

Table des matières

INTRODUCTION	3
Première partie : le cadre conceptuel	4
1- La réanimation	4
1-1- Définition	4
1-2- La technicité propre du service	4
1-3- Les représentations du service de réanimation	5
1-4- Conceptions et rythmes des soins en réanimation	6
1-5- Un monde « stressant et angoissant»	6
2- Le prendre soin	7
2-1- Prendre soin est un art	7
2-2- Prendre soin en réanimation	8
2-3- Prendre soin en prenant compte l'évolution des technologies	9
3- Les soins infirmiers	9
3-1- Historique des soins infirmiers	9
3-2- Les dimensions du rôle infirmier	12
4- Le soin psychique	15
4-1- Définition	15
4-2- Les différents types et les aspects du soin psychique	15
4-3- Les outils de sa mise en œuvre	17
4-4- Les obstacles au soin psychique	17
5- Le caring	18
6- La relation d'aide	19
PARTIE EXPLORATOIRE	20
1- Justification du choix de la méthode	20
2- Présentation et analyse des résultats	20
3- Résultats des questionnaires	20
3-1- Informations personnelles	20
3-2- Définition du « prendre soin »	21
3-3 Le « prendre soin » aux soins intensifs. Le « prendre soin » de qualité est-il réalisable ?	22
3-4- Les conditions pour un prendre soin de qualité	23

3-5- Les critères à prendre en compte pour réaliser un soin	24
3-6- Influence des technologies sur le prendre soin	25
3-7- Trouvez-vous plus facile de réaliser un soin « technique » qu'un soin relationnel ?	25
3-8- Influence de l'aspect technique sur la prise en charge en réanimation	26
3-9- Définition de « soigner » et de « prendre soin ». Les deux font-ils de pair au sein de l'unité ?	27
3-10- Trouvez-vous facile de concilier le « prendre soin » aux soins intensifs, en sachant que vous devez souvent agir de façon urgente ?	28
4- Synthèse de résultats à partir de grille d'observation et analyses	28
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES 1	40

INTRODUCTION

Dans le cadre de la finalisation de la formation infirmière, il est demandé aux étudiants de réaliser un travail écrit. Ce travail conduit l'étudiant à faire un travail de recherche sur un thème bien défini et à entreprendre une réflexion structurée. Le mien concerne le soin et le prendre soin en unités de soins intensifs. Cela est sujet à discussion, notamment en ce qui concerne la conciliation de ces deux notions. Leur mise en pratique peut relever de nombreuses difficultés car à premier abord, la technique semble plus importante que le relationnel. Cependant, tous deux sont aussi importants l'un que l'autre. Le choix de ce sujet est motivé par l'expérience professionnelle que j'ai acquise lors de ma formation pratique. En effet, au cours de mes stages, j'ai rencontré plusieurs patients dans un état de santé critique et qui avaient besoin d'une prise en charge physique et psychique.

D'après moi, ce travail n'est pas le couronnement de ma formation, mais un pas pour franchir une nouvelle porte : celle de mon entrée à ma vie professionnelle.

Etudiants et professionnels de santé ont tous vécu au cours de leurs expériences des situations qui les ont marquées et lesquelles ont générer des échanges, des interrogations et des remises en question.

Le thème que j'ai choisi de présenter dans ce travail, et qui fait l'objet de ma recherche, est une des celles qui m'a le plus touché, compte tenu de sa particularité. Pour certains comme pour d'autres, il peut s'agir de faits anodins, mais à mon point de vue, il est un sujet qui mérite une réflexion approfondie. Cette question a été à l'origine d'un questionnement de ma pratique, notamment en termes de qualités relationnelles.

J'exposerai en première partie le cadre conceptuel à travers lequel plusieurs notions seront explorées : la réanimation, le prendre soin, les soins infirmiers, les soins psychique, le caring et la relation d'aide. Après cette partie, je présenterai les résultats de questionnaires que j'ai menés auprès de professionnels sur terrain. Une analyse à partir d'une grille d'entretien sera également effectuée.

Première partie : le cadre conceptuel

1- La réanimation

1-1- Définition

Pour aller plus loin dans ma réflexion, je vais d'abord essayer de définir la réanimation. L'OMS donne la définition ci-après : « *La réanimation est l'ensemble des moyens, dispensés par des médecins spécialisés (réanimateurs) permettant de rétablir ou surveiller les fonctions vitales momentanément défaillantes et compromises mettant directement en jeu le pronostic vital, susceptibles de survenir au cours de traumatisme, de situation médicale aiguë ou chirurgicale. Elle implique un monitoring continu des fonctions vitales et le cas échéant, le recours à des méthodes de suppléance (transfusion de dérivés sanguins, remplissage vasculaire, ventilation mécanique, hémodialyse, circulation extracorporelle, etc)* »¹.

A l'hôpital, un service de réanimation est défini comme une discipline qui demande un plateau technique lourd et présentant des différences importantes par rapport aux autres services. En effet, un service de réanimation requiert une équipe médicale et paramédicale ayant de bonnes qualifications et très performantes.

1-2- La technicité propre du service

Comme la définition présentée dans le paragraphe I.1. l'a indiquée, le service de réanimation présente une technicité et des caractéristiques qui lui sont propres. Ces caractéristiques propres sont apparues dans les années 50. Elles ont été utilisées afin de compenser les paralysies au niveau de la respiration. Les techniques ont aussi été utilisées chez les patients souffrant d'une poliomyélite et ayant des difficultés respiratoires. C'est en 1853 que le terme « réanimation » fut employé pour la première fois, par Jean Hamburger, un médecin français. Peu de temps après sa mise en œuvre, la réanimation s'est considérablement évoluée,

¹ BOUCHE TH. 1998. Les débuts de l'anesthésie, 52, N°9, 935-939

principalement à partir des années 60.

Du point de vue technique, plusieurs appareillages sont reliés aux patients en réanimation. Cet ensemble d'appareils est formé de :

- respirateurs : ils servent à la suppléance de la fonction respiratoire
- scopes ou appareil de monitoring : ce sont des appareils dont le rôle consiste à surveiller de manière continue les fonctions hémodynamiques, cardiaques et ventilatoires du patient.
- seringues auto-pousseuses : elles servent à faire des injections programmées.
- appareils à dialyse
- défibrillateurs cardiaques
- cathéters spécifiques

Actuellement, la réanimation fait appel à de nombreuses techniques d'investigation :

- le cathétérisme cardiaque
- le doppler

Par ailleurs, il est important de mentionner que plusieurs affections peuvent faire l'objet d'une prise en charge dans un service de réanimation :

- insuffisances organiques aiguës,
- états de choc,
- hémorragies,
- infections sévères,
- intoxications,
- période post-opératoire de chirurgies lourdes,
- comas etc.

1-3- Les représentations du service de réanimation

Compte tenu des appareillages utilisés en réanimation, ce service est considéré comme un « monde à part »². Cela est aussi valable pour le patient que pour le soignant. Il est à noter que le soignant se trouve au cœur de la prise en charge

² GROSCLAUDE M, « réanimation coma, soins psychique et vécu du patient », Ed Masson, 2002, p 146.

qu'il prodigue et doit faire preuve de très bonnes compétences techniques afin d'assurer une excellente maîtrise de l'environnement technique et dans le but de faire face aux responsabilités qu'il a.

