

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Mémoire en soins infirmiers

UE 3.4 et 5.6

**Du corps objet au corps sujet : comment prendre soin dans un environnement
hautement technique ?**

LASNIER Sophie

Directeur de Mémoire : Jean-Marc PENHOUET

Promotion 2016-2019

Soutenance : juin 2019

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Mémoire en soins infirmiers

UE 3.4 et 5.6

**Du corps objet au corps sujet : comment prendre soin dans un environnement
hautement technique ?**

LASNIER Sophie

Directeur de Mémoire : Jean-Marc PENHOUET

Promotion 2016-2019

Soutenance : juin 2019

« Je ne suis pas humain si je ne suis pas reconnu comme tel par autrui. Le secret de ma dignité se trouve dans le regard qu'autrui porte sur moi. » Hegel

RESUME

La médecine moderne puise ses fondements dans une conception occidentale de dualité entre corps et esprit. Le développement technique et la spécialisation croissante des champs médicaux ont ainsi progressivement conduit à envisager le corps comme objet morcelé. Cette évolution entraîne ainsi une distinction entre le corps objet de soin et le corps sujet. La réanimation en est l'illustration parfaite, exemple d'une médecine révolutionnaire, qui, grâce aux progrès techniques, prend en charge des patients aux pathologies toujours plus complexes et « aigues ». La gravité de l'état des patients de réanimation nécessite des soins de haute technicité et une surveillance constante. L'équipe soignante évolue ainsi à toute heure sous des lumières artificielles, leur travail rythmé par le bruit de multiples alarmes. De plus, la réanimation est souvent associée à la clinique du coma. Cependant, ces patients font face à des réalités, des états de conscience et des capacités de communication variés.

Ainsi, s'interroger sur le vécu du patient lors de son séjour en réanimation peut s'avérer complexe. Cependant, un point commun existe entre tous ces patients : ils font face à des vulnérabilités importantes et multiples, que ce soit sur le plan physique, émotionnel, psychique et liées à leur perte d'autonomie. Il en résulte à long terme des conséquences psychiques importantes. Ces séjours sont perçus par les patients comme un véritable traumatisme, pouvant altérer leur qualité de vie.

Ces constats récents ont conduit, depuis une dizaine d'années, les professionnels de réanimation, les chercheurs et les sociétés savantes à travailler à l'amélioration du bien-être de ces patients. Parmi les nombreuses barrières au mieux-vivre identifiées, l'absence d'individualisation des soins est particulièrement prégnante. Or, l'infirmier a un rôle essentiel à jouer dans cette individualisation, de par sa proximité avec le patient. Par ses attitudes, ses compétences, notamment en terme de communication et de soins relationnels, l'infirmier peut prendre soin de ces patients souvent éclipsés par les machines qui les maintiennent en vie. Le défi est alors d'établir une relation soignant/soigné ou tout l'enjeu est de rendre présent l'absent. C'est ainsi en travaillant sur ses représentations du patient, en cultivant une approche holistique incluant la famille, et en assumant son rôle de plaidoyer que l'infirmier peut prendre soin. Cependant, cette démarche ne peut rester le fait d'une initiative individuelle, et doit s'intégrer dans une culture de service.

Mots-clés : technique, réanimation, vécu, prendre soin, individualisation

SOMMAIRE

RESUME

LISTE DES ABREVIATIONS

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION	1
<i>Situation d'appel</i>	1
<i>Ancrage personnel et expérientiel</i>	2
<i>Questionnement</i>	3
I – LE CORPS OBJET OU LE PATIENT INVISIBLE	4
1.1) L'innovation et la naissance du corps objet	4
1.1.1) <i>Le contexte philosophique : la naissance de la dualité entre corps et esprit</i>	4
1.1.2) <i>L'évolution de la médecine ou la naissance du corps-objet</i>	5
1.1.3) <i>La réanimation comme illustration de la médecine moderne</i>	5
1.2) La réanimation, milieu extrême : les spécificités de la réanimation	6
1.2.1) <i>Définition</i>	6
1.2.2) <i>Un service ou l'urgence et la mort se côtoient</i>	7
1.2.3) <i>Le patient de réanimation et le « coma »</i>	8
1.2.4) <i>L'environnement de la réanimation ou l'inquiétante étrangeté</i>	10
1.2.5) <i>Le paradoxe de la surveillance</i>	10
II – LUMIERE SUR LE VECU DU PATIENT	11
2.1) le vécu du patient en réanimation et la vulnérabilité multiple	11
2.1.1) <i>L'émergence d'un sujet</i>	11
2.1.2) <i>La vulnérabilité physique</i>	12
2.1.3) <i>La vulnérabilité liée à la perte de l'autonomie</i>	13
2.1.4) <i>La vulnérabilité psychologique et émotionnelle : l'enjeu de la mémoire</i>	15
2.2) L'après réanimation : les effets psychiques à long terme	17
2.2.1) <i>L'état de stress post traumatique</i>	18
2.2.2) <i>Les symptômes anxio-dépressifs</i>	18
2.2.3) <i>Evaluation de la qualité de vie</i>	19
III – L'INFIRMIER COMME ACTEUR ESSENTIEL DE L'INDIVIDUALISATION DES SOINS	20
3.1) Du mieux vivre au prendre soin : remettre le sujet au centre du soin	20
3.1.1) <i>Le prendre soin en réanimation : une attitude soignante en mouvement</i>	20
3.1.2) <i>Le prendre soin comme compétence</i>	21
3.1.3) <i>La qualité de la communication comme critère de jugement du bien-être</i>	23
B) La relation soignant/soigné en réanimation : Rendre présent l'absent	25
3.2.1) <i>Les enjeux d'une relation fondée sur les représentations du soignant</i>	25
3.2.2) <i>La famille comme alliée et comme sujet de soin</i>	26

