

INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, il est demandé aux étudiants de réaliser un travail de fin d'étude.

Depuis que j'ai commencé mes études, j'ai toujours voulu travailler dans l'humanitaire, pour le contact, la rencontre avec les autres, pensant que la technique empêchait le relationnel.

Tout au long de ces études, j'ai découvert que la dimension relationnelle pouvait être aussi très présente dans des soins hautement techniques.

C'est en effectuant mon stage optionnel de deuxième année, dans un service de réanimation que j'ai découvert son impact auprès des patients et de leurs familles, et le rôle de l'infirmier(e) dans cette dimension que je connaissais mal. Au cours de ce stage, j'ai été interpellé par une situation.

C'est pourquoi, j'ai décidé de faire mon travail de fin d'étude sur un sujet qui allie les soins techniques, trouvés en réanimation, et les soins relationnels présents tout au long de notre cursus (étudiant et professionnel).

Afin d'élaborer ce travail, j'ai mis en place une problématique issue de mes motivations et de mes observations. A partir de cette réflexion, dans une première partie, j'ai élaboré un cadre théorique où je mets en évidence l'importance du rôle infirmier dans l'accueil des familles du patient admis en réanimation. Dans une deuxième partie, je fais l'analyse des questionnaires effectués auprès d'infirmier(e)s en réanimation, pour concrétiser mon travail.

Ceci m'a amené à effectuer une réflexion personnelle me permettant de mettre en place des actions dont le but est d'améliorer l'accueil des familles.

PROBLEMATIQUE

Pré-enquête

Le service de réanimation dans lequel j'ai effectué mon stage, comporte quatre box.

Deux infirmier(e)s gèrent le service, et une ASH s'occupe du ménage.

Lors d'interventions chirurgicales lourdes, les patients sortant du bloc viennent directement en réanimation.

Les visites de l'entourage se déroulent de 13h30 à 14 h 30 et de 18h à 21h.

Les visiteurs patientent dans la salle d'attente du secrétariat des anesthésistes. Ils signalent leur présence grâce à une sonnette qui résonne dans le service.

C'est un(e) infirmier(e) qui va accueillir la visite et explique, en premier lieu, les règles d'hygiène inhérentes au service.

Les visiteurs doivent :

- Porter un calot
- Mettre des sur-chaussures
- Une « blouse-visiteur »
- Effectuer un lavage des mains simple au savon.
- N'être que deux au maximum dans le box.

Voici le cas de M. P Roland, 67 ans, qui a été admis dans l'unité fonctionnelle de chirurgie ORL de la clinique, suite à la découverte d'une tumeur sur sa corde vocale droite.

Il est entré dans le service de réanimation juste après une laryngectomie totale car les suites opératoires nécessitent une surveillance médico-chirurgicale et infirmière 24h/24h.

Avant son départ à la retraite, il y a 6 mois, M. P exerçait la profession d'éducateur spécialisé.

C'est un homme qui fait du sport, qui boit occasionnellement de l'alcool, et ne fume pas plus de 10 cigarettes par jour.

Le jour de son intervention, il n'a pu avoir des visites qu'à partir de 18 h.

Lors de son arrivée, sa femme montrait des signes de nervosité avant même de rentrer dans le service : elle était inquiète par rapport au déroulement de l'intervention, et des suites opératoires. Elle avait du mal à verbaliser son mal être, et semblait avoir du mal à rentrer dans le box.

Elle nous a expliqué que c'était la première fois qu'elle rentrait dans un service de réanimation et que cela l'impressionnait (règles d'hygiène). Elle nous dira qu'elle ne s'était pas préparée à cela, qu'elle n'avait pas imaginé que cela était comme ça.

Elle demanda si le fait qu'il soit admis en réanimation était synonyme de danger.

La charge de travail étant importante à ce moment là, nous avons dû écourter nos explications.

Les premiers jours d'hospitalisation de M. P, les visites se succédaient et avec elles de très nombreuses questions par rapport à tous les paramètres surveillés.

En accueillant de nouveaux visiteurs, j'ai pu constater à plusieurs reprises, que les mêmes questions et remarques revenaient avec anxiété.

L'importance de la charge de travail m'a fait prendre conscience que l'équipe n'était pas toujours disponible pour répondre intégralement à leurs attentes. Cela avait pour conséquence une amplification du stress des familles et une frustration de l'équipe soignante.

Ce problème vient-il du manque de temps lié à l'importante activité du service ?

Le personnel est-il préparé à répondre aux questions des familles et à expliquer avec des mots adaptés l'environnement médicalisé du patient ?

Après ce constat, je me suis posé des questions pour améliorer la situation, comment l'équipe infirmière pourrait répondre efficacement aux familles (personnes proches) ? Comment préparer celles-ci à leur première visite ? Quelles informations leur donner ?

Finalement j'ai choisi d'étudier la problématique suivante :

Comment une équipe infirmière en réanimation, peut-elle améliorer l'accueil de la famille d'un patient lors de sa première visite en postopératoire immédiat ?

Pour tenter de répondre à cette question, je vais d'abord effectuer un apport théorique sur les différents éléments de ma problématique :

- L'infirmier(e)
- La réanimation
- La famille
- L'accueil

CADRE THEORIQUE

L'INFIRMIER

1. Définition de l'infirmier(e)

Selon la loi n°78.615 du 31 mai 1978 (article 473 du code de la santé publique) (Voir Annexe I)

« est considérée comme exercent la profession d'infirmier ou d'infirmière, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu».

« En outre, l'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou d'encadrement ».

2. Les textes législatifs

La profession d'infirmier(e) est régie par de nombreux textes législatifs. Je vais pointer certains articles permettant de mettre en évidence le rôle fondamental de l'infirmier(e) lors de l'accueil de la famille du patient. Je ne détaillerai pas la liste des soins relatifs à l'exercice de la profession en service de réanimation.

➤ **Décret de compétence no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier** (Voir Annexe II)

Art. 1er. - *L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.*

On peut considérer que l'exercice de la profession comporte l'accueil des familles tout en respectant les règles professionnelles et le secret professionnel.

Art. 2. - *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle*

L'infirmier(e) donne des soins techniques et relationnels en respectant le patient dans sa globalité.

Art. 5. - *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :*

- *Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire.*

De par son rôle propre, l'infirmier(e) informe le patient et son entourage, et peut effectuer des entretiens d'accueil.

➤ **Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières** (Voir Annexe III)

Art. 32. - *L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.*

L'infirmier(e) doit informer de manière adaptée le patient et de son entourage.