1-4- Conceptions et rythmes des soins en réanimation

Dans un service de réanimation, les soins se déroulent de manière caractéristique. Les soins s'effectuent à deux niveaux D'une part, il y a les soins purement techniques lors desquels les actes médicaux prescrits sont réalisés, ainsi que toutes les manœuvres de réanimation. D'autre part, il y a les gestes effectués de telle manière à promouvoir l'hygiène et le confort du patient. Lors de ces gestes, les fonctions des patients sont maintenues non perturbées.

Les soins suscités sont associés en un travail en binôme qui est formé avec une infirmière et une aide-soignante. Ce binôme travaille suivant un rythme régulier de « tournées » à intervalle de 2 à 3 heures en fonction des prescriptions médicales et des services, éventuellement compte tenu des cas et des besoins des patients.

Généralement, les fonctions des patients comateux sont perturbées. Comme ils sont grandement dépendants, ils ont besoin de multiples surveillances et plusieurs soins d'entretien, de prévention et de confort. Ces différents soins sont réalisés dans une omniprésence de l'équipe soignante.

1-5- Un monde « stressant et angoissant»

Le service de réanimation est un monde qui associe angoisse et stress. Cela a été mentionné par plusieurs auteurs. Le coma ne permet pas au patient d'avoir des souvenirs précis et de voir des faits objectifs et descriptifs. La plupart du temps, le vécu en réanimation est relaté comme un fait subjectif d'une expérience bouleversante.

De nombreux patients n'ont pas de souvenirs précis qu'ils peuvent décrire. Cependant, ils gardent des sensations qui restent après le coma, voire à la sortie du service : images guerrières, réminiscences, dépersonnalisation, sensation de désappartenance. Il est à noter que des souvenirs liés au coma restent à la phase

d'éveil, et même après.

Une étude sur le ressenti des patients sortis du coma a été menée par un chercheur en psychologie, Michèle Grosclaude. D'après cette chercheuse, la dépression serait la principale cause de cette désillusion. En effet, le patient souffrirait d'une perception mal structurée et désorganisée lors de la période de coma. Le patient est alors traumatisé et fait une interprétation traumatisante et irrationnelle confuse. La chercheuse qualifie alors cet état de « paranoïde ». Ainsi, le patient comateux aurait des perceptions qui laissent des traces refoulées dans son subconscient mais qui restent actives tout au long de sa vie, du moins pendant une longue période.

2- Le prendre soin

2-1- Prendre soin est un art

Les actes de soin ne doivent pas être seulement techniques. En effet, les professionnels sont sollicités, dès leur formation, à faire en sorte que les soins se déroulent dans les meilleures conditions. Cela est valable aussi bien pour eux-mêmes que pour les patients qu'ils prennent en charge. Les soins doivent être réalisés dans le but de permettre au patient de rester dans le confort. C'est pour cela que je vais essayer de développer par la suite l'idée sur les soins relationnels. Ces soins sont les plus souvent considérés comme donnant un sens à la prise en charge d'un patient.

Les soins relationnels constituent l'ensemble des actions qui relèvent du conseil et du soutien en dehors de tout acte technique. Le soin relationnel, soin à part entière, a pour objectif d'apporter une réponse à une demande de réconfort, d'écoute, de réassurance et de présence de la part des patients, d'autant plus que ces derniers se situent au sein d'un environnement qui leur est inconnu et qui est chargé de représentations. On verra ainsi s'installer la relation soignant-soigné quand la mise en confiance s'installe. C'est cette confiance qui différencie la relation soignant-soigné du soin relationnel.

2-2- Prendre soin en réanimation

En réanimation, la prise en soin est très souvent conçue comme une valeur de base qui sert de motivation à une approche au cœur de laquelle se trouve la personne soignée. Elle est fondée sur des connaissances professionnelles. Pour les patients, les compétences des soignants tiennent une place importante et leur présence attentive est la plus attendue, de même que le respect pour leur personne.

Comme la réanimation est un service dans lequel est mise en jeu la survie des patients, elle est souvent associée à la fin de vie.

La fin de vie est sujette à de multiples questions aussi bien auprès des professionnels de la santé que du grand public. Quels sont les textes législatifs sur la fin de vie et quel en est l'historique ?

Le premier texte officiel concernant la fin de vie est la circulaire Laroque du 26 août 1986 sur l'accompagnement des patients en phase terminale et l'organisation des soins.

La loi n°99477 du 9 juin 1999 porte sur le droit d'accès aux soins palliatifs. Elle concerne essentiellement les soins à domicile et définit les soins palliatifs, le rôle des bénévoles, les centres de lutte contre le cancer, le congé d'accompagnement d'un patient en fin de vie et le droit du malade à s'opposer à tout moyen thérapeutique ou à toute investigation.

Les personnes en fin de vie bénéficient de droits mentionnés dans la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Il est intéressant de mentionner que ces droits ont fait l'objet de renforcement et de révision. Selon la loi Leonetti du 22 avril 2005, toute obstination déraisonnable est interdite et l'arrêt d'un traitement peut être autorisé même si cela risque de provoquer le décès du patient.

Selon la déclaration concernant la promotion des droits des patients en Europe (déclaration du 28 et du 30 mars 1994, Amsterdam), le médecin est autorisé à annoncer ou pas le diagnostic au malade après avoir effectué l'évaluation des capacités de ce dernier, en collaboration avec la famille et l'équipe soignante, à supporter un tel statut.

2-3- Prendre soin en prenant compte l'évolution des technologies

La technologie est définie comme « *à la recherche du sujet inconscient* », M GROSCLAUDE, *Ed hospitalières, 2001* »³.

Compte tenu de cette définition, les technologies ne se limitent uniquement ni aux matériels techniques ni aux machines. Ils deviennent un groupement d'outils qui sont utilisés pour améliorer la qualité des soins prodigués au patient. Nous pouvons alors constater que la technologie est différente de l'acte technique. Ainsi, elle devient primordiale pour le prendre soin. Les outils doivent alors être bien connus et intégrés avec adéquation dans le quotidien professionnel.

Une avancée technologique doit satisfaire les besoins et attentes des patients. Ces besoins supposent une réflexion fondée sur une législation et sur une éthique professionnelle dans le but d'éviter d'éventuelles utilisations inadéquates des outils.

3- Les soins infirmiers

3-1- Historique des soins infirmiers

Pour parler de soins infirmiers, il serait intéressant d'en relever les origines historiques et anthropologiques.

Comme toute profession, la profession infirmière subit des évolutions dans sa pratique. Ainsi, la population attache une grande importance pour sa représentation. Avant le 17^e siècle, aucun document sur la profession n'existe.

Entre le 8^e et le 18^e siècle, « *le métier infirmier était orienté vers le contrôle des*

³ Marie-Françoise Collière. Promouvoir la vie. 1982

maladies infectieuses et la lutte pour la salubrité »⁴. Une évolution des connaissances s'est fait observer à partir du 19^e siècle, ce qui a amené à la mise en œuvre de nouvelles techniques thérapeutiques et d'interventions ayant abouti à une prise en charge pluridisciplinaire et multidimensionnelle des patients.

Le tableau 1 présente l'évolution historique de la représentation des soins infirmiers et de l'infirmière.