3.2.3) <i>Des outils pour individualiser les prises en soin</i>	28
3.2.4) <i>L'advocacy : l'infirmier garant des droits des patients</i>	29
CONCLUSION : QUESTION SPECIFIQUE DE RECHERCHE	30
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	32
<i>Articles scientifiques</i>	32
<i>Articles professionnels</i>	33
<i>Ouvrages</i>	34
<i>Législation et documents officiels</i>	35
<i>Sites internet</i>	35
ANNEXES	36
<i>ANNEXE A - METHODOLOGIE</i>	36
<i>ANNEXE B - ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES RETENUS</i>	38
<i>ANNEXE C - ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES PROFESSIONNELS RETENUS</i>	52
<i>ANNEXE D - CARTE MENTALE</i>	57

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAM-ICU : Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CREUF : Collège de Réanimation des hôpitaux Extra-Universitaires de France

DU : Diplôme Universitaire

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

FHP : Fédération des Hôpitaux Privés de France

FIER : Formation des Infirmiers en Réanimation

GFRUP : Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques

HAS : Haute Autorité de Santé

ICDSC : Intensive Care Delirium Screening Checklist

ICU : Intensive Care Unit

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGS : Indice de Gravité Simplifié

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

LATA : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

MBI : Maslach Burnout Inventory

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MMSE : Mini Mental State Examination

NIDCAP : Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

PAVM : Pneumopathies Acquisées Sous Ventilation Mécaniques

PFCC : Patient and Family Centered Care

PH : Praticien Hospitalier

PR : Professeur

PSE : Pousse Seringue Electrique

REIRPR : Réseau Européen Interdisciplinaire de Recherche Psychologie –
Réanimation

SAD : Symptômes Anxio-Dépressifs

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

UR : Unité de Réanimation

USI : Unité de Soins Intensifs

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin, m'ont accompagné tout au long de ces études et de ce travail de recherche.

Plus particulièrement, je souhaite remercier :

M. Jean-Marc PENHOUE, mon directeur de mémoire, pour la richesse de nos échanges et la justesse de son accompagnement.

Mme Isabelle PAULO, ma référente pédagogique, pour ses encouragements tout au long de ces trois années

Les professionnels qui ont répondu avec bienveillance à mes questions et qui m'ont ouvert de nouvelles perspectives, et ceux qui m'ont donné l'envie de poursuivre dans cette voie,

A mes proches, qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail.

INTRODUCTION

Situation d'appel

Lors de ma troisième année d'études en soins infirmiers, j'ai effectué un stage au sein d'un service de réanimation chirurgicale. Ce service accueille 20 patients admis pour des pathologies cardiaques et pulmonaires, vasculaires, cérébrales tumorales ou neurologiques nécessitant une ventilation assistée. Les patients arrivent directement du bloc en post urgence (pour AVC par exemple), ou des services conventionnels liés à leur pathologie, suite à une dégradation de leur état. Les patients sont pour la très grande majorité en surveillance horaire et dépendant de nombreuses machines et thérapeutiques (dialyses, respirateurs, médicaments par PSE ...). Le taux de décès y est important.

Durant ma deuxième semaine de stage, un patient de quarante cinq ans est admis pour une hémorragie sous arachnoïdienne du tronc basilaire sur une poussée hypertensive. Lors des transmissions, j'apprends qu'à l'arrivée des secours, il présentait un score de Glasgow de 3 sur 15 et fut conduit en urgence au bloc opératoire pour embolisation d'anévrisme et pose d'une dérivation ventriculaire externe. J'apprends également qu'il est marié et père de trois jeunes enfants de 5, 7 et 9 ans.

Dans les premiers jours de prise en charge, ce patient, placé en coma artificiel, présente de multiples complications (instabilité hémodynamique, insuffisance rénale aiguë, pneumopathie, troubles de la thermorégulation ...) le rendant dépendant de nombreuses machines. Il est donc relié par de nombreuses tubulures et sondes, placé sous une couverture refroidissante et sa prise en soins est complexe sur le plan technique, représentant pour moi un « défi ».

