-Limitation du bruit et des sources de lumière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Musicothérapie</li> <li>-Communication</li> <li>-Odorat</li> <li>-Limitation des agressions</li> </ul>

### Tableau des inattendus

Questions	Unités de sens (mots, thèmes) inattendus	Catégorisation
<p><b>Question n°1</b></p> <p>Quel est votre parcours professionnel ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b> -  <b>IDE 2 :</b> -  <b>IDE 3 :</b> -  <b>IDE 4 :</b> -  <b>IDE 5 :</b> -</p>	
<p><b>Question n°2</b></p> <p>Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en service de réanimation ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b>            -Relationnel avec les familles  <b>IDE 2 :</b> -  <b>IDE 3 :</b> -  <b>IDE 4 :</b> -  <b>IDE 5 :</b> -</p>	<p>-Prise en charge des familles</p>
<p><b>Question n°3</b></p> <p>Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots la prise en soins d'un patient sédaté ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b> -  <b>IDE 2 :</b> -  <b>IDE 3 :</b>            -Prise en charge médicale et paramédicale  <b>IDE 4 :</b>            -Pas de particularités            -Prise en charge plus lourde            -Absence de conscience du patient  <b>IDE 5 :</b> -</p>	<p>-Conscience du patient            -Non-spécificité            -Prise en charge médicale et paramédicale</p>
<p><b>Question n°4</b></p> <p>Par quels moyens entrez-vous en relation avec un patient sédaté ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b> -  <b>IDE 2 :</b> -  <b>IDE 3 :</b>            -Utilisation de la communication verbale aussi pour son bien-être et le respect de ses valeurs            -Organisation des soins : le temps accordé au patient  <b>IDE 4 :</b>            -Le soignant n'utilise pas d'autres modes de communication pour diverses raisons dont une charge de travail importante  <b>IDE 5 :-</b></p>	<p>-Bien-être du soignant            -Organisation des soins : manque de temps</p>
<p><b>Question n°5</b></p> <p>A quelles difficultés êtes-vous confrontées dans cette relation ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b>            -Rejet du toucher par le patient            -Frustration devant l'absence de réponse  <b>IDE 2 :</b> -</p>	<p>-Refus de soins            -Émotions du soignant : frustration            -Absence de communication            -Questionnement sur ses</p>

	<p><b>IDE 3 :</b>          -Difficultés ressenties face au questionnement de l'acceptation des soins par le patient          -Frustration devant le non-retour du patient notamment sur la qualité des soins fournis</p> <p><b>IDE 4 :</b>          -Le soignant exprime son point de vue sur la communication avec un patient sédaté : absence de communication          -Absence de difficulté de communication          -Pas de refus de soin possible          -Soins vitaux empêchant des formes de communication, inhérents à la réanimation</p> <p><b>IDE 5 :</b>          - Frustration devant le non-retour du patient notamment sur la qualité des soins fournis          -Repérage des besoins du patient          -Incompréhension devant certaines manifestations du patient</p>	<p>pratiques professionnelles          -Besoins du patient (repérage et incompréhension)</p>
<p><b>Question n°6</b></p> <p>Comment arrivez-vous à percevoir le ressenti de ces patients ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b>          -Paramètres vitaux          -Instinct infirmier          -Réflexes du patient          -Citer les proches lors d'une communication avec un patient</p> <p><b>IDE 2 :</b>          -Retentissement hémodynamique          -Communication verbale lors du réveil du patient</p> <p><b>IDE 3 :</b>          -Retentissement hémodynamique          -Les paramètres vitaux sur le scope          -Présence de larmes          -Réflexes du patient, indices corporels          -Conviction personnelle</p> <p><b>IDE 4 :</b>          -Présence de larmes          -Réflexes du patient          -Réponses motrices</p> <p><b>IDE 5 :</b>          -Retentissement hémodynamique</p>	<p>-Hémodynamique          -Observation clinique          -Communication          -Conviction du soignant          -Réflexes et motricité du patient          -Difficulté</p>