Période historique	Représentation des soins infirmiers et de l'infirmière
Antiquité	L'infirmière n'avait pas essentiellement d'identification. Le patient se faisait soigner par sa famille.
Avant et lors de l'avènement du christianisme	Les soins infirmiers étaient surtout considérés comme un métier des hommes. Les infirmiers sont vus comme des aides-médecins.
Moyen-Age	Le métier infirmier et la religion sont très proches. Les soins et les visites ont été effectués par des dames. Le principe de la religion consiste à aider son prochain.
Entre le 10 ^e et le 12 ^e siècle	La profession infirmière est donnée par les filles de charités, le personnel laïc et les congrégations. Le métier infirmier est surtout monopolisé par l'église.
Renaissance	Une population soignante a commencé à apparaître. Des soins techniques sont alors dispensés par des élèves en chirurgie.
1633	La première formation professionnelle fut créée.
Révolution 1789	Les hôpitaux se trouvèrent dans un état désastreux suite aux persécutions des religieuses.
19 ^e siècle	Le personnel religieux est en nombre insuffisant et laisse les soins à un personnel non formé. La première école est alors créée en 1836.

⁴ AUG2 M. 1986. L'anthropologie de la maladie, l'Homme, XXVI, 1-2

1899	Le conseil international des infirmières a vu le jour. Les écoles en soins infirmiers commençaient à être créées partout en Europe.
20è siècle	La carrière infirmière est reconnue par la circulaire émise le 18 janvier 1902 stipulant la création d'école infirmière ouverte aux filles. C'est à partir de ce moment que l'image de l'infirmière a changé : civile ou religieuse, rémunérée ou bénévole.

Le tableau 2 présente l'évolution de la profession infirmière au cours du 20è siècle.

Année	Evolution historique
1922	Le projet d'un enseignement commun est proposé par Chaptal, à noter qu'avant cette proposition, chaque école définissait son propre programme. Le projet comportant 4 temps : - organisation d'examens officiels - création d'un diplôme officiel délivré par le ministère - reconnaissance administrative - perfectionnement des écoles d'infirmières. Ce programme est alors mis en place la même année et se poursuit en 1923.
1951	Un nouveau programme est en cours. Un soin doit être exécuté en tenant compte de quelques règles : asepsie, alerte du médecin lors de l'évolution de l'état du patient.
1961	L'infirmière est perçue comme une technicienne intelligente qui est à la fois éducatrice de santé.
1972	L'infirmière dispense l'ensemble des soins infirmiers : prévention de la maladie, promotion de la santé, mise en œuvre de soin afin de guérir les malades.

	Les infirmières à domicile sont devenues très nombreuses dans les années 70.
Aujourd'hui	L'infirmière travaille de manière autonome et endosse plusieurs responsabilités dans plusieurs domaines de son exercice.

3-2- Les dimensions du rôle infirmier

3-2-1- Éthique

Avant de parler de l'éthique infirmier, je vais définir ce qu'est un infirmier.

Appelé également soignant, l'infirmier est un professionnel de la santé qui tient une place importante. Le terme « soignant » fait référence à de nombreux professionnels de santé :

- l'infirmière,
- l'aide-soignante,
- le médecin,
- la sage-femme,
- le kinésithérapeute,
- le personnel externe etc.

Ces acteurs sont tous soignants, c'est-à-dire qu'ils prennent soin des patients. Tenir le rôle de soignant, c'est avant tout être professionnel. Cela demande d'avoir des connaissances, des facultés, selon sa personnalité ou en fonction de son vécu. Il s'agit donc principalement de disposer de capacités relationnelles dans le but d'entrer en contact avec la personne malade.

Etre soignant, c'est « *être là pour soi et pour l'autre* », comme l'a mentionné Sanchez B. (2006, p.13) et assurer une prise en charge du patient de manière à se mettre à la place du soigné. Etre soignant, c'est également faire face à la souffrance psychique et physique du patient ainsi qu'à son environnement. Tenir le rôle de soignant, c'est alors avant tout entrer en relation avec le soigné.

Le métier d'infirmier consiste à « *évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration* », selon l'arrêté de juillet 2009.

3-2-2- Le rôle prescrit

Pour son rôle prescrit, l'infirmier doit travailler en collaboration avec un médecin. En effet, il doit mettre en application ce qui est prescrit par le médecin en respectant la prescription écrite, quantitative, qualitative, celle-ci devant être signée et datée. Si l'infirmier en voit l'utilité, il doit contester la prescription et revoir ensuite les modifications à faire.

3-2-3- Le rôle propre

Depuis 1978, la profession infirmière a obtenu la reconnaissance d'un rôle propre. Ainsi, un infirmier est autonome dans la pratique de son métier. Mais en plus, il peut aussi collaborer avec d'autres partenaires, par exemple les aides-soignants. Son rôle propre est défini légalement par les articles R. 4311-5 et 4311-6 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004. A ces articles s'ajoute le décret de compétence infirmier. D'autres rôles viennent s'ajouter à ceux-ci.

3-2-4- Cadre législatif des soins infirmiers

Le care, plus connu sous le nom de « soin technique ». Selon le dictionnaire des soins infirmiers, le care désigne les « *actes de soins infirmiers effectués selon des procédures spécifiques et impliquant l'usage de produits et/ou de matériels appropriés* ». Les actes qui relèvent de la profession infirmière sont précisés par le décret n°2002-194 du 11 février 2002. Pour pouvoir exercer le care, l'infirmière doit faire preuve de dextérité, d'habileté et doit avoir une base de connaissances. D'après cette définition, nous pouvons constater que le soin infirmier requiert à la fois un savoir et un savoir-faire.

Le soin est un acte consistant à « *mettre en œuvre des gestes thérapeutiques ou administrer des traitements dans le but de guérir ou soulager une maladie ou de restaurer des fonctions vitales ou relationnelles altérées* »⁵.

Les soins infirmiers correspondent à une démarche de raisonnement avec une bonne compréhension des informations observées par le soignant ou données par le patient, puis une prise de décision d'action. Avant de commencer tout soin, il est nécessaire d'expliquer au patient son déroulement : un acte préalable au soin afin de permettre au patient de se préparer psychologiquement. Il s'agit d'un moment important qui fait partie intégrante du soin.

Par ailleurs, il faut noter qu'un patient peut refuser des soins : c'est un principe du droit médical. En effet, pour approuver un acte médical, il faut que le patient soit informé du diagnostic avec toutes les précisions nécessaires. L'article 16-3 du Code civil mentionne que « *le consentement doit être recueilli préalablement à tout acte de soins hors le cas où l'état du patient rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* »⁶. Cette obligation d'obtenir le respect de la volonté et le consentement est reprise par la déontologie médicale et précisée dans les articles 35 et 36 « *le médecin doit à la personne*

⁵ Christophe ROUAT. « Soin : le prendre et le refuser ». TFE EPS Barthélémy Durand. 2008-2011

⁶ Code civil, art. 16-3

qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose »⁷. Cependant, il est stipulé que le patient est libre de refuser des soins et le médecin doit respecter ce choix. Cependant, dans le cas où il a tout mis en œuvre pour convaincre le patient et qu'il accomplit un acte indispensable pour la survie de ce dernier et proportionné à son état, on ne considère qu'il n'y a pas de violation du droit du patient.

4- Le soin psychique

4-1- Définition

Le soin psychique est défini comme la prise en compte de l'état psychique d'un patient permettant de procéder à une élaboration d'un soin pertinent même si le patient se trouve dans un milieu réanimatoire réducteur et trop souvent considéré comme complexe.