Les visites étant possibles 24h/24 dans le service, je rencontre sa femme au bout de quelques jours. Celle-ci me semble en état de choc, s'exprime peu, se concentre sur des questions pratiques. Elle exprime le souhait de faire venir ses enfants dans le service. Cette visite nécessite une préparation en plusieurs étapes, répondant au protocole du service. Nous recevons donc les 3 enfants avec la psychologue du service, répondons à leurs questions, puis les faisons rentrer dans une chambre vide, pour leur permettre de se familiariser avec l'environnement d'une chambre de réanimation.

Le jour suivant, nous faisons donc entrer sa fille de 7 ans dans la chambre. Celle-ci exprime un sentiment d'irréalité, ne reconnaît pas son père, ose à peine le regarder et le toucher. Il est en effet relié à de nombreuses machines, présente un anasarque et son crâne est entouré d'un épais pansement de tête cachant une dérivation ventriculaire.

Cette situation m'a beaucoup émue et provoqua une prise de conscience. En effet, je me rendis compte que, bien qu'ayant eu jusque là conscience de m'occuper d'une personne à part entière, mais n'ayant pu communiquer de manière classique ou apprendre à le connaître, je n'avais peut être pas réussi à dépasser ma vision de lui en tant que malade, pour le considérer plus globalement. Je me demandais souvent ce qu'il pouvait sentir ou ressentir, aussi bien physiquement que psychologiquement. Je regrettais ainsi de ne pouvoir créer de lien plus empathique avec lui du fait de ce manque de connaissances. Or, ce moment fut pour moi l'occasion de me représenter mon patient plus réellement, d'avoir un aperçu de sa personnalité, de l'impact et des conséquences de cette situation pour lui et sa famille.

Ancrage personnel et expérientiel

Le choix de mon thème de recherche prend ancrage dans mes différentes expériences de stage, durant lesquels j'ai pu être confrontée à des prises en soins très techniques, de patients souvent dans l'incapacité d'exprimer leurs besoins. Or, j'ai parfois ressenti dans ces services que la technique prenait le pas sur une vision à plus long terme du soin. Il est en effet parfois difficile de comprendre ce que peut ressentir le patient, et les conséquences que nos gestes peuvent avoir sur son devenir. Ces stages ont été sources d'apprentissages mais aussi d'interrogations sur le sens même donné au soin.

Durant ma deuxième année, j'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage aux soins intensifs de néonatalogie. Bien souvent, ces nouveau-nés sont immatures sur le plan respiratoire, nécessitant une surveillance, une assistance respiratoire mécanique, l'administration de thérapeutiques par pousse seringue électrique ... J'y ai donc découvert un environnement très technique mais aussi un projet de service orienté autour de la théorie des soins de développement (Nidcap). Cette approche individualisée des soins vise à diminuer les comportements de stress des nouveau-nés, d'éviter tout acte non indispensable mais aussi de travailler sur l'environnement de service et sur la participation des familles aux soins.

En effet, de nombreuses études ont montré un fort impact d'un séjour hospitalier et des soins sur le développement psychologique et émotionnel des nouveaux nés. Ainsi, « l'exposition précoce à des événements de vie stressants a un impact sur le développement du sujet à long terme, plus particulièrement en ce qui concerne la vulnérabilité psychologique » (HABERSAAT et BORGHINI, 2010, p.130).

Or, la valeur que je privilégie dans ma relation à l'autre est l'humanité. Celle-ci englobe pour moi de multiples valeurs qui guident mes actions dans la relation de soin. Ainsi je veille à faire preuve d'empathie et d'attention à l'autre par l'écoute, la communication et le respect. Il est ainsi très important pour moi de pouvoir penser la relation de soin dans une approche holistique de la personne, visant son bien-être et la préservation de sa dignité et de son autonomie. Pour ce faire, je me questionne sur le sens et les objectifs de mes prises en soins, dans une approche individualisée de la personne. Il est donc essentiel pour moi d'identifier les besoins de mes patients, comprendre leur ressenti. Cette approche recoupe la notion de prendre soin.

Dès lors, j'ai souhaité mettre en perspective ces interrogations et vécus avec mon expérience en réanimation. En effet, j'ai pour projet professionnel d'exercer dans ce type de services. Je souhaitais donc profiter de ce mémoire pour enrichir ma pratique, en amorçant une réflexion sur les questionnements que mon stage avait pu susciter.

Questionnement

Je me suis beaucoup interrogée sur ce que les patients de réanimation pouvaient ressentir. D'une part, je souhaitais donc faire le point sur le degré de conscience et les capacités sensoriels des patients à l'état de conscience altérée. Qu'entendent-ils ? Que ressentent-ils ? Ont-ils des besoins spécifiques liés à leur état ? Mais aussi quelles sont les conséquences à plus long terme de leur hospitalisation ? Quels souvenirs peuvent-ils garder de leur séjour en réanimation et quel peut être, à plus long terme, l'impact psychologique d'un tel séjour ? Que peut faire l'infirmier pour améliorer ce séjour ?