3. Ma conception de l'infirmier

« Etre infirmier, c'est faire du soin d'autrui un métier.
Soigner, c'est veiller au bien-être, à la santé de quelqu'un »¹

Personnellement, j'ai envie de définir un infirmier par ses compétences. En effet, la profession d'infirmier(e) diplômé(e) nécessite des aptitudes et des compétences spécifiques, toujours en rapport avec la personne humaine et ses besoins.

¹Cotinaud,O.- Psychologie et soins infirmiers. Approche relationnelle- Edition. Le Centurion, 1983

Je dégagerai donc trois grandes compétences :

- * Répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans les domaines préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de réhabilitation ;
- * Dispenser des soins de nature technique, relationnelle, éducative auprès d'un individu et ou d'un groupe ;
- * Tenir l'ensemble de ces rôles dans le respect de l'éthique professionnelle.

L'infirmier(e) est pour moi un des maillons important de la grande chaîne que forment les soignants, dans le cadre hospitalier. Il gère son rôle propre et applique son rôle prescrit, ce qui lui permet de travailler en étroite collaboration avec toutes les catégories de personnel. Il a donc beaucoup de responsabilités.

LA REANIMATION

1. Historique

Il est intéressant de se rappeler que :

« Le terme de réanimation est employé pour la première fois en 1953 par le médecin français Jean Hamburger, pour désigner les moyens permettant d'assurer le retour à l'homéostasie (c'est à dire à l'équilibre, de l'eau et des électrolytes notamment, dans l'organisme), dans le cadre de travaux qui débouchent un an plus tard sur la mise au point du premier rein artificiel.

La réanimation est également issue des techniques de respiration artificielle élaborées dans les années 1950 au Danemark; puis en France, pour compenser la paralysie respiratoire des malades atteints de poliomyélite. Les progrès de la cardiologie, de l'investigation hémodynamique (cathétérisme cardiaque, échocardiographie, Doppler), de l'anesthésie, de la chirurgie, de la transfusion sanguine, ainsi que la mise au point de techniques de surveillance électronique (grâce aux progrès de l'informatique) ou de nutrition artificielle et la meilleure compréhension de nombreuses maladies, en ont étendu le champ à l'ensemble de la médecine et de la chirurgie dès lors qu'il s'agit de faire face à des situations aiguës mais potentiellement réversibles »².

2. De nos jours

La réanimation est un service où est appliqué l'ensemble des techniques médicales pour remédier à la défaillance d'une ou plusieurs grandes fonctions vitales. Il est donc plus souvent question de traiter, de maintenir ou de ramener à la vie, par l'application de techniques lourdes et complexes, par une surveillance constante.

Dans une chambre en réanimation, le patient est entouré de machines : respirateurs, scopes, seringues électriques... et bien d'autres encore.

« Ensemble des mesures (réanimation) permettant de rétablir les fonctions vitales momentanément compromises au cours de situations aiguës. »³

² Larousse Médical, Edition Larousse 1995.

³ Dictionnaire MALOINE de l'infirmière, Edition Delamare 1996 .

LA FAMILLE

Il est intéressant de se rappeler qu'au début du XXe siècle, les malades étaient soignés chez eux par leur propre famille.

De plus, même si nous n'avons pas tous été hospitalisés, nous faisons tous partie d'une famille et nous avons quasiment tous été confrontés à l'hospitalisation d'un de nos proches.

C'est pourquoi j'ai choisi la famille comme «acteur» principal de mon travail de fin d'étude. Je pense que l'on ne peut pas soigner une personne sans la replacer dans son cadre de vie.

D'ailleurs : « L'approche globale des soins infirmiers devrait considérer le patient comme faisant partie d'une famille, et par conséquent, tenir compte de l'effet de sa maladie sur les autres membres de la famille »⁴.

Cela dit, au cours de mes stages, j'ai souvent vu les familles à l'écart, alors qu'elles vivaient une situation difficile.

1. Définition de la famille

Il est important pour moi de définir ce concept de famille.

En effet, nous n'avons pas tous la même représentation du mot famille. Plutôt que de parler de famille, je parlerai «d'entourage familial». Cet entourage peut être la famille effective : parents, enfants ; mais aussi les proches, les personnes ressources (amis, voisins...).

«La famille est constituée d'une ou plusieurs personnes unies par des liens de partage et d'intimité»⁵.

Les liens de partage et d'intimité ne sont pas exclusifs à la parentèle.

C'est dans ce sens que j'entends le concept de famille, puisque actuellement, les modifications socioculturelles font que les familles sont de plus en plus éclatées.

Dans un établissement de santé, les personnes qui rendent visite au patient font partie intégrante du cercle familial.

⁴ Liddek « Intensive Care Nursing » page 146 à 159, 1988

⁵ Maureen Leahey- Lorraine Wright « Familles et maladie comportant un risque vital » 1991

2. Place de la famille en réanimation.

Je me suis tout d'abord posé la question de savoir si, dans un service de réanimation, la place de la famille est différente de celle qu'elle a dans un autre service.

En réanimation, la famille, doit demander l'autorisation avant de voir un de leur proche.

Nous avons vu plus haut (pré-enquête) qu'il existe d'autres contraintes. Au contraire, dans les autres services, les visites sont beaucoup moins réglementées. En outre, j'ai pu constater que la famille permettait de maintenir un lien avec le tissu social et de rompre un instant avec le contexte d'hospitalisation.

Ceci me permet de dire que la place de la famille, en réanimation, est importante, et doit être prise en considération.

L'ACCUEIL

Il est intéressant de se rappeler que :

L'hospital a longtemps été un lieu de charité et d'enfermement (pauvres, vieillards, aliénés...). Les soignants étaient pour la plupart des religieux et l'accueil relevait alors de la charité chrétienne.

Après la seconde guerre mondiale, le statut de l'hospitalisé change, et il commence à être considéré en tant que personne.

En 1975, apparition du livret d'accueil.

Le 6 mai 1995 Charte du patient hospitalisé d'après la circulaire ministérielle n°95-22 relative aux droits des patients hospitalisés précise (voir Annexe IV) :

- « Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil ».

En 1997 l'accréditation, issue du décret n°97-311 du 7 avril 1997(Voir Annexe V), a « pour objectif principal d'assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés au patient ».