Dans le soin psychique, il est supposé qu'un corps inhabité renferme un « *sujet inconscient* »⁸ pour lequel il subsiste une trace psychique suite à des actes réalisés par autrui.

Dans le soin psychique, tout un chacun est considéré comme un tout, c'est-à-dire un corps à la fois psyché et meurtri, dans le but de tenter à maintenir un être individuel et unifié.

4-2- Les différents types et les aspects du soin psychique

Le soin psychique peut se présenter sous différents aspects. En effet, on peut recenser plusieurs types de soin psychique. Le tableau 3 présente les diverses méthodes pouvant être utilisées pour la mise en œuvre d'un soin psychique.

⁷ Déontologie médicale, art. 35-36

⁸ « à la recherche du sujet inconscient », M GROSCLAUDE, Ed hospitalières, 2001

Type de soin	Caractéristiques
La parole	Il s'agit de la première des stimulations de la fonction auditive. Cependant, son utilisation doit être à « bon escient ». Grâce à la parole, le soignant explique les soins avant de les réaliser en utilisant des mots simples et faciles de compréhension. Il veillera alors à éviter le jargon médical ainsi que les termes à connotation agressive. Le soignant devrait alors parler lentement tout en bien articulant afin de rendre le message répétitif et clair, cela dans le but de donner au patient des repères bien définis. Cela pourrait contribuer à limiter le délire qui est retrouvé dans les souvenirs des patients comateux.
La stimulation auditive	Elle peut être effectuée de diverses manières, notamment par la musique. Cependant, elle doit être mise en œuvre de manière à respecter les goûts du patient.
Le toucher	Il s'agit d'un moyen de communication permettant de briser les sensations d'isolement. Pour cela, il ne doit pas être effectué de manière agressive et invasive.
La restitution des rythmes biologiques	Dans cette méthode, le temps de repos du patient doit être aménagé. L'éclairage doit être respecté et les bruits alentours doivent être bien expliqués. Cela est important pour désangoisser le patient qui, lorsqu'il se retrouve en réanimation, fait souvent des interprétations fausses des choses, vu qu'elles les perçoivent différemment de la réalité. La restitution des rythmes biologiques est importante pour désamorcer le délire.
La favorisation de la participation familiale	Il s'agit principalement de l'histoire même du patient.

4-3- Les outils de sa mise en œuvre

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour mettre en œuvre un soin psychique. Cependant, il est à noter qu'un infirmier ne peut pas se substituer à un professionnel spécialiste tel qu'un psychanalyste. Cependant, force est de constater qu'il y a des conduites à tenir et à éviter pour la mise en œuvre d'un soin psychique, notamment :

- une connaissance de la réalité du patient comateux et de la façon dont il peut faire le refoulement. Cela signifie que l'acceptation de tout acte effectué par le soignant peut avoir des répercussions sur la personnalité du patient
- comprendre et réaliser que le patient comateux perçoit la réalité différemment que les autres personnes.
- désirer d'entrer en relation avec le patient, et non seulement faire les actes les uns à la suite des autres ou répéter des phrases systématiques.

4-4- Les obstacles au soin psychique

Quand le soignant accepte de prendre en considération la vie psychique d'un patient, il doit l'accepter en premier lieu. Il doit ainsi tenter de déterminer lui-même ses propres mécanismes de défense qui relèvent souvent d'un stress, de débordement psychique et d'épuisement.

Défini comme une tension amenant à la déformation, le stress est un agent psychologique et social qui a une influence et qui entraîne des déformations sur les relations entre un être et son environnement. Ainsi le soignant peut faire face à sa propre souffrance et instaurer des mécanismes afin de se protéger. Cela peut déshumaniser la relation en raison de la banalisation, de la fausse réassurance, de l'évitement, de l'identification projective.

Comme un service de réanimation génère souvent du stress, il peut avoir une influence considérable sur l'établissement d'une relation soignant-soigné. Ainsi, le

soin psychique devient confondu avec la psychiatrie. De ce fait, de plus en plus de psychothérapeutes ont leur place au sein des services de réanimation.

5- Le caring

Développée vers le milieu des années 70, la théorie du caring est apparue de la vision de Watson sur les soins infirmiers. Elle est née selon une tentative de donner aux soins infirmiers ses pratiques et ses propres valeurs. Elle peut être considérée comme une éthique, une philosophie, un modèle de science ou un paradigme.

Le terme « facteurs caratifs » est une terminologie courante dont la profession infirmière fait usage et donne une structure pour les travaux initiaux. Pour Watson, ce terme est devenu trop généraliste et elle propose par la suite un autre concept : le caritas clinique.

Il y a dix facteurs caratifs relatifs à la démarche soignante :

- la transformation d'un système de valeurs humanistes-altruistes
- l'instillation de la foi-espérance
- la culture de la sensibilité
- l'établissement d'une relation humaine et bienveillante
- l'acceptation de l'expression de sentiments
- l'utilisation obligatoire d'un processus attentionné
- la promotion de l'apprentissage transpersonnel
- la mise en place d'un environnement favorable
- l'assistance et la satisfaction des besoins du patient
- le soutien aux forces existentielles

A chaque fois qu'un soignant et un soigné entrent en contact, il se crée une occasion de soin. Cela devient alors un point focal dans le temps et dans l'espace

et cette entrée devient transcendante. Pour les deux parties, le moment est une possibilité de créer la relation dans l'instant. Une connexion se crée alors au niveau de l'esprit quand le moment de soin est transpersonnel. Cela ouvre à plusieurs possibilités de guérison : le soin physique et le soin psychique.

La dynamique du soin transpersonnel est perçue dans le champ de la conscience. En effet, cette dimension transpersonnelle est perçue par la conscience de l'infirmière et se répercute sur l'ensemble. C'est à ce niveau que le processus relationnel est créé et qu'il transcende l'espace et le temps.

6- La relation d'aide

Pour parler de la relation d'aide, il convient d'introduire la notion de relation. Il s'agit d'une *« rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. Cette relation est fondée sur l'échange et la communication avec son corps, sa parole, et son affectivité. Cette relation est unique »*⁹.

La relation d'aide est *« la capacité que peut avoir un soignant à amener toute personne en difficulté à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation »*¹⁰.

Plusieurs auteurs donnent une définition de la relation d'aide.

Selon Pelpeau, il s'agit d'un *« système de liens révélant chez une personne une représentation de son monde et un processus d'intégration de ses besoins »*.

⁹ Manoukian et Masseubeuf.

¹⁰ Ibid.

D'après Carl Rogers¹¹, la relation d'aide est une « *relation dans laquelle l'aidant cherche à favoriser chez l'aidé la croissance, le développement et la capacité d'affronter la vie* ».

PARTIE EXPLORATOIRE

1- Justification du choix de la méthode

Avant, j'ai pensé à faire un entretien semi-directif. Cependant, il m'a été difficile de convenir d'un rendez-vous avec plusieurs répondants, le temps nous ayant été accordé étant limité pour l'élaboration du travail écrit. De plus, les professionnels ont généralement un programme chargé et leur disponibilité est limitée. De mon côté, j'ai souhaité recueillir le maximum de réponses afin de pouvoir donner une analyse représentative des cas réels. C'est pour toutes ces raisons que j'ai opté pour la distribution de questionnaires.

2- Présentation et analyse des résultats

Pour une meilleure lisibilité des résultats et une meilleure analyse personnelle, j'ai choisi de présenter les résultats sous forme de tableaux et de représentations graphiques, plus précisément sous forme de camembert. Une interprétation et analyse sera effectuée après chaque représentation graphique.