De plus, les services de réanimation sont souvent considérés comme très spécifiques, pour de multiples raisons. Ainsi je souhaitais m'interroger sur l'impact des spécificités de la réanimation sur la relation soignant-soigné. Je me suis demandé en quoi la technicité de ce service pouvait impacter les représentations que les

infirmiers se font de leurs patients ? N'ont-ils pas accès ou n'oublient-ils pas certains besoins de leurs patients ? Comment établir une relation avec un patient en l'absence de feedback ?

J'ai donc arrêté mon sujet sur le thème suivant :

En quoi l'infirmier peut améliorer le vécu du patient en réanimation?

J'ai donc choisi dans un premier temps de présenter le contexte dans lequel s'inscrit la pratique réanimatoire, qui a pour conséquence une réification du patient (I). J'ai ensuite souhaité développer les connaissances actuelles sur le vécu du patient, pendant son séjour et à plus long terme (II). Enfin, ma dernière partie s'intéresse au rôle essentiel qu'a à jouer l'infirmier dans l'individualisation des soins (III).

I – LE CORPS OBJET OU LE PATIENT INVISIBLE

1.1) L'innovation et la naissance du corps objet

1.1.1) Le contexte philosophique : la naissance de la dualité entre corps et esprit

Contrairement à certaines sociétés où l'homme forme une unité entre corps et esprit, notre culture soignante occidentale repose depuis l'antiquité sur la séparation du corps et de l'esprit. En effet, Platon déjà, dans son allégorie de la caverne décrivait le corps comme un tombeau dans lequel l'âme gisait.

Le christianisme a ancré cette dissociation, en plaçant le salut de l'âme au dessus de tout. Ainsi, du pécher originel naît la vision d'un corps comme siège de la culpabilité et de la déchéance de l'homme. Pour Saint Augustin, « le drame de l'homme est qu'il est incarné » (tel que cité par DETREZ, 2002, p.19). « C'est ainsi toute une réalité corporelle, constitutive de l'existence humaine, comprenant notamment la maladie, la mort, la sexualité, qui se trouve entachée de pêcher dans la culture occidentale » (ibid.). Le salut viendrait donc de la pureté de l'âme, nous permettant d'accéder au paradis, le corps n'étant qu'une enveloppe terrestre condamnée à la putréfaction.

Descartes achève cette distinction, définissant le corps « comme une horloge composée de roues et de contrepoids » (DESCARTES, 1824, p.347) tandis que l'âme serait « une substance dont toute l'essence de la nature est de penser, et qui, pour être, n'a besoin d'aucun lieu, ni ne dépend d'aucune chose matérielle » (DESCARTES, 1953, p.147).

Cette vision d'une division entre corps et esprit va influencer et être nourrie par l'évolution progressive de la médecine jusqu'à aujourd'hui.

1.1.2) L'évolution de la médecine ou la naissance du corps-objet

Avec l'acceptation progressive de l'étude du corps humain par la dissection et la systématisation de la méthode expérimentale, la médecine moderne va se focaliser sur l'anatomie. Ainsi « la norme de la médecine occidentale isole le corps et l'objective en connaissances biologiques » (DETREZ, 2002, p.29). C'est cette vision biologique et mécaniste du corps qui prime toujours dans la médecine moderne.

En outre, ainsi que l'écrit FOUCAULT (1994), le pouvoir de nommer les maladies, donc de les décréter, d'utiliser une terminologie spécifique pour évaluer l'état de santé constitue en soi un pouvoir symbolique qu'il nomme « biopouvoir ». Le corps ainsi codifié, classifié, analysé, perd son statut de siège de l'intimité individuelle. L'histoire foucauldienne de la médecine rejoint ainsi la conception de la culture occidentale comme "chosifiant" la chair par le soin.

Deux évolutions fondamentales accentuent encore la réification du corps. D'une part, la médecine se spécialise de plus en plus, le corps étant morcelé en spécialités indépendantes les unes des autres. D'autre part, l'exercice de la médecine dépend de plus en plus d'un médiateur technique. L'imagerie médicale, les examens biologiques, remplacent la clinique, les données chiffrées supplantent ainsi le corps-sujet, qui ressent, qui souffre. « Ces innovations techniques (...) prolongent la conception d'un corps objectivé et qui plus est morcelé : le corps devient la somme de ses différentes parties, chaque organe malade peut être dissocié du tout » (FOUCAULT, 1994). La technique opère donc un effet de mise à distance par rapport à la personne, se concentrant uniquement sur la « prise en charge » de son corps, de sa maladie.

Ainsi, comme le théorise Walter HESBEEN (1997), docteur en sciences infirmières, cette évolution entraîne une distinction entre *le corps objet* de soin et *le corps sujet*. Cette distinction pose, à propos de l'action de soin, la question de la place donnée à la personne dans toutes interventions soignantes.