Il est précisé aussi que :

- « L'accueil du patient est assuré dès son arrivée et durant tout le séjour » .
- « L'établissement met en oeuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage ».
- « La permanence de l'accueil concerne tant l'accueil téléphonique qu'un accueil par des professionnels de santé ».

Selon le dictionnaire Le Petit Robert, l'accueil c'est : « l'action, la manière d'accueillir (c'est à dire de recevoir quelqu'un d'une certaine manière) ».

« L'hôte accueille ses invités, les entoure, se préoccupe de leurs besoins, de leur bien-être et les raccompagne au terme de leur séjour. L'accueil concerne l'ensemble du séjour du patient dans la structure de soins »⁶ .

⁶ Cheron, G – Définition et sens de l'accueil. Revue de L'Aide-Soignante, décembre 1997, n°11, page 4.

L'action d'accueillir signifie : donner l'hospitalité à . Au sein d'un service de soin, c'est bien plus que cela.

« C'est un acte de rencontre entre un soignant et un soigné ; Accueillir est une attitude qui nécessite une manière d'être et parfois des lieux. Elle engage tous les membres du groupe concerné »⁷ .

Hors texte, l'accueil est le droit de s'exprimer et d'être informé, tout ceci, dans le respect et la reconnaissance mutuelle.

En accueillant la famille dans de bonnes conditions, on crée un climat de confiance nécessaire au bon déroulement de l'hospitalisation. La communication (écouter, s'adapter et transmettre) qu'elle soit écrite, verbale ou non verbale, apparaît comme le pilier essentiel d'un bon accueil.

⁷ Kossmann - Michon.F, Enseignement supérieur en soins infirmiers, Edition Elsevier, 2001

ANALYSE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Après avoir donné un apport théorique sur les éléments de ma problématique, j'ai choisi de trouver des réponses à celle-ci auprès d'infirmières et d'infirmiers travaillants en service de réanimation. J'ai choisi le questionnaire comme support d'information (voir Annexe VI).

J'utilise cet outil car il permet :

- le respect de l'anonymat, donc obtenir peut être des réponses plus pertinentes et plus sincères,
- la possibilité de poser les mêmes questions à toutes les personnes interrogées,
- l'évaluation du problème et des actions mises en place,
- la comparaison entre la théorie et la pratique.

Présentation de la méthode :

Les 7 infirmiers ont été interrogés dans un service de réanimation, situé dans le département de la Haute-Garonne.

Sur les 7 questionnaires envoyés, la totalité m'est revenue dans la période demandée.

Le questionnaire comprend 19 questions.

Remarque :

Mes recherches n'ayant été menées qu'auprès d'un nombre restreint d'infirmiers, elles n'ont pas de valeurs statistique, ni scientifique.

J'ai laissé ces questionnaires, trois semaines, à disposition des infirmiers du service de réanimation.

Les réponses de chaque question sont retranscrites et immédiatement analysées. Puis, je conclurai par une synthèse.

1) Votre sexe : F M

Questionnaire 1 : F

Questionnaire 2 : M

Questionnaire 3 : M

Questionnaire 4 : F

Questionnaire 5 : F

Questionnaire 6 : F

Questionnaire 7 : F

Sur 7 personnes interrogées 5 sont des femmes et 2 des hommes.

Nous pouvons constater que la population interrogée est en majorité féminine.

La répartition hommes / femmes est-elle représentative des autres services de soins ?

2) Quel âge avez-vous ?

31.27.24.24.27. 27. 26.

Sur 7 infirmiers, trois ont 27 ans, deux ont 24 ans, un a 26 ans et un a 31 ans.

Les IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) sondés font partie d'une population jeune.

3) Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

- moins d'un an 1
 entre 1 et 5 ans 5
 plus de 5 ans 1

Sur sept infirmiers, cinq sont diplômés depuis un à cinq ans, un depuis plus de 5 ans et un depuis moins d'1 an.

Les IDE interrogés sont tous jeunes diplômés.

4) Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette unité ou dans un autre service de réanimation ?

- moins d'un an 1
 entre 1 et 5 ans 6
 plus de 5 ans 0

Sur sept infirmiers, 6 travaillent depuis moins de 5 ans mais depuis plus d'un an dans un service réanimation, un travaille depuis moins d'un an.

La majorité a donc travaillé dans un service de réanimation de suite après l'obtention du diplôme d'état.

Pourquoi ces jeunes diplômés ont-ils choisi de travailler si rapidement dans un service de réanimation ?

5) Quelles informations vous demandent le plus souvent les familles ?

Questionnaire 1 : Comment va la personne, si elle souffre, quelle est la durée du séjour dans le service, est-ce normal que tel appareil montre ceci ou cela, si c'est grave quand ça sonne.

Questionnaire 2 : Etat de santé général du patient, thérapeutiques concernant la prise en charge de la douleur, appareillage à expliquer, durée et suivi de l'hospitalisation en réanimation.

Questionnaire 3 : Si l'hospitalisation se passe bien, explication sur l'environnement du patient (appareils, organisation du service).

Questionnaire 4 : Renseignements sur le dispositif médicaux, fonctionnement du service, l'état général du patient, l'évolution, combien de temps le patient va-t-il rester dans le service.

Questionnaire 5 : Si la personne va bien, si elle n'a pas mal, a quoi sert tel ou tel appareil.

Questionnaire 6 : Traitement contre la douleur, évolution de la maladie et le pourquoi de l'hospitalisation en réanimation.

Questionnaire 7 : Si telle alarme est normale, où est indiquée la TA sur le scope. S'il y a un traitement contre la douleur, pourquoi le patient est dans le service de réanimation.

Les 7 IDE interrogés, mentionnent que les familles se renseignent sur :

- Le déroulement du séjour en réanimation et les raisons de celui-ci(6).
- Les dispositifs médicaux entourant les patients(6).
- L'état général du patient(5).
- Les mesures mises en place contre la douleur(4).

Les familles sollicitent en général des informations concernant les dispositifs médicaux, le déroulement du séjour et ses raisons, dans un service de réanimation. Elles s'avisent des mesures mises en place contre la douleur.

Est-ce vraiment la priorité des familles de s'enquérir des dispositifs médicaux ?

6) Pensez-vous pouvoir y répondre ?

oui 2

non 5

Si non, pourquoi ?

Questionnaire 1 : non.

Questionnaire 2 : non, quand il s'agit d'une question ayant attrait à une thérapeutique ou un diagnostic inhérent au pronostic vital du patient (rôle médical).

Questionnaire 3 : non par rapport au secret médical.

Questionnaire 4 : non.