3- Résultats des questionnaires

Un questionnaire a été adressé à des infirmiers travaillant dans des unités de soins intensifs. Les résultats sont regroupés dans cette partie et une interprétation sera faite après chaque question.

3-1- Informations personnelles

	Age	Années d'expérience	Expériences antérieures
--	-----	---------------------	-------------------------

¹¹ Carl Rogers. Le développement de la personne.

Inf.1	29	6	Non
Inf.2	30	8	Non
Inf.3	39	11	non
Inf.4	50	27	- Unité de médecine - Urgences
Inf.5	47	28	Non
Inf.6	27	4	Non
Inf.7	42	20	Non

D'après ce tableau, nous pouvons lire que tous les infirmiers interrogés sont, âgés de plus de 25 ans et ont déjà une expérience d'au moins 4 ans. Nous pouvons donc dire que les répondants sont déjà bien expérimentés. Par ailleurs, la majorité n'ont pas travaillé dans d'autres services, mis à part un infirmier de 5 ans ayant une expérience de 27 ans qui a déjà travaillé en unité de médecine et aux urgences.

3-2- Définition du « prendre soin »

Inf.1	- Porter l'attention sur la globalité du patient - ne pas se limiter aux actes techniques - observer, anticiper, approfondir, soutenir - mettre en place les actions nécessaires au bien-être du patient (physique, relationnel, psychique)
Inf.2	- base - phase primaire du métier d'infirmier - réaliser une toilette complète - veiller au bien-être des patients

	- donner les soins dans leur globalité
Inf.3	- prise en charge des patients dans sa globalité - considération des actes infirmiers et techniques et de la personne en elle-même - être à l'écoute des patients et être là pour eux - rassurer les patients dans l'environnement qui est très différent
Inf.4	Permettre à une personne de recouvrer sa santé, son bien-être, avec le minimum de perte d'autonomie
Inf.5	C'est s'occuper du patient dans toute sa globalité : physique, psychique etc.
Inf.6	
Inf.7	C'est prendre soin du patient dans sa globalité, aussi bien la toilette, les pansements, les médicaments, l'écoute. Il en est de même que pour la prise en charge en famille. Il s'agit d'aider le patient à retrouver une indépendance, une meilleure autonomie. Le prendre soin a aussi pour objectif de donner une meilleure qualité de vie.

Presque tous les soignants ont donné des définitions similaires du prendre soin. Il s'agit de donner les soins dans leur globalité : effectuer les soins techniques et veiller au bien-être du patient en réalisant une toilette complète.

3-3 Le « prendre soin » aux soins intensifs. Le « prendre soin » de qualité est-il réalisable ?

Inf.1	- La prise en soin en globalité permet une bonne prise en charge, de manière optimisée.
-------	---

	- Cela est possible compte tenu du peu de patients à gérer (4 max). Cela facilite les choses : contact, observations, liens avec le patient et la famille
Inf.2	Oui
Inf.3	Oui, même si ce n'est pas toujours facile en cas de surcharge de travail
Inf.4	- On essaie à tout moment de veiller au bien-être, à la sécurité des patients - prise en charge des problèmes physiques, psychologiques, sociaux etc.
Inf.5	Oui Le soin relationnel n'est pas une des premières qualités mais elle en fait partie car les unités de soins intensifs sont des unités de soins aigus et on n'a pas toujours le temps.
Inf.6	(pas de réponse)
Inf.7	Oui, un prendre soin de qualité est possible aux soins intensifs car on y fait du nursing intégré.

Selon les infirmiers interrogés, il est possible de réaliser un « prendre soin » de qualité aux urgences. En effet, le soin relationnel et le bien-être des patients font partie des qualités demandées dans le service, même si les soignants n'ont pas toujours le temps.

3-4- Les conditions pour un prendre soin de qualité

Inf.1	- la globalisation des soins - la maîtrise des techniques - la maîtrise des procédures de sécurité / qualité - la transcription correcte des données de suivi
-------	--

Inf.2	- prendre le temps d'écouter les patients - donner aux patients des soins de qualité dans des conditions de confort, de complicité
Inf.3	(pas de réponse)
Inf.4	- informer le patient - s'assurer que le patient a bien compris - respecter la volonté du patient
Inf.5	(pas de réponse)
Inf.6	(pas de réponse)
Inf.7	Pour un prendre soin de qualité, il faut une grande disponibilité de l'infirmière. Par ailleurs, il faut aussi avoir du personnel soignant en nombre suffisant.

Plusieurs conditions doivent être considérées pour un prendre soin de qualité. D'une manière générale, il est essentiel de maîtriser toutes les techniques, de prendre le temps d'écouter le patient et de respecter sa volonté. Pour cela, l'infirmier doit se montrer disponible.

3-5- Les critères à prendre en compte pour réaliser un soin

Inf.1	- connaître le patient et vérifier son identité - savoir les bénéfices du soin - connaître la technique et les produits - évaluer les bénéfices
Inf.2	- contrôler et gérer la douleur des patients - dialoguer et échanger avec les patients - prendre le temps de réaliser les soins selon les priorités

Inf.3	(pas de réponse)
Inf.4	(pas de réponse)

Pour réaliser un soin, il est important de bien connaître le patient. Les bénéfices du soin et la connaissance des techniques et des produits sont des facteurs importants à prendre en considération.

3-6- Influence des technologies sur le prendre soin

Inf.1	oui
Inf.2	Pas nécessairement. Par exemple chez un patient intubé, il reste toujours possible d'avertir tout acte
Inf.3	(pas de réponse)
Inf.4	(pas de réponse)

Deux réponses ont pu être recueillies quant à l'influence des technologies sur le prendre soin. Un infirmier a mentionné que les technologies ont une influence sur le prendre soin tandis qu'un autre a dit que l'influence n'est pas systématique en prenant l'exemple d'un patient intubé à qui il est toujours possible de s'adresser et d'avertir tout acte.

3-7- Trouvez-vous plus facile de réaliser un soin « technique » qu'un soin relationnel ?

Inf.1	Oui Le soin relationnel demande plus de temps, l'envie du patient de s'exprimer, de la recherche et plus d'implication
Inf.2	Les deux sont aussi importants l'un que l'autre.

Inf.3	Oui
Inf.4	L'aspect relationnel est primordial car il va déterminer le suivi de la prise en charge du patient. Pour améliorer, il serait intéressant de proposer des séminaires de communication, de procéder à une gestion de conflits, adopter une approche psycho-sociale des patients. Cependant, les soins techniques sont plus difficiles à exécuter que la prise en charge émotionnelle des patients.
Inf.5	Le soin technique est plus facile à réaliser qu'un soin relationnel car si on connaît la procédure, on l'applique et il est ainsi facile d'atteindre le but escompté.

Les soignants interrogés sont unanimes sur le fait que les soins techniques sont plus faciles à réaliser que le soin relationnel car il suffit de bien maîtriser la procédure pour les réussir. Dans un soin relationnel, la manière de procéder n'est pas nécessairement la même.