C'est dans ce contexte d'évolutions techniques que naissent les premiers services de réanimation.

1.1.3) La réanimation comme illustration de la médecine moderne

Dans les années cinquante, alors que de grandes épidémies de poliomyélite ravagent l'Europe, la nécessité de recourir à une ventilation prolongée des patients

dont les muscles respiratoires ne fonctionnent plus, impose l'émergence de nouvelles formes de prise en charge. En effet, en l'absence de ventilation mécanique, une ventilation manuelle des malades nécessite, pour la première fois, une présence médicale continue et un personnel nombreux.

Le premier service de réanimation naît ainsi en France à l'ouverture, le 1er septembre 1954, du centre de réanimation neurorespiratoire de l'hôpital Claude Bernard à Paris (VACHON, 2010).

Ainsi, sous l'impulsion du professeur Hamburger, néphrologue à l'hôpital Necker à Paris, va se développer en France une discipline médicale nouvelle définie par lui comme « l'ensemble des gestes thérapeutiques destinés à conserver un équilibre humoral aussi proche que possible de la normale au cours des états morbides aigus qu'elle qu'en soit la nature » (RICHARD, CHASTRE, PERROTIN, PAPAZIAN, 2016, p.554) qui se diffusa aux services de néphrologie avec l'arrivée de l'hémodialyse, ainsi qu'en chirurgie, avant de s'autonomiser en un service à part entière.

Le professeur HAMBURGER nomma cette nouvelle spécialité « réanimation médicale », ce terme venant du latin *anima* qui signifie « le souffle », « l'âme », et du verbe *animare* « donner de la vie, le souffle ». Ainsi, la « réanimation » peut s'entendre comme l'action de redonner la vie.

La réanimation devient donc le parfait exemple d'une médecine révolutionnaire, qui, grâce aux progrès techniques, permet de prendre en charge des patients aux pathologies de plus en plus complexes et « aiguës ». Ainsi, dans son ouvrage de 1972 au titre révélateur La puissance et la fragilité, le professeur HAMBURGER en parle en ses termes : « La réanimation médicale s'apparente à mes yeux à un mode de pensée de la médecine moderne » (1972).

La pratique réanimatoire n'a depuis cessée d'évoluer, au gré de ces progrès et des avancées médicales, pour devenir un service considéré par beaucoup comme « à part ».

1.2) La réanimation, milieu extrême¹ : les spécificités de la réanimation

1.2.1) Définition

En 2015, les services de réanimations français se répartissaient entre 228

¹ Selon l'expression de Michèle GROSCLAUDE (2009)

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition.

hôpitaux et 54 cliniques, soit 5026 lits autorisés pour un volume d'activité de 241 092 séjours sur l'année (FHP MCO 2017 p.6).

La loi définit précisément les services pouvant obtenir l'agrément de réanimation : selon l'article R.6123-33 du Code de la Santé Publique « les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléances ». Ainsi, la réanimation est un service accueillant des patients au pronostic vital pouvant être engagé, nécessitant la mise en œuvre de moyens de suppléances comme la ventilation artificielle, le support hémodynamique, l'épuration extra-rénale...

L'article R 6123-34 spécifie quant à lui que ces unités « Assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients ».

Ces définitions légales mettent donc l'accent sur le type de dysfonctionnements organiques et le type de thérapeutiques utilisées pour y pallier.

1.2.2) Un service ou l'urgence et la mort se côtoient

Différents indicateurs permettent aux praticiens de réanimation d'évaluer la gravité de l'état des patients admis en réanimation, et notamment l'Indice de Gravité Simplifié (IGS). Cet indice part du postulat qu'il existe un lien fort entre perturbations physiologiques aiguës et risque de décès. Il regroupe ainsi 17 variables (âge, rythme cardiaque, diurèse, mode d'entrée, score de Glasgow ...), chacune apportant un nombre de points selon sa valeur. Le score final obtenu est alors transformable en mortalité. Ainsi, selon la FHP (2017) le calcul de l'IGS moyen pour l'ensemble des séjours de réanimation est de 42 dans le public et de 35,4 dans le privé.

Ces services accueillent donc des patients ayant un fort risque de décès dans un avenir proche. La mort se rencontre ainsi beaucoup plus que dans tout autre service hospitalier. En effet, selon un rapport de l'IGAS (2009 p.3) « Un peu plus de 22% des personnes qui meurent en établissement de soin, trépassent en effet dans un service de réanimation, une unité de soins intensifs ou de soins continus, tous services dans lesquels les exigences techniques l'emportent largement sur les besoins de confort des malades et d'accueil des proches ».

