



*Communiquer au-delà des mots : quand les paroles  
humanisent le corps*



UE 3.4 S6 Initiation à la démarche de recherche et UE 6.2 S6 Anglais

*Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques*

## DÉCLARATION ANTI-PLAGIAT

Je soussignée LEFEBVRE Alicia étudiante Infirmier de la promotion 2019-2022 de l'IFPP René TOSTIVINT Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un documents publiés sous toutes formes de support, y compris internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (Décret n°92-657 du 13 juillet 1992).

En conséquence je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisé pour écrire ce travail d'initiation à la recherche.

Fait à Houdan, le 18/05/2022

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Alicia Lefebvre', written over a horizontal line.

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de TIR Madame MERMET pour le temps consacré à ce travail, pour avoir répondu à mes interrogations et m'avoir mise sur la voie. Mais aussi pour les nombreux échanges sur la formation infirmière, en particulier sur le service de la réanimation.

Je tiens également à remercier mon formateur de suivi pédagogique Monsieur PRADELLE pour l'accompagnement durant ma formation ainsi que pour sa disponibilité lorsque j'avais besoin de conseils.

Mais aussi aux deux documentalistes Madame BROUTIN et Madame HERNANDEZ de l'IFPP qui se sont montrées très accessibles et aidantes lors de mes recherches pour ce travail.

Merci à Madame TOUTIN, infirmière passionnée, de m'avoir transmis toutes les bases du métier d'infirmière lors de mon stage en libéral.

Je remercie l'équipe de réanimation de l'hôpital de Trappes, en particulier mes deux tutrices Madame BERTHEAU et Madame COZIEN de m'avoir transmis l'envie de travailler en réanimation. Mais aussi aux nombreuses connaissances théoriques et pratiques que j'ai pu développer grâce à leur pédagogie pendant mon stage encadré par celles-ci.

Ainsi bien sûr, qu'aux autres infirmier(e)s qui m'ont encadré durant mon cursus.

A ma famille et mes amis qui m'ont soutenu durant ses 3 années de formation riches en émotions.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>II - LA SITUATION</b>	<b>2</b>
<b>III - QUESTIONNEMENT</b>	<b>6</b>
<b>IV - PROBLÉMATISATION</b>	<b>7</b>
A - La communication	7
Définition	7
La communication en réanimation	7
Les difficultés rencontrées par les soignants	8
L'impact d'une communication altérée sur la santé des patients	10
Absence de la communication et maltraitance	12
Les stratégies de communication	13
B - la Relation soignant soigné	15
Définition	15
La relation soignant soigné en réanimation	15
Déshumanisation dans les soins	18
C - La Qualité de soin	20
Définition	20
Les représentations soignantes de la qualité de soin	21
<b>V - Question de recherche</b>	<b>25</b>
<b>VI - Hypothèse de recherche</b>	<b>25</b>
<b>VII - Choix de l'outil de recherche</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>26</b>

## INTRODUCTION

La communication ! Un concept fondamental de la vie humaine, qui nous connecte à l'autre et nous permet de tisser des liens plus ou moins forts. Cet échange de mots ou d'expressions, mais aussi de mimiques, nous suit partout dans la vie de tous les jours. En tant que soignant, il est un véritable outil nous permettant de prendre en soins les patients. Durant ces trois années de formation en soins infirmiers j'ai appris à développer ma communication, à la faire évoluer pour qu'elle soit plus efficace dans la prise en soin de mes patients.

De nature réservée, il n'a pas toujours été facile d'aller vers les autres que ce soit les soignants, patients et leur famille. Cette capacité à trouver les mots et de réconforter sont les représentations phares de l'infirmière où le prendre en soin est au cœur du métier. Une vision du métier qui considère l'infirmière comme maternante que j'ai parfois eu du mal à m'approprier. J'ai décidé d'aborder l'art de la communication puisqu'il s'agissait pour moi d'un phénomène complexe à manipuler sur le terrain.

Mais cela a été d'autant plus percutant lors de mon stage en réanimation où les patients sont intubés et sédatisés. Ces patients n'interagissent pas verbalement. J'ai été confronté à des situations, notamment dans ma situation de départ, où le patient inconscient ne répond pas aux stimulations. Ce qui a permis d'aboutir à une remise en question sur la présence de la communication chez le patient. Et si tel est le cas, comment en tant que soignant pouvons-nous communiquer avec eux ? J'ai alors remis en question la place du soin relationnel en réanimation.

Ce travail est l'occasion pour moi de comprendre cette difficulté rencontrée dans mon parcours d'étudiante. La finalité est que cet apport théorique soit bénéfique pour ma future activité professionnelle. L'objectif sera ainsi d'assurer des soins que je considère de qualité. En effet, je considère que sans communication il n'existe pas de soin. Il s'agit selon moi de l'un des principaux critères qualitatifs des soins infirmiers.

Mon projet étant de prendre un poste en service de réanimation, ce travail de recherche sur le sujet de la communication me sera utile dans mon exercice professionnel. Étant une future jeune diplômée d'état infirmier, je souhaite également transmettre mes connaissances sur la difficulté des soins relationnels en réanimation, via les lectures des différents auteurs, pour sensibiliser les futurs professionnels de santé que j'encadrerai.

## II - LA SITUATION

Étudiante infirmière en troisième année, j'effectue mon stage du semestre 5 en service de réanimation polyvalente. Je travaille en 12h avec une infirmière qui m'encadre pour la journée.

Ce service comprend 11 box dont 2 privilégiés pour des patients covid. Ce service assure la prise en charge des patients présentant, ou susceptibles de présenter, une ou plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital. Les affections traitées sont nombreuses : état de choc, coma, défaillance d'organe, infection sévère, décompensation de maladies chroniques, hémorragie, intoxication, période post-opératoire de chirurgie lourde...

La situation que je vais vous présenter s'est déroulée lors de ma troisième semaine, c'est-à-dire en début de stage. Il est précisément 7h45, je me dirige vers l'infirmière qui m'encadre et nous prenons les transmissions du secteur de trois patients différents. Une fois terminées, je lui demande quel patient pourrais-je prendre en charge tout au long de la journée. Elle me propose de m'occuper de Madame A.

Comme chaque début de journée, je consulte le dossier du patient que l'on m'a attribué. D'autant que cette patiente est hospitalisée dans ce service depuis peu de temps, je n'ai donc aucune information à part les transmissions de la nuit passée.

Madame A est une patiente d'une quarantaine d'années admise en réanimation il y a cinq jours pour une détresse respiratoire aiguë suite à une décompensation de son asthme. La patiente est intubée / ventilée en ventilation assistée contrôlée (VAC). Il s'agit d'un mode ventilatoire qui contrôle les cycles respiratoires du patient, car elle n'est pas en capacité de respirer toute seule. Madame A est sédaturée et curarisée. Les sédations prescrites sont du Sufentanil : Analgésique morphinomimétique ainsi que de l'hypnovel : un hypnotique de la famille des benzodiazépines. Mais aussi une prescription de Nimbex, un curare non-dépolarisant de la famille des benzylisoquinolines.

En effet, le traitement prescrit a pour but de détendre les muscles et ainsi diminuer les besoins en oxygène, ce qui permettra une meilleure récupération.

A ce jour, elle est encore en ventilation contrôlée sous sédation. Celle-ci est scopée, porte une sonde urinaire, une sonde nasogastrique, un cathéter artériel radial et un cathéter central sous clavière.

Il est 8h, je dois effectuer le premier tour de la journée. Il s'agit de faire un tour de sécurité pour s'assurer que tout le matériel est présent et fonctionnel dans le box, surtout si une situation d'urgence est amenée à se produire.

Je dois effectuer les soins et les surveillances auprès des patients : prendre les constantes, effectuer les aspirations (trachéale, buccale et nasale), le test de l'air de la sonde naso-gastrique, faire l'électrocardiogramme (ECG), les soins d'hygiène tels que les soins de bouche, des yeux, le changement de position et l'effleurage des points d'appuis et enfin la prise des traitements médicamenteux.

J'attends l'infirmière qui m'encadre avant d'entrer dans le box. J'ai une appréhension puisque lors de mes deux premières semaines je devais suivre les infirmières sans patient attiré. J'effectuais les soins que l'on me demandait, j'écoutais tous les conseils que l'on m'apportait. Mais désormais je dois utiliser toutes les connaissances qu'elles m'ont apporté dans l'objectif de prendre ma première patiente en charge seule de façon globale. Je devais réfléchir par moi-même pour effectuer mes actions infirmières. Les infirmières étaient bien sûr présentes à mes côtés mais me laissaient réfléchir seule. Elles n'interviennent que si je prends la mauvaise décision, pour ensuite rectifier cela ensemble.

Cette appréhension m'amène à me poser de nombreuses questions dans la prise en charge de cette patiente intubée, notamment celle-ci : "dois-je changer ma manière d'être face à cette patiente sédatée ?", ayant l'habitude de prendre en soin des patients conscients, communiquant et interagissant avec moi. Avec un patient conscient, le feedback était donc présent, mais ici ce n'est pas le cas. J'étais stressée également de pratiquer des soins, cela étant ma première expérience dans un service aiguë, la peur de l'erreur est quelque chose qui m'inquiétait car mes précédents stages étaient plutôt de l'extra-hospitalier. J'avais ainsi des représentations de la réanimation considérée comme "le service d'élite" : "Je ne dois faire aucune erreur. Les professionnels attendent de moi beaucoup de rigueur, d'attention et d'observation." Toutes ces pensées me stressent.

Nous entrons, je dis bonjour naturellement à Madame comme si je rentrais dans la chambre de n'importe quel patient, de n'importe quel service. Je m'attendais évidemment à ne pas recevoir de réponse mais je me devais de communiquer avec elle, comme n'importe quel patient. Cela me semblait important car malgré le fait qu'elle était inconsciente, elle reste une personne, une patiente. Ma représentation du soin inclut la communication verbale qui doit s'effectuer dès que l'on passe la porte.

Puis, je commence mon tour de sécurité pour vérifier si mon box est opérationnel. J'effectue la surveillance des paramètres vitaux, l'ECG de la patiente. Je vérifie la prescription médicale, et constate qu'il n'a pas de traitements médicamenteux à administrer. Ensuite, nous décidons de nous mettre en binôme pour effectuer les soins d'hygiène de Madame A. Nous allons seulement la changer de position puisque la toilette complète a été faite par l'équipe de nuit. Je la prévient que nous allons la mobiliser pour effectuer l'effleurage des points d'appuis. A ce moment-là, je me suis sentie mal à l'aise puisque mon envie de parler avec elle reprend le dessus. Je ressens à ce moment-là que ce n'est pas possible de discuter, ce qui me déstabilise. En effet, la patiente ne peut pas donner son avis, donner son consentement sur les soins, je me suis demandée ce qu'elle aurait répondu si elle pouvait avoir la capacité de le faire verbalement. Ne pas avoir eu d'interaction verbale était perturbant, car elle induit une absence de consentement, qui selon mes représentations est

fondamental dans la relation soignant soigné dans tous les soins, mais particulièrement ce qui touche les soins de confort qui sont reliés à l'intimité et à la pudeur.