3-8- Influence de l'aspect technique sur la prise en charge en réanimation

Inf.1	Le relationnel concerne surtout la famille La technicité est très importante en réanimation car si on ne sait pas réanimer, le patient risque de mourir.
Inf.2	Oui
Inf.3	(pas de réponse)
Inf.4	L'aspect technique doit être précis mais reste secondaire par rapport à la prise en charge émotionnelle et humaine des patients.
Inf.5	L'aspect technique ne devrait pas avoir d'influence sur la prise en charge des patients. Mais parfois il arrive qu'un patient fortement monitorisé demande beaucoup d'attention sur le plan technique. Ce qui amène souvent à oublier l'aspect relationnel. Mais l'intervention se fait

	sans regret car ces patients sont sédatisés et dorment profondément. Mais en général, l'aspect technique est une partie de la prise en charge en soins intensifs.
--	--

D'après les infirmiers, l'aspect technique n'a pas nécessairement d'influence sur la prise en charge en réanimation même si sa maîtrise est indispensable. Un infirmier prend l'exemple d'un patient intubé dont la prise en charge requiert un aspect technique plus important.

3-9- Définition de « soigner » et de « prendre soin ». Les deux font-ils de pair au sein de l'unité ?

Inf.1	Le prendre soin a toujours une place importante en urgence même si les soins à proprement parlé sont les primordiaux.
Inf.2	Non Soigner : réaliser les actes techniques Prendre soin : écouter, toucher, regarder les patients
Inf.3	Soigner : aspect technique Prendre soin : aspect relationnel Mais les deux vont de paire
Inf.4	Soigner : aspect technique (pansement, soins divers etc.) Prendre soin : globalité de la prise en charge
Inf.5	Soigner fait partie du prendre soin, au même titre que rassurer, prévenir les accidents, se soucier du confort du patient.

Selon la plupart des infirmiers, « soigner » renvoie plutôt à l'aspect technique de la prise en charge d'un patient. Cependant, « prendre soin » concerne l'aspect relationnel. Tous deux sont nécessaires et vont de pair dans les unités de soins intensifs.

3-10- Trouvez-vous facile de concilier le « prendre soin » aux soins intensifs, en sachant que vous devez souvent agir de façon urgente ?

Inf.1	Oui, le soin relationnel n'est jamais négligé.
Inf.2	On essaie toujours
Inf.3	Oui car certains patients passent de longs séjours au sein de notre unité. Donc une relation s'installe. Moins d'urgence et plus de technicité
Inf.4	(pas de réponse)

Le prendre soin aux soins intensifs est difficile à concilier avec les soins techniques. Mais le relationnel n'est jamais négligé.

Compte tenu des réponses obtenus dans ces questionnaires, je me suis posé la problématique ci-après.

Problématique

Comment l'infirmière en réanimation peut-elle préserver la globalité des soins au-delà de la technicité ?

4- Synthèse de résultats à partir de grille d'observation et analyses

Dans cette partie, 25 questions ont été posées aux infirmiers. Ces questions ont été classées selon leur thème :

- Thème 1 : La communication verbale avec le patient
- Thème 2 : La communication non verbale avec le patient
- Thème 3 : Les soins d'hygiène
- Thème 4 : Les soins de la peau

- Thème 5 : Les soins supplémentaires : nez, bouche
- Thème 6 : Le confort du patient et la relation soignant-soigné
- Thème 7 : La désinstallation des appareils utilisés

Il est nécessaire de préciser que les réponses ont été obtenues à partir de grilles d'observations de 5 infirmiers. Les réponses sont synthétisées dans les annexes 1.

Analyse du thème 1 : La communication verbale avec le patient



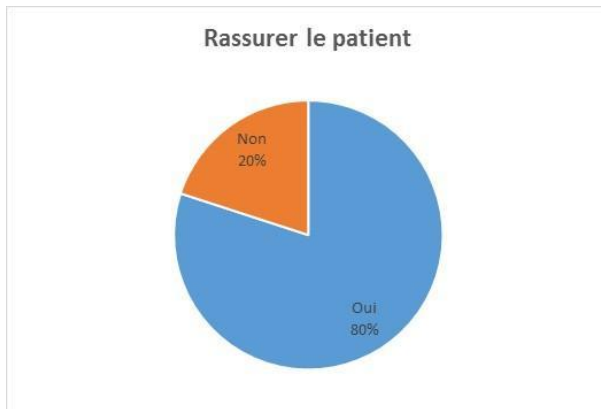
D'après cette représentation graphique, nous pouvons constater que tous les soignants interrogés saluent le patient.



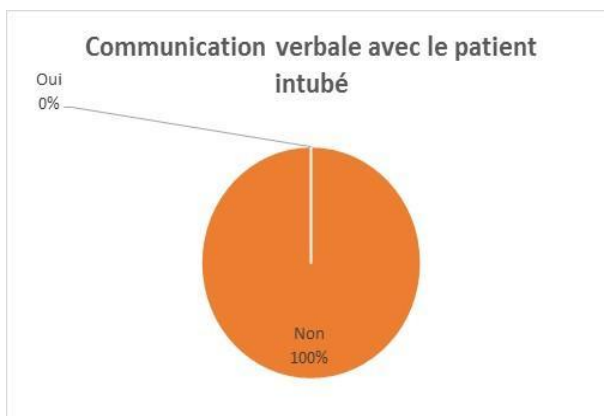
80% des patients se présentent aux patients dans les soins intensifs. Cela montre que la majorité communiquent verbalement avec les patients même si ceux-ci se trouvent dans un état comateux.



Tous les infirmiers expliquent aux patients le déroulement des soins. Cela montre que les infirmiers appliquent en pratique ce qu'ils ont reçu de leur formation théorique.



80% des répondants mettent tout en œuvre afin de rassurer le patient et de les mettre en confiance.

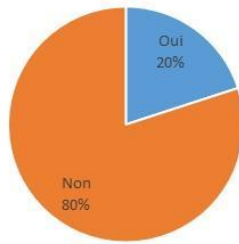


Tous les soignants interrogés communiquent verbalement avec le patient intubé. Cela montre que les infirmiers en soins intensifs, représentés par l'échantillon qu'on a pris dans le cadre de ce travail, ne négligent pas la communication verbale même si les patients ne sont pas en mesure de parler.



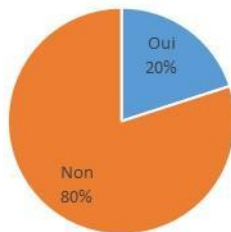
Tous les infirmiers ont répondu par l'affirmative qu'ils communiquent en faisant usage de mots clairs et en veillant à bien articuler afin de désangoisser le patient. Cela témoigne de l'importance de la communication verbale.

L'infirmier explique-t-il au patient ce que représente les bruits autour de lui?



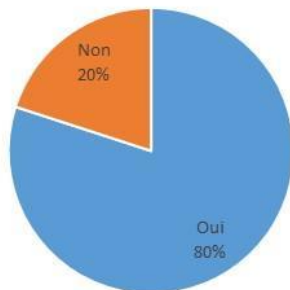
Seul un infirmier a mentionné qu'il explique au patient ce que représentent les bruits autour de lui. Les autres pensent que c'est plus de la technique propre du service et ils ne jugent pas essentiel de procéder à l'explication.

Orienter le patient dans le temps et dans l'espace



Seul un infirmier essaie d'orienter le patient dans le temps et dans l'espace. Cela est cependant essentiel dans la prise en charge du patient aux soins intensifs et dont l'état est souvent critique.