Du fait de l'instabilité physiologique des patients admis, la notion d'urgence est donc une des fortes spécificités de la réanimation. En effet, le Praticien Hospitalier

anesthésiste réanimateur (PH MAR) que j'ai eu l'occasion d'interroger lors de la préparation de ce mémoire définit son rôle en comparaison avec les patients rencontrés en salle de réveil comme suit : « *Je sais qu'ils peuvent entendre, se souvenir... (Les patients en salle de réveil), j'interagis avec eux, je les rassure... l'objectif n'est pas le même. Ces patients là, mon rôle est de les ramener sans encombre à la réalité rapidement. Chez les patients de réa, c'est de réagir aux urgences organiques.* »

L'IDE définit quant à elle l'instabilité comme principale caractéristique de la réanimation : « *Lorsque l'on laisse le patient après notre service, alors qu'il se trouve dans un état de santé stable, on n'est jamais sûr de le revoir le lendemain. Tout peut basculer en quelques minutes... il faut toujours anticiper ses soins au maximum car, à tout moment, un après-midi calme peut se transformer en un enchaînement de situations d'urgences.* »

Ainsi, Michèle GROSCLAUDE (2009), docteur d'Etat en psychologie, praticienne en réanimation décrit la particularité essentielle de la réanimation comme : « de travailler directement sur la vie, en contrepoint de la mort. Rien d'étonnant à ce qu'elle suscite fascination et inquiétude, qu'elle se soit chargée d'idéologies, croyances, mythes et fantasmes, dont celui de la ressuscitation ».

Or, CHAHRAOUI, étudiant le vécu subjectif et émotionnel des soignants de réanimation, identifie l'urgence et la gravité des pathologies des patients comme facteurs de stress professionnel. Ainsi « la gestion de la mort et de ses conditions apparaît comme une difficulté majeure et centrale dans le discours des soignants » (CHAHRAOUI et al, 2011, p.342). En effet, nombre d'études soulignent la prévalence de *burn out* chez les personnels soignants de réanimation. Ainsi, PONCET et al. (2007) évoque un taux d'épuisement professionnel de 30% chez les infirmiers de réanimation, tandis qu'EMBRIACO et al. (2007) identifient un taux de 46% de *burn out* chez les médecins.

Nous verrons plus loin que les stratégies d'adaptations adoptées par les soignants face à ces situations influencent la nature de la relation avec le patient de réanimation.

1.2.3) Le patient de réanimation et le « coma »

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le patient de réanimation est en état critique, présentant des défaillances multiviscérales, rendant son avenir incertain.

Or, la réanimation est « fréquemment confondue dans le public avec la clinique du coma. Pourtant beaucoup de réanimés ne sont pas comateux mais plus ou moins vigiles, voire lucides (en apparence du moins), la plupart sont intubés et ventilés» (GROSCLAUDE, 2009).

Ainsi, hormis les cas où le patient est dans un état de conscience altéré du fait même de sa pathologie (cérébrolésés, troubles hydroélectrolytiques ...), celui-ci peut être placé par le corps médical en état de sédation. La sédation peut ainsi être plus ou moins profonde, selon le but recherché par le médecin (après évaluation, via le score de Ramsay par exemple), et pouvant aller jusqu'au coma artificiel.

Il m'apparaît important ici de définir la notion de sédation. Le terme de sédation inclut deux composantes : l'analgésie (suppression de la douleur) et la narcose (la provocation artificielle du sommeil). On utilise donc l'expression sédation-analgésie.

On différencie la sédation-analgésie de confort, dont l'objectif est « de soulager en priorité la douleur et d'améliorer la tolérance à l'environnement », et la sédation-analgésie « thérapeutique », « plus profonde (c') est un élément à part entière du traitement dans certaines circonstances pathologiques (détresse respiratoire aiguë, cérébrolésés ...) » (SFAR, 2008).

Les buts de la sédation analgésie varient en fonction du contexte, après évaluation des bénéfices/risques, mais leur objectif principal est bien, selon la conférence de consensus de la SFAR et de la SRLF, de permettre un meilleur confort du patient et une adaptation au ventilateur.

Ainsi trois classes pharmacologiques sont principalement mobilisées dans la sédation-analgésie, toutes trois ayant des effets secondaires importants :

- les hypnotiques, aux vertus sédatives : ceux-ci regroupent les benzodiazépines (aux propriétés anxiolytiques, amnésiques et, à fortes doses, hypnotiques), qui sont les sédatifs les plus utilisés, mais aussi le propofol (effets anxiolytiques et amnésiants mais pas d'action analgésique), ou la kétamine (entraînant une perte de conscience et une analgésie dose dépendante avec des effets indésirables tels que rêves, hallucinations, parfois agitation et confusion au réveil).
- Les analgésiques morphiniques (provoquant une dépression respiratoire dose dépendante et réduisent la motilité du tube digestif)
- Les curares (myorelaxants visant l'adaptation au respirateur)

De cette sédation découlent plusieurs conséquences pour le patient de réanimation. D'une part, il se retrouve bien souvent dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Il est ainsi difficile pour l'équipe d'identifier ses besoins. En effet, quelque soit le degré de sédation, comme le souligne l'interne interrogé pour ce mémoire « *il est difficile de savoir, lorsque le patient est sédaté, quelque'en soit le degré, ce qu'il peut comprendre, entendre, percevoir* ».