Je sécurise la sonde d'intubation dans ma main pour éviter l'extubation lors de la mobilisation, et nous la tournons de mon côté. Je prête attention au scope en vérifiant les paramètres vitaux de la patiente puisque le risque est la désaturation et d'être hypertendue lors de la mobilisation. L'infirmière applique ensuite de l'huile sur le dos de Madame A en même temps que je la tiens dans mes bras. Je me suis mise alors à réfléchir sur ce que pouvait penser la patiente. Ainsi j'étais plus concentrée sur la patiente en elle-même que le soin technique : était-elle douloureuse ? Anxieuse ? Pouvait-elle ressentir quelque chose physiquement ou émotionnellement. Je me suis mise à sa place, dans sa situation, et me suis dit que de ne pas avoir mon mot à dire ou ne pas pouvoir exprimer une seule chose serait extrêmement difficile. L'idée de ne pas avoir conscience de ce qu'il peut se passer lors de l'hospitalisation, les soins effectués, de ne pas avoir idée de son propre état de santé est très déstabilisant et m'interroge. Surtout que les soins effectués relèvent de l'intimité, cette personne est dénudée. En réanimation les patients ne sont pas habillés et ne sont recouverts que d'un drap au vu du nombre de dispositifs médicaux qu'ils portent. Cette façon de faire est curieuse pour moi. Elle est différente des autres services où la personne porte au moins une casaque. Cette nudité ainsi que cette totale inconscience me font alors ressentir une certaine vulnérabilité vis à vis de la patiente. C'est une personne qui a une quarantaine d'années qui subit une totale dépendance en termes de soins effectués par des tierces personnes. Mes représentations de la dépendance sont directement liées à la personne âgée. Mais ici, c'est une patiente jeune qui est dépendante des soignants, cette situation me déstabilise. Toutes ces choses peuvent être violentes psychologiquement pour la patiente. Et je me suis mise à imaginer sa réaction lorsqu'elle se réveillerait de cet état d'inconscience : quand elle verra qu'elle est intubée, dénudée, qu'elle ne pourra pas parler. Ces facteurs risquent d'être très angoissants pour elle et d'être une situation d'éveil difficile.

Je savais que les produits administrés pour induire la sédation bloquaient tous ressentis et toutes douleurs : elle était dans un état de coma. Mais je n'arrivais pas à m'empêcher de penser à mes propres ressentis si j'étais à sa place. Un transfert s'est alors effectué.

En temps normal, les soins sont rythmés par les conversations du soignant et du soigné, le fait qu'il y ait un silence vis-à-vis de la personne soignée était quelque chose de perturbant pour moi. Puisque selon mes représentations, le verbal est au centre du soin, il permet au patient de s'exprimer sur son état de santé, sur ses besoins. Le fait qu'il y ait un silence m'amenait donc à trouver la prise en charge plus complexe.

Les seules paroles échangées étaient entre l'infirmière et moi, pour communiquer sur notre façon de faire et notre organisation des soins qui s'effectuent en binôme. Ainsi, il y a eu un manque de relationnel entre la patiente et moi puisque je ne lui parlais plus. A l'inverse, il y avait plutôt une concentration sur le soin technique. J'ai eu très vite la sensation d'une déshumanisation, de ne penser qu'au corps et à la santé physique de cette patiente. De ce fait, je n'ai pas eu l'impression de communiquer avec madame A. Je n'ai pas eu l'impression d'être à la rencontre de quelqu'un, d'une patiente. Je n'ai pas pu entendre sa voix, avoir connaissance de son caractère lors d'échanges verbaux, d'expressions de son visage, de son

identité. En effet, selon moi, l'échange avec une personne permet de connaître sa personnalité, son caractère, ses besoins, ses envies et ainsi permettre une prise en charge spécialisée et unique pour chaque personne. C'était une prise en charge totalement différente des patients que j'ai pu avoir lors de mon parcours, de mes stages.

Après que l'infirmière ait massé les points d'appuis, je mets la patiente sur le dos en prêtant attention à la sonde d'intubation. Néanmoins, je ne fais pas attention à sa jambe, et la lâche, elle retombe nette sur le matelas puisque madame est curarisée. L'infirmière me dit de faire attention et d'être plus délicate. Je m'excuse auprès de l'infirmière et me sens mal à l'aise. Oubliant que je devais plutôt le faire auprès de la patiente. Cela renforce également l'effet que "la personne n'est pas présente", un sentiment de déshumanisation. J'ai l'impression que cette personne n'est associée qu'à une poupée de chiffon, sans ressentis ni sentiments. L'échange verbale, les interactions physiques sont des caractéristiques humaines que je ne retrouve pas dans cette situation. J'ai l'impression que cette personne n'en est plus une, puisque selon moi l'esprit est au cœur de la vie et de l'humain. Je recouvre la patiente et nous l'installons correctement. Je lui dis à plus tard et sort du box.

A la suite de cette situation, j'ai pu discuter avec la patiente sur son séjour en réanimation. Elle m'a confié n'avoir rien ressenti lorsqu'elle était inconsciente et intubée. Mais lorsqu'elle était consciente et intubée, elle a vécu son hospitalisation de manière très difficile, la sonde d'intubation la gênait et l'angoissait.

Ainsi, dans cette situation, nous retrouvons une relation soignant soigné atypique liée à l'absence de feedback dans la communication avec la patiente du fait de la sédation qui l'empêche d'avoir une interaction avec le soignant. Il s'agit de la prise en charge d'une patiente inconsciente qui amène à une communication perturbée. Je décris alors dans cette situation ma conception du soin qui est de discuter avec celle-ci, sans cela je juge ma prise en charge comme étant incomplète. J'ai même poussé mon questionnement. Je me suis demandée si ce n'était pas une forme de maltraitance que de ne pas se préoccuper de l'autre en ne communiquant pas. La peur de l'erreur que ce soit dans les soins techniques ou relationnelles me terrifiait dans cette situation et l'absence d'interaction avec la patiente me mettait en difficulté. Je me suis alors demandée quels seront les bénéfices de ces problématiques rencontrées en stage dans mon parcours professionnel. De plus, je constate que les représentations du soin ne sont pas forcément les mêmes d'un soignant à l'autre et que celles-ci peuvent influencer le soin. C'est pourquoi cette situation m'a amené à me questionner sur ma pratique professionnelle.

### III - QUESTIONNEMENT

#### Communication :

- Qu'est-ce que la communication ?
- En quoi la communication avec un patient inconscient en service de réanimation peut être une source de difficulté ?
- Quelles sont les stratégies de communication à adopter face à cet état d'inconscience ?
- Quel est l'impact de la communication sur la prise en soin d'un patient inconscient ?
- L'absence de feedback relève-t-elle d'une maltraitance vis à vis du soignant ? Si oui, en quoi ?

#### Relation soignant soigné :

- Qu'est-ce qu'une relation soignant-soigné en réanimation ?
- Comment établir une relation soignant-soigné avec un patient inconscient ?
- Qu'est-ce que des représentations soignantes ? Et quelles sont les principales représentations du patient inconscient en réanimation ?
- Comment les représentations soignantes peuvent-elles influencer notre prise en soin ?
- Peut-on être amené à déshumaniser un soin en tant que soignant ? Si tel est le cas, quels sont les facteurs qui facilitent cette posture ? Comment la prévenir ?

#### Qualité de soin :

- Quelles sont les représentations soignantes du soin de qualité ?
- Que signifie la qualité des soins ? Et à quoi sert-elle ?
- Pourquoi la relation soignant-soigné (incluant la communication) est un critère fondamental du soin de qualité ? Peut-on compromettre cette qualité si la relation est peu exploitée lors de la prise en soins ?

## IV - PROBLÉMATISATION

### A - La communication

#### a) Définition

« Communiquer selon Stéphanie Baggio et Margot Phaneuf, c'est entrer en contact avec une ou plusieurs personnes pour leur transmettre un message sur ce que l'on perçoit ou sur ce que l'on pense. C'est une interaction complexe qui combine à la fois l'échange et la mise en commun d'informations et d'émotions. La finalité est de pouvoir créer une relation avec ces personnes. Ce phénomène complexe est un besoin fondamental de l'être humain. Il met en jeu de multiples modalités de fonctionnements basées sur des mécanismes physiques, intellectuels, langagiers, affectifs et inconscients. Ce sont, des signaux verbaux composés de mots de paroles et des signaux non verbaux i.e d'expressions faciales, du ton de la voix, des gestes et de notre posture physique ». (Margot Phaneuf, La relation soignant soigné rencontre et accompagnement 2011, p.59 ) (Stéphanie Baggio dans Psychologie sociale 2011 résumé).

#### b) La communication en réanimation

Mais alors, qu'en est-il de cette définition dans une situation où le soignant est en difficulté pour entrer en contact avec un patient ? Ce cas est d'ailleurs fréquemment rencontré en service de réanimation. Les patients hospitalisés y sont généralement sédatisés de façon profonde, permettant ainsi leur confort et leur sécurité. Cet état est vulgairement appelé le coma artificiel, il s'agit d'une anesthésie prolongée. A ne pas confondre avec le coma qui est un état d'inconscience « provoqué par une ou plusieurs atteintes pathologiques entravant les mécanismes d'éveil » (définition Futura santé), et non induite par une tierce personne. En raison de cette dégradation de l'état de conscience, la communication réceptive et expressive avec le milieu environnant est altérée.

##### 1) *La communication chez le patient sédaté :*

Je me questionne ainsi sur l'existence de la communication lorsqu'un patient est sédaté. Tout d'abord, selon Paul Watzlawick un psychologue autrichien : « il est impossible de ne pas communiquer puisqu'elle est inhérente à la vie » (Paul Watzlawick, une logique de la communication, 2014). Il se réfère au fait que « tout comportement est une forme de communication en soi, à la fois implicite et explicite », une représentation qu'il associe à un individu quelconque dans notre société. Selon lui, même sans interaction verbale, nous transmettons quelque chose. En mettant en lien sa théorie avec notre situation de départ, nous pouvons constater que cela n'est pas applicable en totalité. En effet, la patiente ne peut pas effectuer de rétroaction. Il n'existe pas de réponse ou de réaction que celle-ci donne à la suite d'un message que nous lui avons transmis, non pas parce qu'elle refuse, mais parce qu'elle n'est pas éveillée. Elle n'interagit pas avec le milieu environnant. La patiente ne peut pas interagir avec nous mais ce n'est pas pour autant qu'elle n'est pas en vie.

A l'inverse, ce sont les soignants qui peuvent communiquer avec elle, ils ont le rôle d'émetteur. Nous remettons également en question cette théorie avec la conception d'une infirmière qui est fondamentale dans notre formation. Il s'agit du modèle des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. Elle liste et classe les besoins des êtres humains, et permet de savoir si une personne est en bonne santé sans l'assistance d'une tierce personne (ici le soignant). Nous retrouvons dans cette liste « communiquer avec ses semblables » (Virginia Henderson, *La nature des soins infirmiers*, 1994). Il s'agit ainsi d'un problème de santé qui peut être perturbé. La communication avec les patients inconscients est donc altérée mais pas inexistante puisque le soignant va entrer en contact et interagir avec le patient. Au contraire, du point de vue du patient, celui-ci ne transmettra pas de messages verbaux et même non verbaux en lien avec la sédation profonde. La communication dans ce cas est ainsi remise en question.