Questionnaire 5 : oui.

Questionnaire 6 : oui.

Questionnaire 7 : non.

3 infirmiers pensent ne pas pouvoir répondre aux demandes des familles. 2 infirmiers pensent pouvoir y répondre. 2 pensent pouvoir y répondre lorsqu'il ne s'agit pas de questions ayant trait au secret professionnel. La majorité des IDE pensent donc pouvoir répondre aux questions des familles, lorsque celles-ci ne sont pas soumises au secret professionnel.

Les IDE pensent ne pas pouvoir répondre aux familles. Ils associent sûrement ces informations au rôle que tient le médecin : d'informer l'entourage sur la pathologie du patient.

7) Expliquez-vous aux familles le rôle des dispositifs médicaux présents dans la chambre du patient ?

Oui, toujours 2

A la demande 5

Non 0

Sur sept personnes interrogées, deux expliquent systématiquement le rôle des dispositifs médicaux aux familles, alors que les cinq restants ne le font qu'à leur demande.

En règle générale les IDE expliquent l'utilité des dispositifs médicaux, mais le font souvent à la demande des familles.

Peut-être l'équipe attend-elle que la famille les sollicite pour être sûre qu'elle sera prête à entendre l'information ?

Est-ce que l'équipe doit attendre ce moment pour les informer, ou bien doit-elle le faire de façon systématique?

8) Qu'apportez-vous comme complément d'information ?

Questionnaire 1 : Vulgarisation des informations données par le médecin, explication des complications (retour à domicile, habitude de vie) et de ce qui va se dérouler lors du passage dans ce service.

Questionnaire 2 : j'évoque souvent le retour à domicile du patient et le changement de mode de vie à venir : tabac, activité physique, régimes alimentaires.

Questionnaire 3 : rien.

Questionnaire 4 : rien.

Questionnaire 5 : rien.

Questionnaire 6 : rien

Questionnaire 7 : je précise souvent que nous entendons les alarmes et que nous connaissons celles qui sont inquiétantes. Je suis souvent obligée de répéter les informations, mais c'est plus rassurant pour les proches.

Sur 7 IDE interrogés :

- 4 n'apportent aucun complément d'information aux familles.
- 2 expliquent les complications et le changement du mode de vie.
- 1 rassure les familles concernant les alarmes, et précise qu'il est souvent amené à se répéter pour cela.
- 1 ré explique les informations données par le médecin.

Pour la plupart les IDE ne fournissent pas de complément d'information. Mais certains ré-expliquent la pathologie plus simplement, et les suites postopératoires (court et long terme). Enfin, un rassure les familles en leur expliquant qu'il connaît les systèmes de surveillance.

Comment l'infirmier gère t'il l'échange d'information (mode d'écoute, d'accueil et de clarification) ?

9) Y a-t-il des règles au niveau des appels téléphoniques ?

La famille peut appeler quand elle veut 7

La famille parle toujours à la même IDE 0

Autres

.....
.....

Les familles peuvent appeler quand elles veulent d'après les 7 IDE.

Il n'y a apparemment pas d'IDE référent.

La présence d' IDE référents en réanimation ne serait-elle pas nécessaire ?

10) Est- ce- qu'il y a des horaires de visites pour les familles ?

oui 7

non 0

Si oui, quels sont-ils ? 13 h 30-14 h 30 et 18 h 21 h

Les 7 IDE précisent les horaires de visite.

Les plages horaires couvrent toute la mi-journée.

Quel est l'intérêt d'instaurer une plage horaire pour les visites ?

11) Que pensez-vous des horaires de visites instaurés dans le service ?

Questionnaire 1 : Permettent à tous de voir la personne quels que soient leurs horaires de travail leurs obligations.

Questionnaire 2 : Relativement courts, heureusement flexibles, mais « indispensablement » courts compte tenu des soins.

Questionnaire 3 : Ils me semblent adaptés à la vie des visiteurs et à l'organisation des soins.

Questionnaire 4 : Ils sont en adéquation avec la plupart des horaires des visiteurs et nous permettent d'effectuer les soins tranquillement.

Questionnaire 5 : Ils sont, il me semble, bien adaptés car ils permettent d'effectuer les soins en dehors de la présence de la famille et favorisent le repos du patient.

Questionnaire 6 : Ils permettent la réalisation des soins, le repos des patients, tout en gardant la possibilité de voir la famille pendant une durée conséquente.

Questionnaire 7 : J'essaie toujours d'arranger les familles si les horaires ne conviennent pas (activité professionnelle). En même temps c'est une limite car certaines familles sont trop « présentes », « envahissantes ».

Sur les 7 IDE :

6 disent que les horaires de visites permettent aux familles de voir leur parent, 2 précisent qu'ils les adaptent selon la disponibilité de certaines personnes.

7 déclarent que ces horaires leur permettent une meilleure organisation du service (effectuer les soins sans la présence de la famille), et 2 précisent en plus que le temps de visite est limité pour permettre le repos du patient.

Tous reconnaissent que ces horaires permettent l'organisation du service. Ils planifient les soins auprès du patient tout en préservant son repos. Ils semblent, en général, adaptés pour les familles, mais certains IDE autorisent des visites en dehors de ces horaires selon la disponibilité des proches.

Les horaires de visite sont-ils réellement adaptés ?

12) Quelles sont les personnes les plus disponibles pendant les heures de visites?

IDE 7

AS 0

Autres 0

Les 7 IDE sont d'accord pour dire qu'ils sont les plus disponibles dans le service.

Pourquoi les IDE se considèrent-ils comme étant les seuls disponibles dans le service ?

13) Pensez-vous que votre disponibilité personnelle joue dans la prise en charge des familles ?

oui 7

non 0

Les 7 IDE répondent tous que leur disponibilité personnelle est importante pour répondre aux besoins des familles selon leur charge de travail.

14) Pensez-vous que l'organisation du service soit adaptée à la prise en charge des familles ?

oui 0

non 7 : il manque un lieu approprié (5 personnes).

Les 7 IDE interrogés pensent que le service n'est pas adapté pour la prise en charge des familles.

Ils soulignent l'importance d'un lieu approprié pour l'accueil des familles.

15) Estimez-vous avoir le temps de prendre en charge les familles ?

Oui 0

Si non, Pourquoi ?

Questionnaire 1 : Non, parce que pas toujours disponible suffisamment longtemps.

Questionnaire 2 : Non, car il s'agit toujours de faire semblant d'être disponible alors qu'on ne l'est que très rarement.