	<p>-L'IDE exprime la difficulté à percevoir les ressentis des patients à un stade profond de sédation  -Déduction : instinct infirmier</p>	
<p><b>Question n°7</b></p> <p>Que mettez-vous en œuvre pour palier au besoin de sécurité du patient ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b> -  <b>IDE 2 :</b>  -Orientation temporo-spatiale  -Thérapeutiques médicamenteuses  <b>IDE 3 :</b>  -Sécurité au niveau des soins  -Limiter les soins invasifs quand cela est possible  -Fournir des repères spatio-temporaux  <b>IDE 4 :</b> -  <b>IDE 5 :</b> -</p>	<p>-Communication  -Thérapeutiques médicamenteuses  -Limitation des soins</p>
<p><b>Question n°8</b></p> <p>Si vous en avez la possibilité en termes de moyens, que proposeriez-vous pour améliorer la communication avec ces patients ?</p>	<p><b>IDE 1 :</b>  -Aromathérapie  <b>IDE 2 :</b>  -Zoothérapie  -Organisation et charge de travail  -Intervention d'un masseur-kinésithérapeute  <b>IDE 3 :</b>  -Attirer des soignants à des patients pour éviter une perte de repères  Plus de personnels soignants pour améliorer la prise en charge  -Réduire la charge de travail  -Organisation des soins pour faciliter la présence de la famille  <b>IDE 4 :</b>  -Le soignant n'est pas convaincu que d'autres formes de communication soient possibles  -Le soignant préfère imaginer que le patient n'entend pas (bien-être du soignant)  <b>IDE 5 :</b>  -Mise en place de médecines alternatives telles que l'hypnose et la sophrologie.</p>	<p>-Aromathérapie  -Intervention d'un masseur-kinésithérapeute  -Zoothérapie  -Meilleure organisation des soins  -Réduction de la charge de travail  -Pas d'autres formes de communication possibles  -Médecines alternatives.</p>

<p><b>Résumé :</b> « <i>Communiquer avec un patient sédaté : Le soin au-delà du corps</i> »</p>	<p><b>Abstract :</b> « <i>Communicating with a sedated patient : Care beyond the body</i> »</p>
<p>Le stress, l'anxiété, la peur peuvent être tout autant de facteurs accentuant le vécu traumatique de certaines situations, rendant difficile le séjour des patients sédatisés en service de réanimation.</p> <p>Mon cadre conceptuel souligne une vulnérabilité physique et psychique subies par le patient sédaté. Par conséquent, cela provoque un besoin de sécurité ressenti par ces derniers.</p> <p>L'objectif de ce mémoire de fin d'études est de comprendre et d'identifier l'impact de la communication notamment par rapport au besoin de sécurité des patients sédatisés.</p> <p>Dans le but de découvrir les pratiques de soin sur le terrain, j'ai mené une étude multicentrique, auprès de cinq infirmiers travaillant en service de réanimation, avec leur consentement. Les données ont été recueillies sur la base d'entretiens semi-directifs.</p> <p>Les résultats confrontant la théorie et la pratique démontrent de multiples similitudes. La majorité des professionnels expriment répondre au besoin de sécurité des patients en utilisant la communication verbale et non-verbale.</p> <p>Toutefois, les professionnels complètent mon travail de recherche par l'apport de notions nouvelles.</p> <p>Ces résultats amènent une perspective intéressante pour d'éventuelles recherches ultérieures.</p> <p>Pour conclure, mes recherches et mon enquête menées auprès des soignants ont été très enrichissantes. Celles-ci mettent en évidence que le relationnel, inhérent à la profession infirmière, s'avère nécessaire et primordial pour une prise en soins de qualité.</p> <p><b>Mots-clés :</b> patient sédaté – communication – service de réanimation – besoin de sécurité – relation soignant-soigné.</p>	<p>Stress, anxiety and fear can all be factors that accentuate the traumatic experience of some situations, making it difficult for sedated patients to stay in the intensive care unit.</p> <p>My conceptual framework emphasizes the physical and psychological vulnerability suffered by the sedated patient. As a result, it causes a need for security felt by the latter.</p> <p>The aim of this end-of-study thesis is to understand and identify the impact of communication, particularly in relation to the safety needs of sedated patients.</p> <p>In the goal of discovering care practices in the field, I conducted a multicenter study, with five nurses working in the intensive care unit, with their consent. Data were collected on the basis of semi-structured interviews.</p> <p>The results comparing theory and practice show multiple similarities.</p> <p>The majority of professionals express their response to the need for patient safety through verbal and non-verbal communication.</p> <p>However, professionals complement my research work with new concepts.</p> <p>These results provide an interesting perspective for eventual further research.</p> <p>In conclusion, my research and investigation of caregivers has been very rewarding.</p> <p>These show that the relational aspect, inherent to the nursing profession, is necessary and primordial for quality care.</p> <p><b>Keywords:</b> sedated patient – communication – intensive care unit – need for safety – caregiving relationship.</p>