### c) Les difficultés rencontrées par les soignants

Comme cette communication est altérée, les soignants sont en proie à plusieurs difficultés.

Michèle Grosclaude est une enseignante-chercheur reconnue comme étant l'une des spécialistes du sujet de la réanimation et du coma. Étant praticienne en réanimation, elle a pu avoir l'occasion d'observer ce milieu de soin et ainsi détecter les problématiques émergentes. Selon moi, il a été fondamental de citer cette auteure puisqu'elle a pu étudier ce sujet et fait de nombreuses recherches sur le coma. Elle y dénonce toutes les difficultés du soignant à créer une relation et prendre soin de ses patients grâce à l'analyse de ses observations. Ainsi, j'y ai pu comparer ses dires avec ma situation de départ.

Tout d'abord, je souhaite citer ceci : « l'hyper technicité et le stress sont deux éléments qui vont polariser l'attention portée au corps du patient aux dépens de la disponibilité relationnelle et du vagabondage de la pensée ». (Michèle Grosclaude, 2002, p.38). Les échanges par la parole seront ainsi placés au second plan. Selon l'auteure, les soignants confrontés à un patient qui n'est pas réceptif à son environnement auront tendance à être moins disponibles relationnellement parlant. Ils se concentreront sur le corps, sa santé physique et même son environnement en finissant par oublier le patient lui-même. Je veux dire par là que l'on oublie le facteur humain. Le psychisme de celui-ci est mis de côté, ayant moins d'importance que tout le reste. Comme le dit l'auteure, c'est le stress qui joue un rôle primordial dans cette problématique. Puisque l'état physique du patient est critique, qu'il est entre la vie et la mort, alors les soins techniques de réparation prendront un rôle majeur. Quant aux soins relationnels qui soignent le psychisme du malade, il est secondaire puisqu'il ne pourra pas engager le pronostic vital. Le facteur relationnel n'est pas urgent et peut attendre selon la majorité des représentations soignantes. Ici, j'aborde une situation où il existe une urgence somatique, mais le réel problème est que cela devient une habitude à long terme. Les soignants habitués à soigner le corps, oublieront l'esprit lors de soins d'hygiène par exemple. La situation d'appel décrite au début de ce travail le prouve complètement. En effet, l'infirmière à mes côtés ne parle pratiquement pas au patient ou bien elle explique les actes qu'elle exécute mais sans réellement y créer un dialogue : c'est à

dire resituer le patient dans le temps « A l'heure où je vous parle Mme S il est 23h, il fait nuit » « votre fils est passé vous rendre visite dans l'après-midi, vous n'êtes pas toute seule ».

Les représentations soignantes vont également poser des difficultés. Ce sont des comportements parfois inconscients, qui guident nos pratiques. Notamment la représentation très courante de la réanimation qui est un service technique, où la place du corps est prioritaire. Madame Grosclaude a également relevé ces difficultés dans cet article de revue : « Certains soignants ont la conviction que le patient sédaté ne peut entendre ». (Michèle Grosclaude , 2013 Soins n°773 P.39). Ainsi, j'ai remarqué que les professionnels de santé auront pris l'habitude de reporter l'opportunité d'échanger avec le soigné. Ils ne communiqueront alors que lorsqu'il aura la capacité de se rendre compte des stimulations de son environnement.

La difficulté d'utiliser la parole et de développer sa pensée dans un contexte où le patient ne répondra pas est un obstacle à l'échange. Dans la mesure où les soignants sont confrontés à des situations de non-retour du patient (l'absence de feedback), ils n'auront pas instinctivement l'idée de discuter. Effectivement, les a priori sur le coma artificiel sont nombreux, surtout que les scientifiques cherchent encore à ce jour à comprendre ce phénomène. Selon l'inconscient collectif ce coma est imperméable, aucun stimulus n'est ressenti. Or, il s'agit d'un état bien plus complexe que cela. De plus, la formation infirmière n'est pas orientée totalement vers la réanimation qui est un domaine très spécifique. Ainsi toutes les connaissances théoriques sur le sujet ne sont pas accessibles via l'école. En tant qu'étudiante infirmière arrivant en réanimation je me suis posée alors de nombreuses questions sur cette difficulté qu'est de communiquer, notamment : que puis-je dire si je n'ai pas de retour ? ou bien juste : A quoi bon parler ? Est-ce nécessaire dans ce cas là ? Celles-ci reviennent également lors de ma situation de départ. Ma réaction primaire face à ce questionnement était d'imiter les infirmières qui discutaient avec leur patient. Je me contentais de reproduire ceci sans forcément comprendre l'utilité. Je me disais au départ que c'était uniquement pour meubler, combler un vide. Après réflexion je me rends compte que mes représentations étaient complètement fausses. Communiquer à toujours un intérêt.

Je rejoins Madame GROSCLAUDE qui va également remarquer que : « les soignants manquent cruellement de connaissances sur les troubles psychiques et les souffrances traumatiques de la réanimation. » (M.Grosclaude, 2002, Penser le soin psychique 230-262). Les symptômes anxieux, dépressifs, délirants ou confusionnels sont les troubles majeurs. En effet, l'anatomie, la physiopathologie et la pharmacologie sont des éléments théoriques à mobiliser et à acquérir pour être compétent dans ce service, mais pas seulement. Les soignants oublient que les compétences relationnelles doivent être mobilisées tout comme celles jugées « de base » : les éléments théoriques dits « scientifiques », ici de biologie humaine. J'ai remarqué que la formation infirmière va également guider cette représentation. Les émotions soignantes peuvent influencer une mauvaise, voire une absence de communication envers ses patients. Ils se sentent vite démunis face à toutes ces difficultés et ressentent une véritable impuissance et un sentiment de découragement. La communication est considérée comme vaine car le sujet est inaccessible et mutique. Celui-ci

ne se rend pas compte réellement de la situation du patient puisqu'elle est floue. Encore aujourd'hui incomprise des scientifiques, cette communication particulière est un sujet actuel de recherche. Les soignants ne comprennent pas totalement, et peuvent alors manquer d'empathie selon les observations de l'auteure. Le langage est remis à plus tard dû aux réactions de fuite liées à la mise en place de mécanismes de défenses. Le but est de se protéger de cette souffrance que les soignants retrouvent au quotidien, mais au profit de la santé psychologique des patients. Les blocages internes vont être aussi un des obstacles. Je pense notamment aux étudiants infirmiers qui ont été confrontés pour la première fois de leur vie professionnelle à cette impressionnante rencontre avec le patient et qui sous le coup de l'émotion exprime de la gêne constituant alors un facteur d'interférence. Il peut s'agir d'une timidité naturelle, ou bien d'un manque d'intimité dans l'établissement vu qu'il s'agit d'un terrain de stage où il faut vite s'adapter. Il s'agit également de ma propre expérience. Je suis donc complètement en accord avec Mme Grosclaude puisqu'elle a décrit les représentations que j'avais au début en réanimation. Au départ, j'étais bloquée, sûrement par mes émotions, pour aller vers les patients inconscients car je ne savais pas quoi dire. Je n'avais aucune connaissance sur comment parler à un patient intubé. Ma représentation du soin qu'il soit relationnel ou technique est la suivante : quand on ne sait pas, on ne fait pas. Ainsi, j'ai appliqué ceci sur le concept de la communication. Je n'avais pas de connaissance sur comment le faire alors je n'ai pas tellement dialogué avec eux.

#### d) L'impact d'une communication altérée sur la santé des patients

Si des difficultés surviennent lors d'une communication entre soignant et patient inconscient, nous pouvons nous poser la question de son impact sur la santé des patients.

Du point de vue du patient, il ne pourra pas transmettre de message que ce soit verbal ou non verbal en lien avec la sédation profonde. Pourtant cette transmission est le but premier de la communication entre deux individus. Ainsi, dans la conception de Virginia Henderson, un de ses besoins fondamentaux sera perturbé. Il s'agit de « communiquer avec ses semblables ». Cela aura donc des conséquences sur la santé des patients puisque selon elle « une personne est en bonne santé tant qu'elle peut satisfaire seule ses besoins » (Virginia Henderson, *La nature des soins infirmiers*, 1994). La non-satisfaction de ce besoin va en découler d'autres problèmes qui correspondent plus généralement au maintien du lien social et affectif. Nous pouvons citer : l'estime de soi, la récréation, la capacité à apprendre et la capacité à agir selon ses croyances et valeurs.

Plusieurs auteurs racontent dans leurs écrits que les patients en réanimation semblent entrer dans un état second. Grosclaude parle notamment de « trou réa », « C'est un traumatisme, c'est une réminiscence : « quelque chose » que le sujet conserve après son passage en réa, en l'absence de tout matériel psychique de remplacement imaginaire susceptible de combler ou reconstruire cette expérience » (Michèle grosclaude, 2002, p.43). Ces personnes vont avoir des difficultés pour discerner le vrai du faux. Les auteurs F. Pocharda, N. Kentish-Barnes et E. Azoulay appuient ses dires : « Une sédation importante augmente le risque pour le patient de ne plus avoir de souvenirs de son séjour et une longue durée de séjour augmente le risque de faux souvenirs ». « Il est possible qu'un manque de

compréhension, et d'informations sur le séjour soit un facteur de stress associé, majorant les risques de troubles psychiques.» (F. Pocharda, N. Kentish-Barnes et E. Azoulay, 2010). Il s'agit d'un problème dont les soignants peuvent mettre en place des actions. Cela peut être réajusté par cette transmission d'informations manquantes lors du séjour même si certaines représentations soignantes catégorisent ces patients d'objets humains. Le risque étant que ces facteurs soient « prédictifs d'une augmentation de prévalence d'ESPT (événement de stress post traumatique) après la sortie de réanimation » (Frédéric Pochard, 2011). « La conséquence est qu'il est possible que le patient ne se reconstruise à posteriori d'une situation plus grave qu'elle ne l'était réellement. » (Michèle Grosclaude, 2002, Penser le soin psychique 230-262). A titre personnel, je n'ai pas pu constater ces conséquences dans mon stage. Par contre, j'ai pu discuter avec la patiente intubée de ma situation de départ lorsqu'elle a été extubée et prête à partir en USC (unité de soin continu, post réanimation). Elle m'a confié qu'elle n'avait pas de souvenir de lorsqu'elle était intubée et inconsciente, mais par contre elle faisait souvent des rêves. En revanche, lorsqu'elle était consciente et intubée cela l'a marqué davantage. Elle me disait être très frustrée que ces besoins ne soient pas totalement comblés à cause de l'impossibilité de communiquer verbalement avec les soignants. Je parle ici du besoin d'être aspirée lorsqu'elle était encombrée, que la sonnette soit impossible à actionner à cause des muscles qui ont perdu de la force avec l'alitement etc... Je pense ainsi que l'auteure n'a pas tort sur le sujet. En effet, le patient conscient comme dans ma situation, a vécu l'hospitalisation en réanimation de façon traumatique. Donc un patient inconscient, qui est dans un état second, peut physiquement et psychiquement garder des séquelles également. Justement, comme certains patients comateux peuvent ressentir des éléments de l'environnement extérieur (voix, son, lumière), ils peuvent déformer la réalité et ainsi permettre le développement de traumatismes aussi importants. Le fait que l'auteure ait pu observer ces phénomènes sur le terrain, me permet également de dire que je suis en accord avec ses propos puisqu'ils sont appuyés sur des faits et témoignages.