Questionnaire 3 : Non. Rien

Questionnaire 4 : Non, parce que les horaires de visites sont au moment de nos repas et de la relève jour/nuit.

Questionnaire 5 : Non. Rien

Questionnaire 6 : Non.

Questionnaire 7 : Non, car au moment des visites nous faisons les relèves écrites ou bien nous mangeons ou faisons la visite.

Les 7 IDE interrogés n'estiment pas avoir le temps de prendre en charge les familles.

2 précisent que les horaires de visite coïncident avec les moments des repas, visites des médecins et des transmissions.

Les IDE expliquent qu'ils n'ont pas le temps de prendre en charge les familles.

Est-ce réellement le temps, en terme de durée, qui est important dans l'accueil ?

16) Y a-t-il des moments exclusivement réservés à l'écoute des familles ?

oui 0

non 7

les IDE interrogés répondent tous qu'il n'y a pas de temps réservés à l'écoute des familles.

Dans l'organisation de leur travail, il n'y a pas de temps déterminé pour les familles.

Les quatre questions précédentes amènent à l'interrogation suivante :

Pourquoi, selon les IDE, l'organisation du service n'est-elle pas adaptée à la prise en charge des familles ?

17) Pensez-vous que l'on puisse parler de «soins» en évoquant l'écoute et l'information apportées aux familles, dans un service de réanimation ?

oui 7

non 0

Pourquoi ?

Questionnaire 1 : oui : Rentrent dans la prise en charge globale du patient, il est indissociable de son environnement familial, professionnel...

Questionnaire 2 : oui : Le patient est avant tout une personne, avec un environnement familial, professionnel, amical. Il nous faut veiller à ce que cet

équilibre ne soit pas compromis par l'hospitalisation. Si la famille doute, le patient va douter, si la famille s'inquiète, le patient va s'inquiéter, si la famille comprend les termes de l'hospitalisation, le patient sera « cool » dans sa tête.

Questionnaire 3 : oui : Le moral des familles influence le moral du malade. Si inquiétude +++ de la famille : inquiétude +++ du malade.

Questionnaire 4 : oui : L'information des familles est un soin rentrant dans la prise en charge globale du patient.

Questionnaire 5 : oui : Une fois que la famille est rassurée, informée, elle est plus détendue et par conséquent le malade lui-même se sent mieux, ressentant un stress de moins.

Questionnaire 6 : oui : Quand les familles comprennent le pourquoi de l'hospitalisation en réanimation, les soins réalisés, l'évolution de la maladie, elles sont moins stressées et peuvent donc apporter plus au patient.

Questionnaire 7 : oui : Sans écoute et information, on ne peut pas accompagner les patients vers la guérison. Les familles participent aux soins indirectement, apportent le nécessaire de toilette, rassurent les patients car les soins et l'information sont répétés sans cesse. Pour informer et acquérir cette information il faut la répéter.

Sur les 7 IDE interrogés :

- 7 répondent que l'on peut parler de «soins» en évoquant l'écoute et l'information apportées aux familles, dans un service de réanimation.
- 7 déclarent que le moral des familles influe sur celui du patient.
- 5 disent que l'information des familles a des répercussions positives sur le stress du patient.
- 3 précisent que les soins aux familles fait partie de la prise en charge globale du patient.

Tous sont d'accord pour dire que l'accueil de la famille influe sur la prise en charge globale du patient.

Dans quelle mesure, l'information apportée aux familles influence-t-elle le patient ?

18) Que souhaiteriez-vous améliorer, pour une prise en charge optimale des familles ?

Questionnaire 1 : L'accueil. En effet dans notre service les familles arrivent sans avoir été préparées aux règles du service.

Questionnaire 2 : Mieux accueillir les familles, autrement qu'entre deux portes, pour leur expliquer qu'il faut se laver les mains, mettre une charlotte et des surchaussures.

Questionnaire 3 : Peut-être une fiche explicative (simple, qui parlerait du comportement de la famille, avant et après la visite (avec le lavage de mains, blouse et surchaussures), les différents intervenants, dispositifs de surveillances.

Questionnaire 4 : Une présence plus accrue de la surveillante qui pourrait prendre les familles en charge (référent).

Questionnaire 5 : Faire plus attention aux familles (écoute, information, présentation du service)

Questionnaire 6 : Mettre en place des moyens clairs et concis pour accueillir les familles, ce qui nous permettrait de perdre moins de temps.

Questionnaire 7 : Quand un patient sait qu'il va aller en réanimation en post-opératoire, il sera intéressant que la famille et le patient ait une première information même succincte, orale et/ou écrite. Cela permettrait déjà une première approche et une visualisation du service. Ainsi que préciser l'organisation de celui-ci.

Sur 7 IDE interrogés :

- 7 déclarent qu'il faudrait améliorer l'accueil pour une prise en charge optimale des familles.
- 3 soumettent l'idée de mettre en place des outils de service pour permettre l'accueil et l'information des familles.
- 1 souhaiterait que la surveillante joue le rôle de référent.

Les 7 IDE sont tous d'accord pour améliorer l'accueil, et certains souhaiteraient la mettre en place d'outil pour permettre ainsi la prise en charge optimale des familles et donc du patient.

19) Avez-vous des remarques particulières ou des précisions à apporter ?

Questionnaire 1 : Non.

Questionnaire 2 : La politique de santé actuelle est :
Un maximum de patient, pour un minimum de personnel ce qui équivaut à dire :
Un maximum de familles pour un minimum de temps. (en rouge)

Questionnaire 3 : Rien

Questionnaire 4 : Rien.

Questionnaire 5 : Rien.

Questionnaire 6 : Non.

Questionnaire 7 : La réanimation est un service qui « impressionne » : fermé. Il est vrai et très important que nous puissions informer pour mieux soigner. Le savoir-faire ne va pas sans le savoir-être et vice versa.

Sur les 7 IDE interrogés :

5 n'ont rien à rajouter

1 critique la politique de santé actuelle d'après lui, elle conduirait à prodiguer beaucoup de soins en peu de temps avec le minimum de personnel.

1 souligne que le service de réanimation est un service impressionnant et que le mieux soigner passe par une bonne information : «Le savoir-faire ne va pas sans le savoir-être et vice versa ».

La plupart n'ont rien à rajouter, mais un explique que le déficit en personnel se rajoute au manque de temps pour pouvoir prendre soin des familles. Et un autre précise que malgré la technicité du service de réanimation, il ne faut pas omettre le relationnel.