Evaluer la douleur du patient



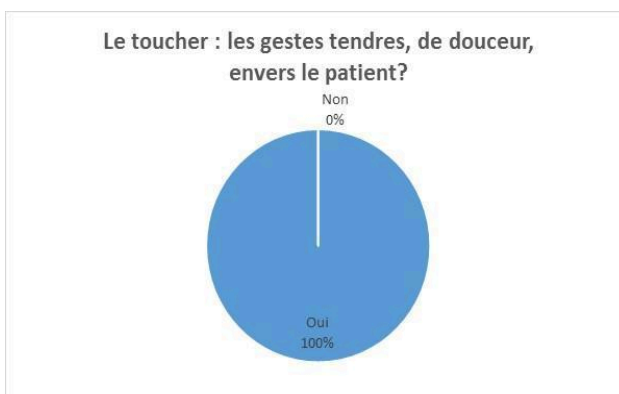
Presque tous les infirmiers procèdent à une évaluation de la douleur du patient en utilisant l'échelle EVA. Cela est très important aux soins intensifs.



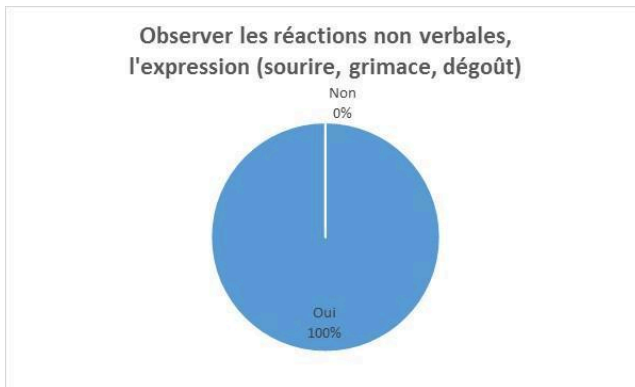
L'écoute, la sollicitation et le respect de l'expression sont mis en avant dans les unités de soins intensifs.

Toutes ces réponses nous montrent que la communication verbale est une base essentielle du prendre soin. Dans les unités de soins intensifs, elle tient une place très importante, notamment dans le care. En effet, le soin relationnel figure parmi les bases d'une bonne prise en charge.

- **Analyse du thème 2 : La communication non verbale avec le patient**



Tous les infirmiers utilisent la communication non verbale pour entrer en relation avec le patient en soins intensifs : les gestes tendres et de douceur à travers le toucher.



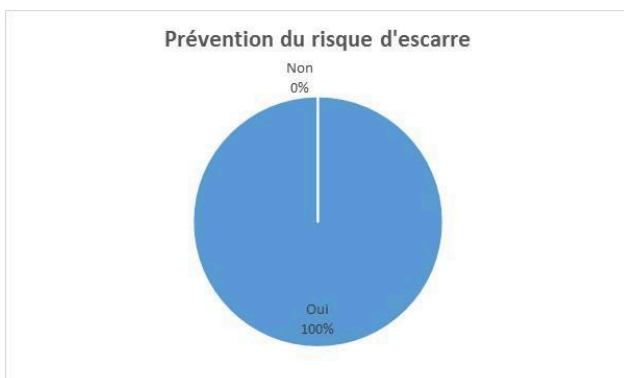
Tous les soignants observent leurs patients qui s'expriment au moyen de réactions non verbales, par exemple le sourire, la grimace ou le dégoût.

Ces réponses nous mettent en évidence que la communication non verbale est très utilisée dans les unités de soins intensifs. Tous les répondants l'utilisent lors de la prise en charge des patients.

- **Analyse du thème 3 : Les soins d'hygiène**



Cette représentation graphique nous montre que l'intégrité de la peau est bien prise en charge dans les unités de soins intensifs. Cela nous montre que cette facette du soin est importante.



Tous les répondants procèdent à la prévention du risque d'escarre. Pour les patients qui séjournent plusieurs jours dans le service, les risques sont importants.

Selon ces réponses, les soins d'hygiène sont bien réalisés par les soignants dans les unités de soins intensifs.

- **Analyse du thème 4 : Les soins supplémentaires (bouche, nez, yeux)**



Le soin de bouche est toujours prévu dans le cadre de la prise en charge des patients en soins d'urgence. Les infirmiers ne négligent pas ce point.



Trois infirmiers sur les cinq répondants ont mentionné effectuer le soin de bouche au cours de la journée. Bien que cela relève des soins essentiels, il n'est pas systématiquement pratiqué par les soignants, comme le montre cette représentation graphique.



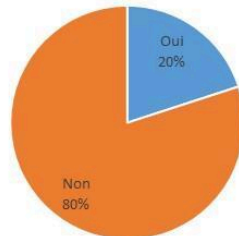
Par rapport aux infirmiers qui ont réalisé les soins de bouche, ceux qui réalisent les soins de nez sont plus nombreux. On pourrait prétendre que ce type de soin est considéré comme plus important aux yeux des infirmiers.

En dehors du soin d'hygiène du matin, y a-t-il un petit rafraîchissement du patient en cours de journée?



Seul un infirmier sur les cinq répondants n'a pas répondu par l'affirmative quand on lui a interrogé sur l'existence d'un rafraîchissement du patient au cours de la journée. Cela est cependant important dans le cadre de la prise en charge, principalement aux soins intensifs.

Y a-t-il des soins des yeux? Combien de fois par jour?

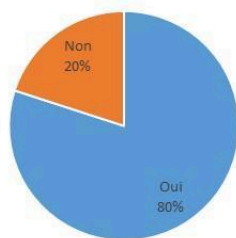


Selon cette représentation graphique, les soins des yeux ne sont pas considérés comme très importants par les infirmiers car ils ne sont que faiblement pratiqués aux soins d'urgence.

Ces réponses nous font preuve que les soins supplémentaires sont pratiqués dans les unités d'urgence. Même si ce ne sont pas tous les infirmiers interrogés qui le font, ces soins font néanmoins partie de la prise en charge des patients.

- **Analyse du thème 5 : Le confort du patient**

L'équipe soignante réinstalle-t-elle le patient confortablement en cours de journée?



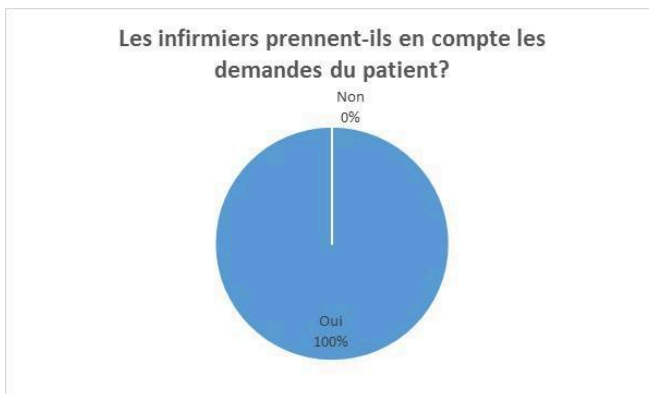
Quatre infirmiers sur les cinq interrogés ont dit qu'ils réinstallent le patient confortablement en cours de journée. Cela nous permet de dire que les infirmiers en réanimation veillent au confort des patients.



Tous les soignants ont répondu par l'affirmative quand ils ont été interrogés si le confort du patient est respecté.

Ces représentations graphiques nous montrent que les infirmiers veillent à un prendre soin de qualité dans les unités de soins d'urgence. Nous pouvons donc dire que l'aspect relationnel des soins est un point important pris en considération.