La méconnaissance des soignants sur les enjeux, le fonctionnement et les effets du langage chez les patients est un facteur qui va avoir un impact négatif sur la santé psychique des patients. La parole, la communication et l'information sont des éléments qui constituent le soin relationnel mais ce sont des outils à manier avec de grandes précautions. Il s'agit d'un soin demandant une grande responsabilité de la part du soignant. « Le langage est à utiliser avec prudence car il peut être autant destructif que structurant » (Michèle Grosclaude, 2013 soins N°773 p.38). Surtout que, rappelons-le, le patient lors d'un séjour en réanimation est en détresse et est hypersensible. Par exemple, une erreur banale du soignant que j'ai remarqué en stage est de meubler la conversation de phrases automatiques et sans intérêt. C'est exactement ce que je faisais lors de mes débuts en stage. Comme si elles étaient utilisées comme une roue de secours lorsque le soignant n'a pas de facilités à créer un dialogue avec le patient. Et en effet, cela est difficile puisque le patient ne répond pas. Celles-ci n'apportent absolument rien dans l'intérêt de nos rapports avec le patient. Le seul avantage est pour le soignant. En effet, il alimente la conversation grâce à un registre impersonnel dans le but de se protéger du débordement de ses propres émotions. Je parle ici du fait d'être déstabilisée de ne trouver aucun mot face à ce corps endormi.

Effectivement le plus simple est la fuite en avant, un mécanisme de défense qui permettra au soignant de détourner la problématique. Mais cet acte n'est pas sans conséquence. Elle ne tiendra pas en compte des difficultés, de la douleur et des émotions, sans réelle compréhension de l'autre. Effectivement, j'ai déjà observé des professionnels de santé dépasser par la situation d'un patient (conscient dans ce cas). Il demandait beaucoup d'attention en lien avec l'angoisse de l'intubation et du manque de communication. Finalement, j'ai trouvé que cela a entraîné une absence d'empathie de la part du soignant. La peur des soignants de ne pas savoir quoi faire face à la détresse d'un patient qu'il soit éveillé ou non les influence à avoir des comportements qui renforcent l'isolement du patient. Tout ceci va impliquer une non considération du patient pour ce qu'il est. Il ne sera plus "l'homme" avec un grand "H". Pour conclure, c'est tout cela qui nuit à sa santé psychique.

#### e) Absence de la communication et maltraitance

Et si les soignants décident de ne plus interagir avec les patients, pouvons-nous dire que c'est une forme de maltraitance ?

Nous avons dit précédemment que la communication avec un patient inconscient posait un certain nombre de difficultés. Il est alors probable que la conséquence de tout cela serait de ne plus porter attention au soin relationnel. Il ne s'agit absolument pas de la solution, bien au contraire. Puisque le problème réside dans la possibilité de porter atteinte à l'intégrité psychique. Nous nous posons donc la question de la maltraitance envers les patients.

Tout d'abord, définissons la maltraitance. Selon l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) et le conseil de l'Europe de 1987, il s'agit d'une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». Nous pouvons donc affirmer que l'absence de dialogue a des répercussions sur la santé des patients puisque comme nous l'avons remarqué précédemment, cela a pour conséquence de porter atteinte à l'intégrité psychique par négligence de la personne. En effet, ne pas prendre en compte la personne et l'ignorer peut devenir un acte violent dans un contexte où il existe un rapport de dépendance puisque la personne a besoin d'une autre pour répondre à ses besoins et réaliser pour elle les actes de la vie quotidienne pour maintenir sa qualité de vie. Ce comportement peut être perçu comme un abus de pouvoir au lieu de prendre soin du patient du fait de sa vulnérabilité.

Le risque est donc que les soignants fassent preuve de négligence envers ces patients puisqu'ils ne peuvent pas interagir avec nous. Selon Eric Fiat, « la négligence constitue une forme de violence sans force qui peut s'exprimer par deux attitudes symétriques : l'indifférence et l'indiscrétion. Elles ne respectent pas la personne et la nient. » (Éric Fiat Dans Revue d'éthique et de théologie morale 2004/2 (n°229), p.27-33). Elle peut ainsi se définir par une non-reconnaissance du sujet. Cette inaction et ce silence amènent ainsi à établir un profond désintérêt de la personne, la laissant dans un état complet d'isolement.

En analysant ma pratique professionnelle, je me rends compte qu'en lien avec mes émotions, j'ai pu être amenée à être dans le silence avec des patients. En effet, lors de mes premières journées de stage en réanimation, j'ai pris en soins des patients inconscients et par gêne je ne leur parlais pas, je me contentais seulement d'un bonjour/au revoir par politesse et d'avoir aussi le sentiment que j'avais à faire à une personne et non à un objet de soins. Il s'agissait de mes premiers jours dans ce service et je me suis sentie dépassée. Avec du recul, je pense que mes émotions ont pris le dessus, je n'arrivais pas à aligner des mots envers les patients, ou bien, vis à vis du stress de la technique et de toutes les notions que j'avais à apprendre, ma réaction était de ne pas me concentrer sur le relationnel, que je jugeais moins important. Je ne parlais presque pas. Mon esprit était concentré uniquement sur le plan physique de la personne considérant qu'il s'agissait de la priorité, de l'urgence. Je comprends au fur et à mesure de mon travail que de lier les deux est très important. Il ne s'agit pas de mettre de côté l'un ou l'autre puisqu'ils permettent ensemble de prendre en soin de façon globale la personne hospitalisée.

Ne pas communiquer avec une personne serait alors la négliger puisque l'on ne la prend pas en considération. Si une personne nous parle et que nous ne lui répondons pas, il s'agit d'ignorance, cela est pris pour un manque de respect dans notre société. Donc pourquoi accepter cela chez un patient ? Dans ce cas, le patient ne va pas échanger verbalement car il est sédaté. Ne pas aller vers lui pour lui parler constitue un manque de préoccupation de son état psychique. Ses rêves lors de sa sédation sont établis grâce au peu de stimuli qu'il perçoit, d'une réalité qui se produit en face de lui. Il est donc présent avec nous et en même temps dans un autre monde. Selon moi, la maltraitance psychologique serait ainsi applicable dans cette situation. Je m'explique. La dignité humaine (valeur universelle) n'a pas sa place dans ce cas puisque le patient n'a pas le droit d'avoir une certaine intégrité mentale liée aux représentations. Ainsi, le patient étant vulnérable, n'a pas d'autre choix que de subir le manque de considération. Le non-respect de la dignité humaine via le soignant contribue à la maltraitance du patient. Elle est généralement involontaire ici, d'ailleurs la plupart du temps les soignants ne s'en rendent pas compte ou bien minimisent cette violence psychologique. Comme il ne s'agit "que" d'une problématique de communication et non pas de violence physique, cela choque moins et cela est souvent mis sur le banc de touche. Finalement, je remets en question la place des soins relationnels en réanimation.

#### f) Les stratégies de communication

Pour les aider face à ces difficultés, les soignants peuvent mettre en place des stratégies pour améliorer la communication dans cette prise en soin.

Il n'y a pas d'outils miracles qui peuvent résoudre ces difficultés. Mais des principes de base ont été identifiés pour tenter d'améliorer les choses. Tout d'abord, le fond de l'échange du soignant doit évoluer, notamment l'analyse de sa pratique qui l'amène à une reconnaissance de sa sensibilité et de ses limites. Ce que je veux dire ici est qu'il doit reconnaître ses propres émotions, les identifier dans la situation pour ensuite adapter sa pratique dans le but d'aider l'autre. Il doit pouvoir faire preuve de congruence en étant en cohérence avec ses pensées et de son attitude avec le patient. L'objectif est d'être authentique. Un autre principe est de

considérer le patient comme un être à part entière et non pas comme un objet, c'est l'acceptation de l'autre. Il faut s'écouter pour ensuite adopter une attitude d'empathie. Le soignant essaie de percevoir le monde du patient sans se laisser submerger par celui-ci : ce qui permettra de le comprendre et donc de prendre en compte ses besoins psychiques. La forme de l'échange doit aussi être adaptée. Par exemple, le soignant doit parler au patient en portant toute son attention sur lui. Il ne doit pas seulement l'informer des actes qu'il effectue lors d'un soin mais aussi prêter attention au bien être moral du soigné. L'importance d'une communication de qualité prend alors tout son sens. Les 3 dimensions de la communication de Carl Rogers nous le précisent : « Empathie, Congruence et Considération positive du soignant vers le soigné » (Carl Rogers, L'approche centrée sur la personne 2001)

Nous pouvons aussi améliorer notre communication verbale par le biais de l'utilisation du non verbal : par la voix, les mots ou l'intonation. Elle peut rassurer un patient car elle permet de créer une présence, ils se sentent moins seuls. Ces stimulations les rattachent à notre environnement, notre réalité à nous. « Cette parole constitue un lien, une passerelle avec le monde conscient. Les mots replacent le patient dans le temps, ce qui lui donne un repère. » (Stéphanie Veillard, octobre 2011, L'aide-soignante n°130, p.12). Cette théorie de l'auteure peut être illustrée par le témoignage d'un rescapé de la réanimation dans le livre La Traversée. (Philippe Labro, 1996, résumé). L'auteur décrit dans son roman le moment où il a été hospitalisé en réanimation. Il nous raconte qu'il se repère dans le temps grâce aux changements de voix des différents binômes AS/IDE des roulements jour/nuit. Il compare son séjour à un prisonnier qui barre les jours sur les murs de sa cellule pour avoir une idée du temps qui passe. Ensuite, un autre outil est d'utiliser les mots par l'intermédiaire d'un enregistrement audio. Je pense notamment aux familles qui ne peuvent pas rester présentes 24h/24. Cette initiative permet au patient d'avoir une présence, mais familière cette fois-ci.

Le non verbal s'exprime aussi par le toucher, les réactions du corps, le visage, le regard. « le toucher est le plus important et le plus primitif puisque le contact avec la peau se transforme en un langage : le langage du corps. » (Stéphanie Veillard, octobre 2011, n°130 et p.13). Ces sensations procurent un sentiment de confort et de sécurité chez le patient dont il manque cruellement en lien avec toutes ces machines considérées comme agressives, qui entravent son environnement. Le toucher le rattache, comme la communication verbale, à l'environnement extérieur et l'éloigne de son monde marqué par la persécution. C'est pouvoir rencontrer et entrer dans l'intimité de l'autre.