SYNTHESE

Ces questionnaires effectués auprès des infirmiers du service de réanimation me permettent une analyse concrète sur le problème de l'accueil des familles du patient admis en service de réanimation. Et ceci afin de trouver une réponse à ma problématique.

Les hommes représentent quasiment 1/3 de la population de ce service (5 réponses proviennent d'infirmières et 2 d'infirmiers). Ce chiffre est peu représentatif de la répartition hommes/femmes en milieu hospitalier. La population soignante est le plus souvent féminine, mais dans les services de réanimation, le personnel est de plus en plus masculin.

En ce qui concerne l'âge, les infirmiers ayant répondu au questionnaire font partie de la «nouvelle génération» d'infirmiers (ce qui explique également le nombre d'hommes, étant donné que le nombre de garçons en IFSI est en augmentation). Ils ont entre 24 et 31 ans. Un travaille dans le service depuis moins de un an, alors que les 6 autres travaillent depuis un à cinq ans dans celui-ci. Tous les infirmiers interrogés travaillent dans le service depuis qu'ils sont diplômés. Ils ont peu travaillé dans d'autres services. Ceci peut montrer une certaine motivation à travailler dans un service hautement technique, en tant que jeunes diplômés.

On peut constater que les IDE ont une expérience relative dans la profession. Elles peuvent manquer parfois d'assurance lors de l'accueil d'une famille.

Dans mon cadre conceptuel, j'ai insisté sur le besoin fondamental des familles d'être informé.

D'après les infirmiers, les informations sollicitées par les familles concernent l'état clinique du patient, le traitement contre la douleur, le séjour du patient en réanimation, et les différents dispositifs médicaux entourant leur parent. Pour les familles, les informations concernant ces dispositifs, et les différents traitements, ne sont pas vraisemblablement leur priorité. On peut penser, que souvent, ils associent les « machines » et les antalgiques à une altération de l'état général (ECG(électrocardiogramme) = « il est cardiaque » ...).

Les IDE déclarent qu'ils ne pensent pas pouvoir répondre systématiquement aux questions, sans préciser la raison pour certain, et d'autre lorsque le secret professionnel est en jeu. Leur expérience et leur manque de recul ne leur permettent peut-être pas de répondre à toutes les interrogations des familles.

Pour les dispositifs médicaux spécifiques à la réanimation, 2 infirmiers expliquent spontanément leur fonctionnement, et 5 en parlent à la demande de la famille.

On comprend donc qu'il peut effectivement exister beaucoup de demandes implicites, dans le non verbal. Les familles se posent beaucoup de questions, ont des besoins qu'elles n'expriment pas par des phrases.

Je pense que les infirmier(e)s ont la possibilité de répondre aux besoins des familles malgré le côté technique de la réanimation. Je le développerai plus tard dans les propositions d'action.

Les IDE n'apportent pas systématiquement de complément d'information. Certains parlent des changements du mode de vie lors du retour à domicile, des suites opératoires et s'attardent plus sur les renseignements apportés par le médecin. On peut constater que l'IDE répète l'information, voire la simplifie. L'infirmier(e) est dans un mode d'écoute, d'accueil ou de clarification.

D'un point de vue technique et organisationnel, les infirmier(e)ss sont toutes d'accord pour dire que la famille peut appeler quand elle veut pour prendre des nouvelles de leur proche. Mais ce n'est jamais la même personne qui répond, ce que je trouve dommage car je pense que la famille, dans cette période de crise, a besoin d'un repère, d'«infirmier(e)s référents» qui pourraient mettre la famille en confiance avec le personnel soignant.

En ce qui concerne les horaires de visites instaurés dans le service (entre 13h30 et 14h30 et entre 18h et 21h), ils semblent être adaptés d'après les infirmier(e)s. Parfois les IDE sont amenés à les modifier selon la disponibilité de certaines familles. Les infirmiers s'organisent en fonction des horaires de visites, et certains précisent que le temps de visite est limité mais nécessaire pour le repos des patients et leurs soins.

Par rapport à mon cadre conceptuel, je pense que les horaires de visites répondent aux attentes des différents protagonistes. Ils font passer en priorité les familles, donc ne doivent pas être trop courts pour respecter le besoin de proximité. De plus, certaines familles viennent de loin pour voir leur proche.

Ils ne doivent pas non plus être trop longs puisque les patients hospitalisés en réanimation nécessitent beaucoup de soins, notamment des soins de nursing et de surveillance constante. Toutefois, je considère que les IDE doivent être capables de s'adapter en modulant les horaires dans certains cas.

Les IDE sont les plus disponibles pendant les heures de visites. On peut donc dire que l'IDE est le lien le plus précieux entre la famille et le patient.

D'autant que l'infirmier est l'acteur de soins le plus présent auprès du patient.

Ils pensent que leur disponibilité personnelle joue sur la prise en charge des familles, en revanche, ils estiment ne pas en avoir le temps.

Ils précisent qu'il n'est pas prévu de moments réservés à l'écoute des familles ni de lieu. Leurs horaires coïncident avec leur repas, la visite des médecins, et les transmissions.

Ceci peut expliquer que les IDE pensent que l'organisation du service n'est pas adaptée à la prise en charge des familles.

Je peux constater que les IDE, parfois par manque de temps et une organisation du service inadaptée, ne peuvent pas prendre en charge correctement les familles.

Ce n'est pas le temps (en terme de durée) qui est important, mais la qualité de la relation que l'on a auprès des familles. En outre, avec des outils et/ou des méthodes, les IDE cibleront leur accueil. Ce qui entraînera un gain de temps et de qualité.

En demandant aux IDE : « Pensez-vous que l'on puisse parler de « soins » en évoquant l'écoute et l'information apportées aux familles, dans un service de réanimation ? », j'ai voulu savoir s'ils associaient les soins relationnels aux soins techniques. Et, en effet, tous sont d'accord pour parler de soins relationnels en évoquant l'accueil (écouter/s'adapter/transmettre).

Ils considèrent que cela fait partie intégrante de la prise en charge globale du patient, avec des répercussions sur la thymie de celui-ci. En effet ils rappellent que le patient est indissociable de son environnement familial, professionnel et amical. Si l'accueil des familles permet de dédramatiser une situation, l'anxiété du patient en sera diminuée. Ainsi, les IDE, amélioreront la prise en charge globale du patient.