Nous verrons ainsi plus loin que cet état, du fait même des effets indésirables des médicaments, mais aussi d'après les conclusions de recherches scientifiques sur le vécu du patient en réanimation, peut avoir un impact important sur leur vie psychique.

Enfin, l'altération de la conscience du patient, entraînant de fait une altération de sa communication, pose la question de la nature particulière que peut alors avoir la relation soigné/soignant.

1.2.4) L'environnement de la réanimation ou l'inquiétante étrangeté

L'environnement de la réanimation se distingue de celui d'un service classique, souvent comparé à « une bulle » ou « ruche ou s'active jour et nuit sous le même éclairage l'équipe soignantes, ou strident et bourdonnent les appareils.» (GROSCLAUDE, 2009, p. 12-13).

En effet, la réanimation est un lieu cloisonné, où l'on pénètre par un sas. Arrivé dans le service, le visiteur découvre des chambres individuelles, remplies de matériels, d'alarmes, d'un personnel en grand nombre, dédiés à des patients dont « la clinique » peut également être impressionnante : « Dans ce laboratoire, des humains travaillent au maintien de la vie d'autres humains aux corps immobilisés, branchés, sondés pris dans de multiples tubulures » (GROSCLAUDE 2009).

Michèle GROSCLAUDE y voit le terreau d'un sentiment « d'inquiétante étrangeté », concept défini par Freud comme « une angoisse surgie du familier, évocatrice d'une menace mortelle incompréhensible, dans un cadre rassurant et le sentiment de déjà vu. Elle éclaire ce que chacun, visiteur, soignant, patient, perçoit comme « un autre monde » terriblement étranger et familier. » (2009)

1.2.5) Le paradoxe de la surveillance

Ainsi, ces services sont souvent impressionnant par cet environnement de haute technicité. Cette lumière permanente, ces alarmes, permettent au personnel une surveillance rapprochée de l'évolution de l'état du patient. Celui-ci est d'ailleurs souvent presque nu sur son lit d'hôpital, cette nudité permettant à l'équipe de

surveiller tout frissonnement, toute modification de son état cutané (présence de signes d'insuffisance circulatoire périphérique, altérations de l'état cutané ...).

Cette surveillance des paramètres vitaux permet également d'avoir une certaine idée de son ressenti, principalement en terme de douleur. Ainsi, comme le souligne le MAR interrogé « *On peut constater chez les patients inconscients, lors de soins douloureux des modifications des paramètres vitaux : une augmentation de la fréquence cardiaque, des sueurs... ce sont des signes de douleur. J'avais toujours un œil sur le scope et veillais à ce que cela se produise le moins possible.* ».

Il existe cependant un paradoxe à cette surveillance dans la pratique des soins infirmiers. En effet, le décret de compétence infirmier du 29 juillet 2004 définit, dans son article R 4311-5, la surveillance comme relevant du rôle propre infirmier. Cependant, de nombreuses études ont montré que, dans des environnements hautement technologiques, cette surveillance prenait parfois le pas sur l'humanisation du soin. Ainsi, le patient, bien qu'étroitement surveillé, en paraîtrait presque invisible en tant qu'être à part entière.

Par exemple, ALASAD (2002), dans une analyse d'entretiens réalisés auprès de 22 infirmières d'unité de soins intensifs en Jordanie, établit que lorsque la technologie est présente, les infirmiers ont tendance à négliger d'avantage le patient, dédiant leur attention aux appareils qui l'entoure. De même, selon lui, la technologie et l'aspect technique des soins infirmiers seraient considéré par ces dernières comme « *un vrai travail* », plus important et stimulant que d'autres activités infirmières.

ALMERUD, ALAPACK, FRIDLUND et EKEBERGH (2007), confirment cette perception, concluant que les activités liées à la technologie sont généralement plus séduisantes et motivantes pour le personnel soignant. Elles sont ainsi privilégiées en terme de statut, mais également de temps, au dépend d'autres soins tournés vers le patient. Le patient est ainsi surtout perçu comme un objet de savoir aux yeux du personnel (il est monitoré, observé, évalué ...).

II – LUMIERE SUR LE VECU DU PATIENT

2.1) le vécu du patient en réanimation et la vulnérabilité multiple

2.1.1) L'émergence d'un sujet

Les publications concernant le vécu par le patient du séjour en réanimation sont rares comparées aux autres domaines de la spécialité. La douleur fait l'objet de

consensus mais d'autres nuisances telles que le bruit, les difficultés de communication, le manque de sommeil ou le manque d'information sont moins documentées. De même, les conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation ne sont pas au premier plan des recherches dans le domaine réanimatoire.