Ainsi nous nous rendons compte que la communication dans le cas où le patient est inconscient est en fait à sens unique, un échange du soignant au patient. Au fur et à mesure de ce travail nous pouvons nous demander s'il n'existerait pas, malgré les barrières de la sédation, une forme de lien entre les intervenants puisque la base de la communication est faite d'attention d'écoute et d'ouverture à l'autre. Les qualités d'une bonne communication soignante sont de se recentrer sur l'autre pour y laisser se greffer un quelconque rapprochement, une correspondance plus profonde. Il s'agit de liens civilisés au départ qui deviennent « relation ». Pour nous professionnels de santé, nous parlons évidemment de relation soignant-soigné.

## B - la Relation soignant soigné

### a) Définition

« La relation soignant-soigné est une rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. Il va alors se construire un lien spécial entre les deux individus basé sur une communication dans sa dimension la plus complète. Cet outil est majeur dans la relation car elle est présente dans toute interaction humaine. Des facteurs psychologiques, sociaux et physiques vont intervenir dans l'établissement d'une relation. L'affectivité, la parole, l'intimité, le respect sont des éléments au cœur de la relation qui vont pouvoir fonder et souder ce lien entre les sujets. C'est en général lors d'une situation de soin, par le biais de gestes techniques ou de confort, que débute une relation soignant-soigné. En effet, soigner c'est venir en aide, veiller sur l'autre et apporter un accompagnement donc c'est dans cette situation que le lien se crée. Ces interactions positives venant du soignant vont avoir un impact sur le soigné, qui va coopérer et permettre la construction de ce lien. La relation qui se crée entre une personne soignante et une personne soignée est évolutive. » (Manoukian, 2008, pp. 9-10, Alexandre Manoukian est un ancien enseignant en institut de soins infirmiers, est psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier).

### b) La relation soignant soigné en réanimation

La définition précédente nous prouve alors que la communication est le fondement sur lequel va pouvoir s'établir une relation de soin. Mais alors comment faire pour créer une relation lorsque dans des services comme la réanimation, certains patients n'émettent aucun feedback. Nous nous posons la question de comment est-il possible d'établir une relation soignant soigné dans ce cas précis puisque la difficulté pour communiquer vis à vis du patient est un réel problème.

Tout d'abord, il faut savoir que dans les soins infirmiers : « informer le patient, le rassurer, l'accompagner, être à ses côtés dans son cheminement à travers le coma sont des actes favorisant la relation. Elle met en effet en contact deux personnes (deux appareils psychiques) dans une perspective de liaison du sujet avec lui-même et les autres. » (GROSCLAUDE, 2002, Penser le soin psychique 230-262). Cette citation rejoint la définition de départ qui indique qu'une relation est une rencontre et un accompagnement du patient dans sa prise en soin. Parler va rétablir du lien psychique nécessaire à la vie d'un patient réanimé en permettant une liaison avec l'environnement. L'action du soignant à interagir avec le patient inconscient grâce à sa voix va être énormément bénéfique à sa santé psychique. Il va même dans certains cas se souvenir de ces intonations qu'il a entendu dans son inconscient, ce qui le rattache complètement à la réalité grâce au soignant.

La parole est un outil de soin, sa manière de l'utiliser à son importance dans les soins infirmiers mais en particulier en réanimation. Grâce à elle, la relation peut progresser. Une des postures qui permet de favoriser un lien avec un patient inconscient serait selon Nancy Kentish-Barnes d' : « insister sur le lien à l'interlocuteur-patient, en laissant un espace d'incertitude pour la compréhension et la pensée du patient, une place pour son existence

psychique. S'adresser à un patient instauré en partenaire et non en objet cible ou récipient à énoncés. » (Nancy Kentish-Barnes, 2010, p.186). Il s'agit donc de placer une attention particulière au patient, de lui laisser un espace. C'est-à-dire que lorsque nous communiquons avec lui, nous attendons qu'il émette une réponse. Nous verrons par la suite, que c'est un comportement à favoriser pour éviter de catégoriser les patients d'objet de soin. Le principe est de replacer le patient au centre de la relation mais aussi de permettre une reconnaissance de sa personne. L'objectif sera alors de protéger sa dignité. En effet, le considérer comme un être à part entière permet de le respecter, et ainsi protéger son intégrité mentale. Nous avons donc vu tous les facteurs qui permettent une relation soignant-soigné en réanimation. Mais alors, quelles sont les limites qui nous poussent à nous demander si une relation avec un patient inconscient est possible ?

### *1) Les facteurs limitant la relation*

Tout d'abord, un aspect de la définition est quand même à remettre en question, puisque la création d'une relation soignant soigné serait de mettre en lien deux personnes avec une histoire, un caractère, une personnalité, un humour, des peurs plus ou moins différentes. Ce que je remet en cause dans la définition est que deux individus se font face. Mais que pouvons-nous en penser lorsque l'une des deux personnes ne peut pas exprimer réellement qui elle est ? Puisqu'elle est inconsciente, dans un état que l'on peut comparer à un état de sommeil, peut-elle être en mesure de nous donner son identité en sachant qu'elle ne pourra émettre des interactions ? A-t-elle une identité dans ce cas ?

Il n'est pas évident de construire un lien avec un patient qui ne se rend pas compte de l'environnement qui l'entoure, qui demeure sans expression, qui ne répondra pas à vos interactions. La difficulté même pour le soignant qui prend en soin ce type de patient, est qu'il doit construire une relation à sens unique, prendre le temps pour l'autre tout en sachant que pour le moment il ne recevra pas de retour, pas de feedback dû à son inconscience. Mais attention, celle-ci ne signifie pas que le patient ne perçoit pas son environnement. En effet, selon Michèle Grosclaude : le patient en réanimation est hypersensible, « il ressent lorsque la communication est manquante où lorsque des gestes, postures, mimiques renvoient à des connotations hostiles. » (M.Grosclaude, 2002 Penser le soin psychique 230-262). Ainsi, l'émetteur (le soignant) interagit verbalement et non verbalement avec le receveur (patient) et va influencer la relation entre eux. De plus, le patient est dans un monde à part, « le trou de réa » comme dit GROSCLAUDE, « un monde subjectif, psychotiforme et de persécution » (Michèle Grosclaude , 2013 Soins n°773 P.39.) (Nancy p.175 parle également de trou, un autre monde dans la philosophie des soins.) De nombreux témoignages de patients se rejoignent sur un point : « dites-leur qu'il faut parler » (Michèle GROSCLAUDE, 2002 Penser le soin psychique 230-262). Voilà pourquoi la communication, la posture, tout ce que renvoie le soignant est extrêmement important dans la relation qu'il crée avec le patient lors de son séjour. L'obstacle primaire est aussi les représentations soignantes du : « il est dans le coma, il ne t'entendra pas », mais la réalité est que le coma profond peut être comparé à l'état fœtal. Le coma est un « état qui est loin mais perméable aux paroles, voix et intonations ». Ainsi, « les moyens pour une relation

langagière ajustée est de renoncer à des aprioris logiques. » (Michèle Grosclaude , 2013 Soins n°773 P.39) Ainsi, le manque de parole va forcément se faire ressentir auprès du patient. S'il ne perçoit plus de son ni de voix, il peut être perdu « dans son monde » et c'est à ce moment que les traumatismes psychiques apparaissent.

Le bien être perturbé des soignants peut être aussi un des obstacles à la difficulté de créer un lien avec ces patients. La réanimation est un service où réside un stress permanent. La conséquence est qu'il impacte la santé psychique des soignants, conduisant à des burn-out. L'esprit des soignants est toujours en alerte pour permettre la surveillance des patients en état critique. Il est très difficile de demander à une infirmière d'être opérationnelle dans des prises en charge avec des relations complexes lorsque de son côté elle se sent épuisée, débordée et désinvestit. Elle se préoccupera de ses soins qui permettront de soigner physiquement le patient plutôt que du côté psychologique. Il s'agira « d'un poids en moins » . La souffrance de voir un patient dans un état critique est aussi importante à souligner. Il s'agit là d'un comportement humain, et même plus précisément d'empathie. « L'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme si il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de « comme si » ». (Pedielli , 1994 p.13-1). Ce ressenti du monde de l'inconscient peut être compliqué pour certains qui préfèrent la fuite pour se protéger de la violence. Mais attention car il faut tout de même pouvoir rassurer, se montrer disponible, observer, parler avec ces malades qui ont énormément besoin de présence humaine et de soin relationnel pour aller mieux.

Pour conclure, je me rends compte qu'une relation soignant-soigné avec un patient inconscient est plutôt complexe, mais bien réelle si le soignant s'investit. Elle est plutôt établie à sens unique car le soignant est le seul émetteur dans la relation. Certaines postures du soignant vont favoriser la mise en place de cette relation et ceci est possible grâce à l'amélioration de la formation infirmière mais aussi d'une prise de conscience des soignants sur le sujet. Ainsi « Tout l'enjeu d'une communication adéquate est de remettre le patient au centre de la relation. » (Vincent d'Hardemare, 2015, n°213, Dossier 15). Je rejoins Nancy Kentish-Barnes dans la philosophie du soin pour dire que : « La position de l'infirmière devient alors ambiguë car il s'agit à la fois d'une recherche mais aussi d'une fuite de relation avec le patient. » (Nancy Kentish-Barnes, Philosophie du soin 2010 et p.178). J'ai ainsi remarqué que certaines postures soignantes ne favorisent pas toujours l'installation d'une relation dans le soin. La conséquence du manque d'interactions humaines de la part des soignants dans la prise en soin conduit dans certains cas à considérer le patient comme objet de soin. Je me pose la question d'une déshumanisation dans les soins en lien avec toutes les difficultés rencontrées précédemment dans ce travail : lorsque la relation est mise de côté.

### c) Déshumanisation dans les soins

Dans certains cas, pour des raisons multifactorielles citées précédemment, la relation de soin est mise de côté pour laisser place complètement aux soins techniques. Est-ce donc l'échec de la mise en place de cette relation qui conduit le soignant à considérer le patient comme objet de soin ? Je me pose également la question de la possibilité de déshumaniser un soin en tant que soignant lorsque des obstacles dans la relation interviennent ?

Tout d'abord, voici une définition de la déshumanisation pour mieux comprendre. « Il s'agit d'un processus par lequel des caractéristiques humaines ne sont pas reconnues. Elle détruit ce qui fait l'essence humaine. C'est un déni chez l'autre des caractéristiques uniquement humaines, c'est-à-dire la cognition, la moralité, les émotions, l'imagination. Un humain déshumanisé sera comparé à une machine, un robot, un objet : froid, dépersonnalisé, insensible et rigide. » (Mme Jacques et Girard, Dialogue 2012 (n° 197), p 31 à 41)

« Le pire péché envers nos semblables, ce n'est pas de les haïr, mais de les traiter avec indifférence ; c'est là l'essence de l'inhumanité ». (George Bernard Shaw). Cette citation de l'auteur George Bernard Shaw appuie la définition précédente sur l'effet plus que négatif de manquer de considération pour un être humain. Elle peut s'appliquer dans le monde de la santé. En effet, cette citation me fait comprendre qu'il est possible pour un soignant de faire des erreurs dans la communication avec un patient mais celui-ci aura au moins tenté de faire quelque chose pour lui. Ces erreurs impacteront sûrement la relation soignant-soigné mais il ne sera pas moins pire que de le traiter comme s'il n'existait pas. Je m'aperçois alors qu'il faut parler même si cela est maladroit, cela apporte quelque chose de positif au patient. Par exemple, la présence humaine du soignant sera positive car cette action non verbale portera de l'intérêt à créer un lien avec le patient.