Je pense que le relationnel entre dans une prise en charge globale de la personne soignée (dont la famille fait partie), y compris en réanimation. Cela rejoint ma propre conception des soins : allier le soin technique et le soin relationnel.

Ils souhaiteraient tous améliorer l'accueil pour une prise en charge optimale des familles.

Je me suis rendu compte que les infirmiers étaient réellement conscients de la nécessité d'accompagner les familles.

Ils rejoignent mon projet d'action, à savoir la mise en place d'un support écrit pour l'information des familles.

Il me semble qu'il sera nécessaire d'effectuer un travail de ce côté pour répondre aux familles et satisfaire les IDE.

REFLEXION PERSONNELLE

Le service de réanimation est un secteur de pointe, où le personnel est aiguisé aux soins vitaux, mais aussi et surtout à la prise en charge globale des patients. Ils assurent des soins, et la surveillance des fonctions vitales, de manière intensive.

Tout est étudié, analysé et enregistré par une armada de dispositif sophistiqué. Cela ne signifie pas l'altération des fonctions d'un organe mais seulement la surveillance de l'état général.

Cette unité de soins, de par ses missions, en fait un lieu impressionnant, où règnent technologie et personnels qualifiés.

Avant d'effectuer mon stage en fin de deuxième année, j'avais validé l'enseignement du module : soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine.

Lors de mon entrée dans le service, malgré l'enseignement théorique, mon adaptation a été difficile. Je pense avoir amélioré mon organisation, mon efficacité dans la réfection de différents soins, tout au long de cette période.

Dérouté au début, par les différentes (nombreuses) alarmes, qui résonnaient encore dans ma tête au moment des repos.

J'ai découvert certains dispositifs médicaux, et réussi à repérer les alarmes « préoccupantes ».

J'ai réalisé que les familles pouvaient être troublées dans ce milieu très technique. Angoissées par l'hospitalisation de leur parent, elles étaient très demandeuses auprès du personnel soignant.

Lorsqu'une famille est amenée à venir voir leur parent à l'hôpital, rien que le mot de « *réanimation* » les terrorise.

Ce service a une connotation de risque vital pour la plupart des gens. Ils effectuent sûrement le calcul suivant : dans un service de réanimation, le personnel réanime des patients qui sont inanimés (sans vie), autrement dit, il lutte contre la mort.

Le commun des mortels entre dans ce service comme s'il pénétrait dans une maison hantée. Les bruits, le mobilier, les appareils, les odeurs et les choses qui y habitent font peur. Même le personnel, avec ses termes techniques et ses tenues bleues, engendre une certaine crainte.

J'ai pu constater que les IDE étaient conscients qu'ils ne répondaient pas toujours aux attentes des familles.

Le temps est souvent la raison que donnent les professionnels pour excuser leur manque d'investissement dans l'accueil du patient et de son entourage. Peut être par manque d'expérience, de connaissance et d'aisance, les IDE ne peuvent répondre intégralement aux attentes des familles.

En effet, je crois que le facteur temps est important, mais que les notions de savoir être et de savoir faire sont essentielles pour pouvoir transmettre des informations.

Tous les établissements de santé sont préoccupés par l'accréditation, mais il est rare de trouver des procédures d'accueil dans les services.

Je pense, à l'heure actuelle, qu'il faut une réelle motivation de la part de tous les professionnels soignants, pour faire évoluer la conception du soin et notamment l'accueil.

En tant que futur professionnel, je crois qu'il est essentiel de comprendre le rôle propre de l'infirmier et son importance auprès du patient. Il fait partie intégrante de notre profession et en fait sa valeur.

Pour moi le soin, au-delà du geste technique, est avant tout une rencontre avec une personne. Il est un vecteur d'échange et de partage avec l'autre, et me permet de m'enrichir.

J'ai donc proposé un support écrit visant à aider les soignants à améliorer l'accueil des familles.

PROPOSITION D' ACTIONS

L'analyse des questionnaires et la réflexion qui en découlent m'ont amené à proposer certaines actions, ceci pour tenter de répondre à ma problématique.

Pour conduire mes actions, j'ai fixé un objectif global et des objectifs spécifiques.

Objectif global :

Améliorer l'accueil des familles d'un patient admis en réanimation.

Objectifs spécifiques :

- Dédramatiser l'environnement du service de réanimation,
- Faciliter la rencontre soignant/soigné,
- Permettre aux infirmier(e)s quelque soit leur expérience d'accueillir les familles.

Actions

➤ *Mettre en place d'infirmier(e)s référents.*

Par rapport à l'accueil des familles, je pense qu'il y a besoin d'un suivi, d'une continuité. Un infirmier(e) référant des familles pourrait être une solution, que ce soit au téléphone ou dans le service. Cela peut diminuer le stress des familles et les mettre en confiance. Il est donc important de se présenter à la première rencontre.

Il me semblerait judicieux que la ou le surveillant(e) du service de réanimation soit l'infirmier(e) référent(e) auprès des familles, étant donné qu'elle ou il est présent(e) 5 jours sur 7 dans le service, en règle générale.

Dès l'admission du patient dans un service (chirurgie), il aurait rendez-vous avec la ou le surveillant(e) de réanimation. Accompagné de quelques personnes de son entourage, il pourrait effectuer la visite du service.

Durant cette présentation, différentes explications sur le fonctionnement du service seraient précisées, ainsi que les raisons de son passage dans l'unité.

➤ *Elaboration d'un livret d'accueil*

Enfin je proposerai aux familles un livret d'accueil, comportant toutes les informations apportées lors de la visite du service.

Il me semble important de concilier l'information orale et écrite, l'une ou l'autre n'étant pas suffisante seule.

Il est nécessaire que l'IDE soit là pour expliquer le fonctionnement du service, de manière chaleureuse, et répondre à d'éventuelles questions.

En ce qui concerne le rôle infirmier en lui-même, je pense que chaque infirmier, selon sa conception des soins et son expérience personnelle, peut mettre en place certaines actions : identifier les besoins, donner des informations, être attentif au confort des familles.

Je pense que répondre aux besoins des familles est gratifiant pour un infirmier(e). Cela le valorise personnellement et professionnellement.

L'infirmier(e) a donc un rôle multidimensionnel, mais qui va, à mon sens, bien au-delà du soin technique.

Le livret d'accueil laisserait une marque écrite qui permettant aux familles de pouvoir revenir sur des informations qu'ils ont eues lors de la visite.