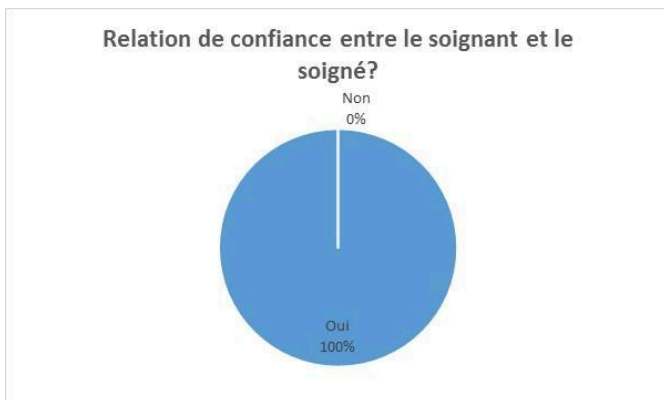
- **Analyse du thème 6 : Le confort du patient et la relation soignant-soigné**



Les demandes des patients sont prises en considération par les infirmiers dans les unités de soins d'urgence. Cela nous montre que les infirmiers sont à l'écoute permanente des patients.



Le soulagement des douleurs par les infirmiers se fait immédiatement après en avoir pris connaissance. Cela fait partie des points les plus importants dans les unités de soins d'urgence.

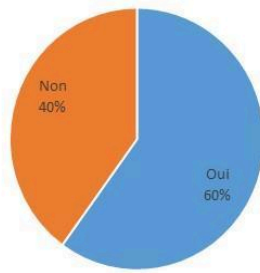


Tous les infirmiers interrogés ont dit qu'ils essaient d'établir une relation de confiance avec les patients.

D'après ces représentations graphiques, nous pouvons dire que, dans les unités de soins d'urgence, la prise en charge des douleurs des patients est immédiate ; les infirmiers assurent une veille permanente sur le confort du patient. Par ailleurs, les infirmiers mettent en place ce qui est nécessaire pour établir une relation de confiance avec le patient.

- **Analyse du thème 7 : La désinstallation des appareils utilisés**

La désinstallation des appareils utilisés



Selon cette représentation graphique, les infirmiers désinstallent les appareillages utilisés aussitôt que cela est nécessaire. Cette intervention est importante car elle pourrait contribuer au confort du patient.

-

CONCLUSION

Grâce à ce travail de recherche en soins infirmiers, j'ai pu être conscient qu'il est primordial de réajuster la prise en soins des patients incapables de s'exprimer verbalement en privilégiant la communication non verbale quand il s'agit de patients en soins intensifs et en réanimation. C'est au cours des recherches documentaires que j'ai menées que j'ai acquis des connaissances sur l'importance des gestes et du toucher, principaux éléments qui me semblent primordiaux lors de la prise en charge du patient intubé. La connaissance de ces outils de communication me permettra de réajuster mes postures, mes attitudes et ma gestuelle quand je devrais faire des échanges et donner mes soins aux patients.

Ce travail de recherche m'a permis de mettre en évidence l'importance de la prise en compte de la souffrance du patient incapable de s'exprimer verbalement et de mettre en œuvre les moyens en possession des infirmiers afin de soulager ces douleurs. J'ai eu l'occasion d'apprendre de ces questionnaires effectués auprès des professionnels de la santé.

A travers ce travail, j'ai pu montrer que le soin relationnel figure au cœur de la profession infirmière. Il est aussi indispensable que le soin technique. Par ailleurs, il est important de bien évaluer la douleur du patient, d'effectuer tous les soins nécessaires dans la prise en charge en globalité, effectuer même les soins jugés non nécessaires.

Grâce à cette recherche, j'ai un désir de m'investir davantage dans la qualité de la prise en charge des patients en soins intensifs.

BIBLIOGRAPHIE

AUGE M. 1986. *L'anthropologie de la maladie*, l'Homme, XXVI, 1-2

BOUCHE TH. 1998. *Les débuts de l'anesthésie*, 52, N°9

Christophe ROUAT. 2008-2011. *Soin : le prendre et le refuser*. TFE EPS
Barthélémy Durand.

GROSCLAUDE M, 2001. *A la recherche du sujet inconscient*, Ed hospitalières

GROSCLAUDE M, 2002. *Réanimation coma, soins psychique et vécu du patient*, Ed Masson

Marie-Françoise Collière. 1982. *Promouvoir la vie*

Robert Cresswell. *Le geste manuel associé au langage*

ROGERS R. Carl. 2005. *Le développement de la personne*. France :
Dunod-InterEditions,

SAUNDERS C., BAINES M., DUNLOPA R. 1995. *La vie aidant la mort, thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*. Arnette
Blackwell.

SAVATOFSKI J, PRAYEZ P, 2002/ *Le toucher apprivoisé*, Rueil-Malmaison :
Lamarre,

ANNEXES 1

Synthèse de la grille d'observation

		1		2		3		4		5	
	ITEMS	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	oui	Non	Oui	Non
Thème 1	Saluer le patient	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 1	Se présenter au patient		☐		☐	☐			☐		☐
Thème 1	Expliquer au patient le déroulement des soins	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 1	Rassurer le patient	☐		☐		☐		☐			☐
Thème 1	Orienter le patient dans le temps et dans l'espace		☐		☐	☐			☐		☐
Thème 1	Evaluer la douleur du patient	☐		☐		☐			☐	☐	
Thème 1	Solliciter, écouter et respecter l'expression	☐		☐		☐		☐			
Thème 1	L'infirmier s'adresse-t-il au patient inconscient/intubé ou exécute-t-il es soins sans communiquer?		☐				☐		☐		☐
Thème 1	La communication se fait-elle avec des mots dairs, articulés et dans un but informatif pour désangoisser le patient?	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 1	L'infirmier explique-il au patient ce que représente les bruits autour de lui?		☐		☐		☐		☐	☐	
Thème 2	Le toucher : les gestes tendres, de douceur, envers le patient?	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 2	Observer les réactions non verbales, l'expression du patient (sourire, grimace, dégoût)	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 3	L'intégrité de la peau est-elle bien prise en charge?	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 3	Prévention du risque d'escarre? Schéma de mobilisation? Matelas alternating?	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 4	Après les soins d'hygiène, y a-t-il un soin de bouche de prévu?	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 4	Le soin de bouche se fait-il au cours de la journée? Combien de fois?	☐				☐		☐			
Thème 4	Y a-t-il des soins de nez prévus?	☐			☐		☐		☐		☐
Thème 4	En dehors du soin d'hygiène du matin, y a-t-il un petit rafraichissement du patient en cours de journée?		☐	☐		☐		☐		☐	
Thème 4	Y a-t-il des soins des yeux? Combien de fois par jour?	☐			☐		☐		☐		☐
Thème 5	L'équipe soignante réinstalle-t-elle le patient confortablement en cours de journée? Combien de fois par jour?		☐	☐		☐		☐		☐	
Thème 5	Le confort du patient est-il respecté?	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 6	Les infirmiers prennent-ils en compte les demandes du patient?	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 6	Si le patient a des douleurs, est-ce qu'ils le prennent en compte directement afin de le soulager?	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 6	Relation de confiance entre le soignant et le soigné?	☐		☐		☐		☐		☐	
Thème 7	Eliminer : la panne, l'urinal ou encore la chaise percée sont-ils proposés aux patients plusieurs fois par jour?	☐				☐		☐			