J'ai pu en déduire dans le paragraphe précédent que l'état d'inconscience de la plupart des patients admis en réanimation rendent les relations soignant/soigné complexes et que le patient devient vite dépendant de la relation qu'il entretient avec le soignant. En fait, j'ai remarqué dans mes stages qu'ils deviennent des êtres passifs et que finalement ils n'ont aucune occasion de défendre leur chance d'être considérés comme des réels sujets. Le problème ici, est que l'absence de feedback du patient va permettre la naissance de représentations telles que : « le patient est inerte et inconscient du monde qui l'entoure. Je ne prête pas attention à mes paroles ou bien mes gestes ». Il devient alors victime de la sédation qui est normalement censée le mettre au repos pour permettre une amélioration de son état. Le fait que celui-ci soit considéré comme objet de soin est en partie à cause des tubes, des machines, de toutes les technologies médicales qui l'entourent : comme un objet inerte que l'on répare. Celui-ci est devenu une sorte de mécanique humaine. Il devient méconnaissable par ses proches. Si les soignants ne s'arrêtaient qu'aux machines, à réduire le malade à sa maladie, à un numéro de chambre : le patient s'effacera et perdra son identité sociale.

Ce sont certaines attitudes qui permettent d'encourager la dépersonnalisation et d'éloigner les émotions humaines. Un témoignage d'une infirmière d'une trentaine d'année le confirme

: « Travailler “sur” un patient sédaté, sans réaction aucune, représente parfois un soulagement pour les soignants. En effet, l’infirmière peut travailler rapidement, voire même “tranquillement » pour reprendre le terme de l’une d’entre elles. « On sait qu’il ne pourra pas se plaindre » (Nancy Kentish-Barnes, Philosophie du soin 2010 et p.178).

En effet, grâce à la parole de cette infirmière travaillant en réanimation, j’en déduis mon hypothèse du patient “objet”. L’action de travailler sur quelqu’un m’interroge et me choque, comme si l’infirmière était devenue mécanicienne travaillant sur sa machine. Cette citation prouve ce qui a été dit précédemment : certaines infirmières préfèrent éloigner tout ce qui a un impact sur leurs émotions pour ainsi permettre de soigner sans être impacté psychologiquement. Mais c’est aussi permettre d’éloigner la violence de ce qu’elle voit, de ce qu’elle fait à un patient dont le pronostic vital est parfois engagé. Celle-ci préfère une relation limitée aux gestes pour faire son travail. Néanmoins, un patient conscient au contraire demande plus d’attention, de temps et de relation. Voilà pourquoi cette infirmière est soulagée lorsqu’elle prend en soin un patient intubé. Une étude qualitative d’observation du travail infirmier que GROSCLAUDE michèle cite dans son livre (M.Grosclaude, 2002 Penser le soin psychique 230-262) « montre qu’une infirmière ne communique avec un patient sédaté que 3 à 5 min sur 4h. », en plus, cette communication n’est basée que sur les tâches à effectuer et non pas un soin relationnel. Il n’y a pas de prise en compte du bien-être social du patient.

Un autre point à aborder serait la pudeur du patient. En réanimation, les patients ne sont recouverts que d’un drap. Ils n’ont pas de vêtements, ni de sous-vêtements. Ils sont complètement nus dans leur lit du fait des nombreux soins qui requièrent l’accès aux corps et parfois les parties intimes. L’équipe, qui change régulièrement, est donc exposée à ce corps complètement dénudé. Dans les soins, les soignants tentent tout de même de respecter la pudeur des patients. Je me rends compte de tout cela lors de ma situation de départ, et je ressens comme une impression désagréable que le patient devient la chose de toutes les mains des professionnels. Un homme nu qui sert de support de travail aux soignants, sans qu’il n’ait le moindre pouvoir sur ce qui est fait pour lui car il ne peut intervenir avec l’environnement extérieur, emprisonné dans son propre corps. Le patient est ainsi spectateur du soin et non pas un acteur de sa santé.

La problématique de ne pas interagir avec le patient est que les soignants ne se soucient plus du bien-être social du patient : cela constitue une déshumanisation. Ainsi, pour prévenir ce comportement néfaste, les soignants doivent adopter certaines postures. Cette correction a déjà été abordée dans les autres thématiques et restent globalement les mêmes. C’est à dire, remettre le patient au centre de la relation, le redéfinir comme sujet, lui parler en n’oubliant pas de lui laisser une place pour son existence psychique (lui permettre le temps de la pensée), de le rattacher à l’environnement (exemple lui dire que sa famille est passée etc..), utiliser le toucher, rassurer, se montrer disponible, les observer pour montrer notre intérêt.

Il y a également un projet que j’aimerais citer, il s’agit d’une action d’humanisation des soins en réa : penser le patient comme sujet. Il a démarré en janvier 2013 porté par l’hôpital

intercommunal André Grégoire de Montreuil. Celui-ci propose des outils de communication et d'évaluation des besoins du patient pour rester en lien avec lui et limiter la déshumanisation des soins.

La création de ce genre de projet, ainsi que quelques écrits d'articles me montrent donc que la déshumanisation des soins et le patient objet est un réel problème dans certains services comme la réanimation. Ce travail me montre également qu'il est possible de dépersonnaliser quelqu'un, de le réduire qu'à une machine, sans identité. Le patient est ainsi semblable à tous les patients puisqu'il n'est réduit qu'à "l'inconscient intubé", il perd son caractère, sa nature, sa personnalité. Il s'agit là d'une représentation typique de ce service. Le risque est que ce manque d'humanité, de contact humain envers ces patients impact l'efficacité des soins lors de l'hospitalisation. Ainsi je me demande pourquoi les soignants ont cette attitude de dépersonnalisation pour se concentrer sur les techniques de maintien en vie en se fixant sur les machines, si cette déshumanisation impact l'efficacité des soins. Ceci est complètement paradoxal. Mon hypothèse est que ces comportements soignants seraient en lien avec des représentations, des idées préconçues qui guident leurs actions. Si la déshumanisation dans les soins est possible, alors je peux tout à fait remettre en question la qualité des soins relationnels en réanimation. Quelle est la place de la relation de soin et quels sont les critères qui permettent sa qualité ?

La relation soignant-soigné est un concept qui demande du temps à se mettre en place. Cette rencontre entre ces deux sujets est complexe à mettre en place surtout en réanimation où le silence du soigné inconscient pose des difficultés et limite sa construction. Elle est parfois à sens unique lorsque le patient n'émet pas de feedback, c'est à cause de cette difficulté que le soignant peut adopter une posture fuyante. Cela le conduit alors à éloigner le patient du soin, le considérer comme objet de soin et ainsi déshumaniser le soin. Cette posture va alors poser question concernant la qualité des soins.

## C - La Qualité de soin

### a) Définition

Tout d'abord, pourquoi définir la qualité des soins ? En effet, j'aborde ce thème dans ce travail puisque la communication et les relations dans les soins sont des concepts qui amènent à construire un soin de qualité. Je me demande alors pourquoi ? Ce questionnement est d'ailleurs illustré dans ma situation d'appel. Je suis curieuse ici de savoir pourquoi je me sens obligée de communiquer avec les patients même inconscients, comme si cela était le facteur 1 de la qualité selon mes représentations. La communication est un acte fondamental dans notre métier. Mais alors pourquoi représente-t-on l'infirmière comme une personne qui va écouter, rassurer et parler au patient ? Mais aussi pourquoi une "bonne infirmière" est-elle celle qui communique ? Enfin, je me demande comment faire pour créer une relation soignant- soigné de qualité ?

« La qualité des soins est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité. Ils

doivent être efficaces, c'est-à-dire reposer sur des bases factuelles et être dispensés à ceux qui en ont besoin ; sûrs, c'est-à-dire éviter de porter préjudice à ceux qui en bénéficient (sécurité) ; et centrés sur la personne, c'est-à-dire correspondre aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque individu. Ce n'est pas tout, ils sont aussi équitables. Donc les soins prodigués doivent permettre de restaurer la santé des usagers sans différence avec impartialité, mais aussi être accessible à tous. » (définition de l'OMS). Le but recherché selon cette définition est donc de pouvoir parvenir au meilleur état de santé possible grâce à des prestations.

Walter Hesbeen est un auteur fondamental de la qualité des soins. C'est un infirmier et un docteur en santé publique. Selon lui : « La qualité c'est comme la beauté, elle est dans l'œil qui regarde » (Walter Hesbeen, La qualité du soin infirmier, 2017, p.62). L'auteur veut nous faire comprendre que la qualité est subjective. Ainsi une tentative de définition de la qualité des soins est très difficile à faire puisqu'elle ne satisfera pas tout le monde. Mais il existe des déterminants de la qualité qui permettent de l'évaluer, par exemple selon Hesbeen il y a : « les aspects politique et économique, l'organisation des structures, les réflexions philosophiques, la connaissance technique et scientifique, la formation des professionnels, la compétence, les méthodes de recueil d'information sur les pratiques, la démarche d'évaluation tout cela centrée sur la personne soignée et leur entourage » (Walter Hesbeen, La qualité du soin infirmier, 2017, p.70). Elle n'est ainsi pas maîtrisable et est en constante évolution. En fait, chacun a sa vision de la qualité donc elle diffère selon les représentations de chacun.

## b) Les représentations soignantes de la qualité de soin

### 1) *La communication*

Tout d'abord, voici une étude statistique pour comprendre les représentations des patients et des soignants sur la communication à l'hôpital. Il s'agit de l'étude Harris interactive pour la fondation MACSF.

« Dans la population française, 98% déclarent que le sens de la communication joue un rôle important dans l'opinion qu'ils se font d'un professionnel de santé. Ils considèrent que l'échange avec l'équipe soignante est primordial durant leur hospitalisation. Selon les professionnels de santé : 97% considèrent la communication avec les patients comme une dimension importante de leur métier. » (La Fondation MACSF, 2014). Ainsi, je comprends que le milieu du soin est directement relié à l'idée de communication entre les patients et les soignants. Il s'agit d'une idée préconçue, une représentation à la fois de la population mais aussi des professionnels de santé. L'hôpital est un établissement où les personnes qui y entrent se font soigner, c'est un milieu qui peut en effrayer certains à cause des soins et des examens qui peuvent être impressionnants, douloureux ou inconnus. L'information et l'échange avec un professionnel de santé qui a les compétences à la fois techniques pour pratiquer les soins et à la fois psychologiques pour accompagner les patients sont deux actions qui ont alors une fonction de sécurisation pour le patient. La communication est

alors une compétence fondamentale à acquérir en formation infirmière. La qualité de soin n'implique pas seulement que les soins thérapeutiques. « En effet, l'aspect psychologique et la prise en compte des besoins psychiques du patient font partie également de cette définition. C'est cet aspect qui va permettre de donner un sens à la relation thérapeutique. » (BOUZEKOURA F, Revue de l'INFPF, 2020). Une base sur laquelle va pouvoir s'établir une relation de soin et donc l'optimisation de la prise en charge du soigné.