Voici mon projet de livret d'accueil que j'ai réalisé à cette intention :

Livret d'accueil

A l'attention des proches
des
patients hospitalisés en
Réanimation

Service de Réanimation

Chef de service : Dr

Cadre Infirmier : Mme, M

Numéros de téléphone (24h sur 24) :

Tel 1 :

à 21h

Tel 2 :

**Horaires de visite (tous les jours):
de 13h30 à 14h 30 et de 18h**

Madame, Monsieur,

Votre proche est hospitalisé en Réanimation. L'équipe soignante médicale et paramédicale fait tout son possible pour que sa situation s'améliore le plus vite possible.

Ce livret d'accueil a été conçu pour vous. Il a pour but de vous aider à comprendre l'environnement dans lequel votre proche est soigné.

Votre proche est actuellement suivi plus particulièrement par le Docteur :

Un médecin réanimateur est présent dans le service 24 h/24.

- L'équipe soignante effectue des soins réguliers aux patients et chaque médecin et infirmier(e) ont en charge plusieurs malades.
- Pour ces raisons les horaires de visites sont limités à des moments où les soignants sont disponibles pour vous accueillir.
- La fragilité des patients de Réanimation est majeure. Elle les expose tout particulièrement aux infections acquises à l'hôpital (infections "nosocomiales"). Pour cela, il n'est possible qu'à 2 personnes d'entrer dans la chambre en même temps. Nous vous demanderons de respecter les consignes d'isolement, notamment : le lavage des mains, le port d'une sur-blouse et de sur-chaussures. Enfin, de ne rien introduire dans la chambre sans l'accord du personnel.
- Vous allez rencontrer le médecin responsable des soins de votre proche. Si vous avez besoins d'explications, n'hésitez pas à les lui demander directement ou par rendez-vous : nous savons qu'il peut être difficile de comprendre les termes utilisés par les réanimateurs.
- Votre médecin traitant peut demander des explications et accéder au dossier médical. Il est important de partager ces informations avec des personnes qui vous aideraient à mieux comprendre. N'oubliez pas, faites circuler les informations à toute votre famille.

N'hésitez pas à demander plus d'informations aux infirmiers(ères)

Vous allez trouver le patient avec beaucoup de fils et de “tuyaux”, voici quelques explications. Utilisez le lexique en dernière page.

1. scope (surveillance du cœur et de la tension)
2. saturomètre (surveillance de l’oxygène dans le sang)
3. perfusion (administration de médicaments dans la veine)
4. lit
5. poche de recueil des urines
6. seringues électriques (permet d’administrer des médicaments de façon plus précise)
7. lignes de perfusion reliées au cathéter
8. ventilateur (respirateur artificiel)

Vous verrez aussi :

9. table de soin et matériel d’aspiration (respiratoire et bouche).
10. télécommande pour régler la hauteur du lit
11. sonnette d’appel
12. lavabo propre à chaque chambre

En Réanimation, les soins justifient que les patients soient nus, mais leur intimité reste préservée.

Les horaires de visite instaurés, vous permettent de rendre visite à votre parent et nous permettent d’organiser les soins.

Même si les patients dorment, vous pouvez les toucher et leur parler.



N’hésitez pas à demander plus d’informations aux infirmiers(ères)

LEXIQUE

Pour vous aider à mieux comprendre :

CATHÉTER : petit tube en plastique placé dans une grosse veine du cou, de la jambe ou du bras, qui permet d'apporter rapidement et efficacement des médicaments, une perfusion et parfois de la nutrition.

INTUBATION : Intervention qui permet de placer une sonde dans la trachée d'un patient anesthésié afin de le relier à un ventilateur.

EXTUBATION : Intervention qui consiste à retirer cette sonde de la trachée. Elle est réalisée seulement quand le patient est autonome au niveau respiratoire.

VENTILATEUR : Appareil permettant la respiration artificielle chez un malade.

SATUROMETRE : pince placée sur le malade (le plus souvent au bout d'un doigt) pour mesurer le taux d'oxygène dans le sang.

SCOPE : C'est un ordinateur qui surveille en permanence tous les paramètres vitaux du patient (tension, rythme cardiaque) et qui alerte les soignants en cas d'anomalie.

SONDE GASTRIQUE : Tuyau en plastique placé dans l'estomac pour en aspirer les sécrétions ou au contraire pour nourrir artificiellement le malade (souvent placée dans le nez).

SONDE VESICALE : Tuyau en plastique placé dans la vessie pour faciliter l'évacuation des urines et en mesurer la quantité.

SÉDATION : Il s'agit de l'administration de médicaments assurant un sommeil profond. Elle a la propriété d'éviter la douleur et de permettre à un malade de mieux supporter le ventilateur.

CONCLUSION

Au cours de mon cursus, mon stage en réanimation est celui qui m'a le plus marqué. J'ai pris conscience de la dimension relationnelle des soins, et combien celle-ci était importante dans la prise en charge globale du patient.

On ne peut soigner un patient sans le remettre dans son contexte familial et social, même si certains de ses rôles ne sont pas présents au cours de l'hospitalisation.

Je pense que l'infirmier(e) ne peut se cacher derrière un soin technique. Tout en respectant les priorités vitales pour le patient, il est important d'ouvrir le soin relationnel aux familles.

A travers ce travail de fin d'étude, j'ai pris en compte la diversité humaine des infirmier(e)s. Pourquoi travaillent-ils en réanimation plutôt que dans un autre service ? J'ai appris qu'il était difficile de «prendre le temps», parce que les infirmier(e)s ont également besoin d'un peu de temps pour eux-mêmes, au cours d'une journée de travail. Difficile, mais pas impossible.

Tout au long de l'élaboration de ce travail, j'ai évolué et je suis maintenant motivé pour travailler dans un service dit technique. Mon projet professionnel s'est vu renforcé : allier le soin technique et le soin relationnel.

Au cours de mes recherches, j'ai observé une différence entre théorie et pratique. Nous savons tous combien il est difficile de mettre la théorie en pratique.

L'expérience professionnelle me le confirmera certainement. L'important pour moi est de me sentir investi dans mon travail.

Toutefois, ne serait-il pas intéressant de connaître le vécu et les attentes des familles par rapport à leur accueil dans le service ?

Ceci nous permettrait d'évaluer l'efficacité des actions mises en place afin de les valider et/ou de les réajuster.

Pour terminer, je tiens à dire que toutes les réflexions menées dans mon travail sont issues de l'analyse des questionnaires et de mon expérience personnelle. Elles ne doivent pas être perçues comme des jugements ou des critiques.