Les représentations de la communication ne sont pas les mêmes du côté soignant, que du côté patient. En effet, « pour les soignants elle permet la prise en charge de qualité du soigné en respectant au mieux ses besoins. Elle est aussi un soutien et une collaboration contre l'épuisement professionnel. Quant au patient, cela est la condition d'une mise en confiance nécessaire à son bien-être et à la compréhension de ce qui l'affecte. » (BOUZEKOURA Farida, revue de l'INFPF, 2020, P.1). Cette constatation me permet de comprendre que chacun des sujets de la relation retirent un bénéfice grâce à cette communication. Effectivement, c'est grâce aux points cités qu'elle est considérée comme importante à l'hôpital. Donc, si nous prenons le sujet à l'envers, le défaut de communication aurait donc un impact direct sur la qualité et la sécurité des patients si je continue dans cette dynamique.

Voici une étude de la vision de la qualité selon chacun des intervenants : « Les patients ont une vision de la qualité des soins plus orientée sur le vécu des soins : la communication avec les soignants, les délais d'obtention d'un rendez-vous, les conditions d'un séjour dans un établissement de soins, etc. Ils évaluent les soins selon leurs propres attentes. Ils laissent l'excellence technique au second plan. ». « Au contraire, selon les professionnels de santé c'est l'excellence technique qui prime : les compétences des professionnels et l'opportunité d'exécution des soins sont primordiales. L'importance de la communication avec leurs patients ainsi que la capacité à maintenir leur confiance est le deuxième critère. » (Claire Hurlimann, page 26, 2001). Ce sont deux visions qui ont les mêmes critères de qualité mais opposées dans la priorisation des actes.

Ma représentation du soin de qualité en tant que soignante est qu'elle passe forcément par la communication, et qui peut aboutir en règle générale par une relation soignant soigné. Le soin peut être à la fois de qualité par la technicité mais lié à la fois au relationnel : l'un ne va pas sans l'autre. Je ne suis pas forcément en accord de diviser et de prioriser l'un ou l'autre puisqu'ils vont de pair. De plus, je pense que la communication est un soin primordial ancré dans les soins relationnels qui améliore l'état de santé par une mise en confiance du sujet. Ainsi, il s'agit complètement d'un facteur de qualité des soins puisqu'il est essentiel au bien-être du patient. Elle a une réelle influence sur la santé par amélioration de certains symptômes et permet dans certains cas la maîtrise de la douleur. « D'ailleurs de nombreux patients et leurs familles témoignent leur désir de rencontrer des professionnels ouverts qui possèdent des talents de communication ainsi que des qualités interpersonnelles ». Ils le disent eux-mêmes, et nous devons en tant que soignant permettre au mieux de respecter leurs besoins en termes de qualité. (BOUZEKOURA F, Revue de l'INFPF, 2020).

On attend donc d'un soignant des compétences relationnelles en termes de communication que ce soit la famille, le patient ou l'hôpital (qui exige des critères qualités), et que la finalité

soit une relation de confiance entre les intervenants. La communication entre les professionnels et les patients est donc un facteur décisif de l'interprétation du soin considéré comme de qualité ou non. Elle est ainsi le point de départ de la qualité dans les soins. Si la communication est mauvaise, cela influe forcément sur la qualité des soins.

Finalement, mes représentations absolues de communiquer rejoignent la plupart du temps les croyances soignantes. La communication est une attente des patients lors de l'hospitalisation. Des mécanismes inconscients chez eux (communication non verbale) me l'ont fait comprendre durant mes stages. Par exemple, les patients qui ont beaucoup de questions qui attendent qu'on les rassure, ou bien ceux qui attendent de prendre le temps pour discuter : « vous partez déjà ? ». Voilà pourquoi inconsciemment je me sentais obligée de communiquer pour construire une relation avec eux. La formation infirmière guide également mes croyances car on nous apprend comment construire une relation de confiance avec nos patients.

Pour conclure, une bonne communication est un facteur de qualité selon les professionnels, les patients et leur famille. Mais quand-est-il de la relation soignant soigné ? Puisqu'elle est basée sur la communication, comment faire pour qu'une relation de soin soit de qualité ?

## *2) Relation dans les soins*

Nous avons vu dans la partie précédente qu'il était possible de déshumaniser un soin et donc de ne pas favoriser la relation avec le soigné. Ceci a un impact sur le patient et donc forcément sur la qualité de la prise en charge. Mais alors quelle place pour les soins relationnels ?

Tout d'abord, lorsqu'on aborde la qualité, je pense notamment en formation infirmière, le premier critère qui me vient à l'esprit est l'évaluation grâce à des outils des prestations de soins hospitaliers. D'ailleurs lorsque l'on tape : « qualité de soin » sur internet, ce qui revient le plus souvent c'est une définition orientée sur une démarche permettant une pratique technique de sécurité et adaptée au besoin de santé du patient. Le but de cet outil est de permettre de meilleurs résultats sur la prise en soin des patients. Je sais qu'il s'agit d'un concept multidimensionnel mais je trouve que lorsqu'on recherche des informations sur "la qualité", le point concernant la relation passe au second plan derrière la technique. Ce qui me pose question. Est-elle plus difficile à évaluer ?

De plus, en formation nous étudions une UE qui est consacrée à la qualité des soins et de l'évaluation des pratiques (UE 4.8 S6). Il s'agit d'une approche de la qualité selon des techniques conformes aux protocoles de services. La qualité des soins relationnels n'est pas tellement abordée. Comme des risques sont présents dans ces unités de soins, cette UE permet d'évaluer nos pratiques pour éviter les erreurs et permettre une meilleure prise en soin. Néanmoins, les soins relationnels ont besoin eux aussi de leurs critères qualités puisqu'une mauvaise prise en charge relationnelle peut avoir des conséquences sur la qualité de la prise en soin globale. Je l'ai d'ailleurs mentionné précédemment : une mauvaise communication avec les patients peut être source de complications (atteinte de leur santé

psychique à la sortie d'hospitalisation pour les patients inconscients). Ainsi, je ne partage pas les mêmes représentations citées ci-dessus. La qualité des soins relationnels est à évaluer également.

Lorsque les soignants ne mettent pas le patient au centre de la relation, cela porte atteinte à la qualité des soins. Lorsque l'on déshumanise un soin, toute la qualité de la prise en charge est remise en cause. Je vais vous montrer les raisons de cette affirmation. Je tiens à souligner que mes recherches sur ce concept portent essentiellement sur les dires de l'auteur Walter Hesbeen dans son ouvrage La qualité du soin infirmier de 2017. C'est un auteur qui va étudier la qualité des soins selon ses deux aspects : relationnel et technique.

Tout d'abord, selon lui les déterminants essentiels permettant un soin qualité sont : « l'accueil, l'écoute, la disponibilité, la créativité combinée à la connaissance de nature scientifique et leur habileté technique » (p.57). Ainsi, si le soignant ne communique pas avec le patient ou ne tente pas de créer un lien relationnel avec lui, il ne pourra pas permettre un soin de qualité. En tout cas, il ne pourra pas le faire à 100% puisque la plupart des déterminants cités n'apparaîtront pas. Par exemple, si un soignant ne prend pas le temps de resituer un patient dans le temps, il ne se montrera pas disponible.

D'ailleurs selon Hesbeen, « c'est le fait que les patients et leurs proches se sentent considérés, reconnus comme interlocuteurs dans la situation qui est la leur, qui permettent la qualité des soins. La qualité du discours des professionnels doit permettre au patient de se sentir au centre de la relation de soin. » (p.26). C'est cette posture qui doit être adoptée par le soignant pour permettre une qualité de prise en charge, il ne doit pas se mettre en avant (je pense notamment à l'effet blouse blanche, le professionnel de santé savant) mais laisser la place au patient. Je pense par exemple au fait de laisser un blanc lorsque nous parlons avec un patient inconscient pour lui laisser la place d'une potentielle réponse, c'est le considérer.

La qualité selon lui c'est aussi de : « prendre soin d'une personne dans la situation particulière de vie qui est la sienne : c'est-à-dire en la singularité de son existence. » (p.30), parce qu'en effet la notion de prendre en soin c'est l'essence même de la qualité selon moi. Si je porte attention à l'autre, je veille ainsi à la satisfaction de ses besoins. Le patient attend de nous, soignants, de prendre en compte ce qui lui arrive dans la vie. Nous contribuons à l'aider dans cette phase difficile. Je prends ainsi le patient pour quelqu'un d'unique, avec une prise en charge individualisée et des émotions qui lui sont propres. C'est comme cela que je vais permettre une qualité de soin : en personnalisant la prise en charge globale. D'ailleurs « cette attention particulière du soignant est fondée sur une relation de qualité où chacun se veut et se sent égal en humanité, équivalent en dignité. ». Cette relation est utile à l'un comme à l'autre. Cette citation de l'auteur permet d'appuyer mon raisonnement.

Une relation est de qualité selon moi lorsqu'une attention particulière et individuelle est portée au patient, cela favorise notamment la confiance entre les deux sujets. Le prendre en soin est une posture qui permet de porter attention à l'autre et de ses besoins. C'est une valeur qui permet d'éviter de considérer un patient comme un objet de soin. Il est parfois difficile à faire lorsque le soignant manque de temps ce qui le conduit à porter son attention

sur l'organisation de son travail. En revanche, ne pas prendre en compte l'homme avec un grand H compromet la qualité des soins. Cette qualité relationnelle est au centre de la prise en soin et est fondamentale, ce qui permettra de prendre le patient comme un partenaire de soin. Tout cela permettra au final une santé de qualité. Les représentations soignantes jouent un rôle dans la qualité des soins puisque ce sont ces pensées qui vont guider les soignants à faire ou ne pas faire. Les professionnels doivent donc faire preuve de remise en question et d'analyse de leurs pratiques pour faire évoluer cette qualité.

### Synthèse générale :

La communication avec les patients inconscients est un concept complexe, surtout lorsque les professionnels de santé ne connaissent pas les effets de la sédation sur le patient. Elle est différente et unique avec ces patients qui n'ont pas d'interactions avec leur environnement. Des représentations concernant la communication font souvent surface car l'état d'inconscience est peu connu et très flou. Ce manque de connaissance a pour conséquence chez les professionnels de santé de négliger le côté relationnel dans la prise en soin des patients, de n'associer celui-ci qu'à un objet inanimé. Des stratégies de communication permettent la construction d'une relation soignant soigné avec le malade même si elle est à sens unique puisque le patient peut dans certains cas ressentir des voix, des intonations et la lumière. Le coma artificiel est un état perméable et si nous ne mettons pas le patient au centre de la relation des répercussions sur sa santé apparaissent. La déshumanisation est un phénomène qui peut apparaître dans les soins et elle n'est pas si rare que ça. Considérée comme une maltraitance douce, elle peut être une violence négligée des soignants qui ne se rendent pas compte des effets négatifs que cela procure chez le patient, qui perd peu à peu son identité sociale. Cette communication perturbée qui pose des limites dans la relation soignant-soigné conduit à une remise en question de la qualité des soins relationnels, puisque la communication et la relation soignant-soigné sont deux critères de la qualité des soins qui sont fondamentaux pour le bien être psychologique du patient. Les soins relationnels ont toute leur place en réanimation, il faut juste y porter une attention et avoir le sens de l'observation.

### V - Question de recherche

En quoi la communication, auprès de patient sédaté, permet-elle de créer une relation soignant-soigné de qualité ?

### VI - Hypothèse de recherche

Le toucher dans les soins permet d'établir une communication non verbale et donc une relation de soin conduisant ainsi l'amélioration de la qualité de la prise en soin relationnelle du patient inconscient.

## VII - Choix de l'outil de recherche

Pour confirmer mon hypothèse de recherche je souhaiterais effectuer une enquête qualitative anonyme par le moyen d'entretiens semi-directifs. Je pense que réduire la quantité d'entretiens permettra une meilleure qualité des réponses. C'est ce que je recherche puisque ce seront des témoignages de personnes qui pourront ajouter leurs opinions personnelles et enrichir ce travail. Les réponses seront plus naturelles grâce à un échange entre l'interlocuteur et la personne interrogée. Cette enquête sera plus fluide et authentique. Les intervenants pourront répondre à presque toutes les questions, qu'un questionnaire écrit risque de manquer de précisions ou même de réponses. De plus, la personne pourra demander une reformulation si cela n'est pas clair, si elle a besoin de plus de précision. Je poserai ainsi quelques questions de départ qui vont structurer les entretiens pour ensuite s'orienter vers d'autres plus précises. (effet entonnoir). Cette méthode favorise l'expression de la personne interrogée. L'entretien durera environ une vingtaine de minutes. Une trame des questions sera prédéfinie pour structurer l'entretien et éviter de s'éparpiller. Éviter de s'éloigner du but principal. La population cible sera donc des infirmiers de réanimation ainsi que des patients sortis du coma.

## CONCLUSION

Ce travail a suscité mon intérêt puisqu'en effet la sédation est un état très intrigant, qui suscite beaucoup de questionnements. La communication en réanimation est un sujet très vaste que je voulais aborder en accentuant plus précisément mes recherches sur la relation avec le malade mais pas que. Notamment ceci : ma représentation du soin est qu'il est de qualité que si nous communiquons avec le patient. Je me demande ainsi pourquoi ? Puis chercher et développer ceci dans mon travail d'initiation à la recherche. Mes recherches du départ en ont découlé un autre questionnement qui s'est affiné au fur et à mesure. Cela a été une des difficultés de ce travail puisque je m'éparpillais, il était compliqué de me recentrer sur mon objectif de recherche de base. Ces recherches m'ont beaucoup servi, je suis retournée en stage de réanimation. J'ai donc pu noter une évolution : après le premier stage et le commencement du TIR, pendant le deuxième stage et la fin du TIR. Les recherches que j'ai effectué pendant le début de ce travail ont pu m'aider pour le second stage. J'ai pu également vérifier mes hypothèses sur le terrain. Ces recherches approfondies m'ont permis de comprendre ce qu'est la sédation, ce milieu perméable, ainsi que de l'impact de la présence d'une communication lors de la prise en soin de ces patients vulnérables et hypersensibles. Les citations majeures de ce travail sont celles de Mme GROSCLAUDE auteure fondamentale de ce sujet qui a pu l'étudier d'une façon qui me parle énormément. De plus, ce travail a pu remettre en question ma pratique du début et j'ai pu rectifier mes actes lors de ce dernier stage de ma formation. Je voudrais conclure par une citation qui selon moi résume mon travail :

« Dites-leur qu'il faut parler au malade » - Michèle GROSCLAUDE

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

PHANEUF, M. (2016). La relation soignant-soigné, l'accompagnement thérapeutique. (2e éd.) Chenelière Éducation.

GROSCLAUDE, M. (2009). Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient. Elsevier Masson.

WORMS, F., LEFÈVE, C., BENAROYO, L et MINO, J-C. (2010). La philosophie du soin, éthique, médecine et société. Presses universitaires de France. P.173 à 188.

MANOUKIAN, A. (2014). La relation soignant soigné (4e éd.). Lamarre

HESBEEN, W. (2017). La qualité du soin Infirmier, de la réflexion éthique à une pratique de qualité (7e éd.). Elsevier Masson.

### Article de revue :

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

LA BRIERE, A et PAPAS, A (2015) Les soignants face aux comas. La revue de l'infirmière. (213). volume 64. 15-28

VEILLARD, S (2011) Communiquer avec un patient dans le coma. L'aide soignante. (130), 12-13.

### Article de revue internet :

POCHARD, F. KENTISH-BARNES, N. AZOULAY, E. (2007). Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation. Elsevier Masson.  
[https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0710-Reanimation-Vol16-N6-p533\\_537.pdf](https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0710-Reanimation-Vol16-N6-p533_537.pdf)

BAGGIO, S (2011). La communication. Cairn.  
<https://www.cairn.info/psychologie-sociale--9782804164010-page-67.htm?contenu=resume>

HABEREY-KNUESSI, V. HEEB, J-L. MORGAN DE PAULA, E. L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Recherche en soins infirmiers. 2013/4 (n°115). 8-18.  
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-8.htm#s1n7>

AZRIA, E. (2013). Le soignant et la standardisation des pratiques médicales. Laennes. (61) 32-41. <https://www.cairn.info/revue-laennec-2013-3-page-32.htm>

PELLISSIER, J. (2006) Réflexions sur les philosophies de soins. Volume 29. N°118. 37-54  
Gérontologie et société.  
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-3-page-37.htm>

SVANDRA, P (2008) Un regard sur le soin. N°95. 6-13 Recherche en soins infirmiers.  
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-4-page-6.htm>

FORMARIER, M (2007) La relation de soin, concepts et finalités. N°89. 33-42. Recherche en  
soins infirmiers.  
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

JACQUES, A. GIRARD, N. (2012) Corps et souffrances génocidaires. N°197. 31-41. Dialogue  
<https://www.cairn.info/revue-dialogue-2012-3-page-31.htm>

CHOUGRANI, S. DALI ALI, A. (2011) Perception de la qualité des soins chez les professionnels  
de santé de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran (EHUO) Santé publique. (23).  
475-485 <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-6-page-475.htm>

#### Liens de site Internet :

ANESM (2012). Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la  
prévention et le traitement de la maltraitance. Haute autorité de santé.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm\\_synthese-maltraitanceetablissement.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-maltraitanceetablissement.pdf)

FRÖHLICH, A et BRUYET, B. (2019). Immersion en réanimation : quand l'approche de la  
Stimulation Basale aide à la recouverte de soi. 1-11.  
<http://stimulationbasale.fr/V2/wp-content/uploads/2020/03/BRUYET-Blandine-Immersion-en-r%C3%A9animation-2019-GSBF.pdf>

COLLOVALD, A. GIL, F. SINDZINGRE, N. TAP, P. (2022) Encyclopédie Universalis  
[\(https://www.universalis.fr/encyclopedie/identite/2-psychologie/\)](https://www.universalis.fr/encyclopedie/identite/2-psychologie/)

LOT, C. (2022) Suspicion de maltraitance sur l'un de vos patients : comment agir ? MACSF  
<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/maltraitance-sur-les-patients-comment-agir>

FUTURA SCIENCE. Coma : qu'est ce que c'est ?  
<https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-coma-4012/>

CEBERIO, MARCELO, R (2020) Paul Watzlawick et la théorie de la communication humaine.  
<https://go-management.fr/paul-watzlawick-et-la-theorie-de-la-communication-humaine/>

POCHARD, F (2011) Troubles psychiques des malades pendant et après leur séjour en  
réanimation. Académie nationale de médecine.  
<https://www.academie-medecine.fr/troubles-psychiques-des-malades-pendant-et-apres-leur-sejour-en-reanimation/>

Qualité des soins OMS [https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)

Harris interactive (2014) Le regard des Français et des professionnels de santé sur la communication patients / soignants [https://harris-interactive.fr/opinion\\_polls/le-regard-des-francais-et-des-professionnels-de-sante-sur-la-communication-patients-soignants/](https://harris-interactive.fr/opinion_polls/le-regard-des-francais-et-des-professionnels-de-sante-sur-la-communication-patients-soignants/)

BOUZEKOURA, F (2020) Communication et santé. Revue de l'INFPF <http://www.infpf.dz/revue/2020/10/17/savez-vous-que-la-communication-est-la-cle-de-la/>

ADSP n°35 (juin 2001) Les principes généraux de la qualité <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad352328.pdf>

BERNARD SHAW, G Citation Le Figaroscope <http://evene.lefigaro.fr/citation/pire-peche-envers-semblables-hair-traiter-indifference-essence-6008.php>

#### Autres documents :

Cours magistraux UE 4.2 S3 des définitions de la relation d'aide selon Carl Rogers

Liens de la photo de couverture : [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/covid-19-pres-de-300-morts-en-24h-la-decree-se-poursuit-en-rea\\_149340](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/covid-19-pres-de-300-morts-en-24h-la-decree-se-poursuit-en-rea_149340)

## QUATRIÈME DE COUVERTURE

Communiquer au delà des mots :

Résumé :

La formation infirmière nous apprend comment s'y prendre pour entrer en relation avec un patient lors de son séjour à l'hôpital. La communication en est la clé. Tous les soins relationnels passent par cette interaction et les infirmiers doivent manipuler cet art pour assurer une prise en soin que je considère de qualité.

Lors de ma situation de départ, je suis confrontée à la difficulté de prendre en soin un patient sédaté. Je me suis alors tout de suite posée la question suivante : Comment puis-je faire lorsqu'il faut communiquer avec des patients sédatés en réanimation ?

Dans ce travail, j'ai voulu évoquer une approche de la communication que l'on imagine pas au premier abord : une utilisation dans le plus grand des silences des patients. Les limites, les impacts de la communication et de son aboutissement en relation soignant soigné seront les grands sujets abordés.

Au fur et à mesure de mon travail, une question bien plus profonde s'est finalement posée. Il s'agira de ma question de recherche : En quoi la communication, auprès de patients sédatés, permet-elle de créer une relation soignant soigné de qualité ?

*Mots clés* : communication, relation soignant soigné, qualité des soins, représentation, patient sédaté

Communicate beyond words :

Abstract :

Nursing course teaches us how to be in a relationship with patients in the hospital. Communication is the key. All the relational care goes through communication. Nurses must manipulate this kind of art to supply care that I define as quality.

In my starting situation, I'm faced with a difficult situation which is taking care of a sedated patient. I immediately ask myself the next question : What can I do when we must communicate with sedated patients in the intensive care unit ?

In this work, I wanted to mention a vision of communication that we didn't imagine in the first place : a use of this in the greatest patient's silence. Limits, impact of communication and also its aboutishment in caregiving relationships are the topics most discussed in this work.

As my work progresses, a more deepest question has finally come up. It will become my research question : How does communication with sedated patients allow to create a caregiving relationship of quality.

*Key words* : communication, caregiving relationship, quality of care, representation, sedated patients