Cependant, comme l'explique Michèle GROSCLAUDE, est signé en 1986 un premier contrat de recherche de son équipe auprès de l'INSERM, consacré aux aspects psychologiques de la réanimation chirurgicale. Se constitue alors progressivement un réseau de praticiens intéressés par ces aspects, le REIRPR (réseau européen interdisciplinaire de recherche Psychologie – Réanimation) comme « lieux d'échanges et d'avancées des pratiques entre les différents acteurs de réanimation » (GROSCLAUDE, 2009, p.6).

Ce n'est que depuis 2009, et la conférence de consensus de la SFAR et de la SRLF sur le « *mieux vivre en réanimation* » qu'existent des recommandations ayant trait à cette prise en soin du vécu du patient de réanimation « confrontés à un milieu hospitalier et technique choquant dans lequel l'humanité peut paraître absente ou négligée » (SFAR et SRLF, 2009). Des « *barrières au mieux vivre* » ont ainsi été listées, et accompagnées de recommandations pratiques. Les facteurs de stress lors d'un séjour en réanimation sont ainsi nombreux (pharmacologiques, métaboliques, bruit, lumière, douleur, difficultés ou impossibilité de compréhension et de communication, etc.).

Dans un article professionnel de 2011, Jean Michel BOLES, praticien de réanimation et David JOUSSET, chercheur en éthique de la santé, regroupent ces considérations sous l'angle d'analyse des multiples « *vulnérabilités* » auxquelles seraient soumis les patients de réanimation. Etymologiquement, le terme « *vulnérabilité* » exprime la capacité d'être exposé aussi bien à une agression extérieure qu'à une défaillance de l'intériorité. Celle-ci est ainsi présente pour le patient de réanimation sous de multiples formes. Pour eux elles revêtent trois aspects :

- Un aspect physique ou physiologique
- Un aspect lié à la perte d'autonomie
- Un aspect psychologique et émotionnel

2.1.2) La vulnérabilité physique

Cette vulnérabilité physique est tout d'abord la conséquence de l'agression provoquée par la maladie ou l'accident. De plus, les antécédents médicaux du patient

peuvent grever le pronostic du patient. Mais elle est aussi liée à des facteurs propres aux prises en charge de réanimation. Ainsi, les agressions « mécaniques » liées aux méthodes de suppléance des défaillances vitales (médicaments et surtout techniques invasives) peuvent être « plus ou moins déplaisantes, et sont source de complications et effets secondaires majorant la vulnérabilité physique (...) Ainsi, la contrepartie (...) va être une atteinte à l'intégrité physique du malade. » (BOLES et JOUSSET, 2011, p.7).

En effet, il existe de multiples complications physiques liées aux actes invasifs, notamment de nature infectieuse. La ventilation mécanique est ainsi un facteur de risque avéré de développement de pneumopathies (PAVM), et reconnu comme la première cause d'infection nosocomiale du patient ventilé en réanimation. L'incidence des pneumonies nosocomiales serait difficile à déterminer (de l'ordre de 5 à 15 cas pour 1 000 hospitalisations) cependant, celle des PAVM serait 6 à 20 fois supérieure (PONTIER, 2007). En effet, l'affaiblissement des défenses immunitaires des patients, du fait de leur maladie, des traitements, du séjour prolongé en réanimation et de la dénutrition protéino-calorique qui en résulte sont susceptibles d'allonger la durée de séjour et à augmenter la susceptibilité aux infections nosocomiales.

La réalisation d'actes invasifs entraîne également un vécu douloureux chez le patient. Ainsi, dans une étude du Dr CAZORLA et al. (2007), spécialiste en médecine interne, portant sur l'autoévaluation de leur séjour par 70 patients de réanimation, ces derniers évaluent notamment leur expérience douloureuse.

La douleur était présente pour 47 % des patients avec par ordre de fréquence décroissante : les aspirations trachéales, la mise en place de la sonde urinaire, les ponctions veineuses, les changements de position par le personnel et les ponctions artérielles. Concernant l'intensité de la douleur évaluée par l'échelle visuelle analogique, le classement était : aspirations trachéales, mise en place de la sonde urinaire, changements de position par le personnel, ponctions artérielles, ponctions veineuses. Enfin, 54% des patients ont eu le souvenir de la ventilation mécanique.

2.1.3) La vulnérabilité liée à la perte de l'autonomie

Nombre de besoins, au sens de Virginia HENDERSON, sont perturbés chez le patient de réanimation, et notamment le besoin de communiquer. Or, quelle soit

verbale ou non verbale, nombre de patients sont dans l'incapacité d'établir une communication pour de multiples raisons (sédation, troubles neurocognitifs ...).

Ainsi, dans une étude auprès de 50 patients, le Professeur de médecine intensive HOFHUIS (2008) rapporte que chez les patients intubés, 30% déclarent avoir souffert de l'impossibilité de parler. Au travers de la communication, se pose ainsi également la difficulté du respect du droit à l'information des patients². Ainsi, dans l'étude du Pr HOFHUIS citée ci-dessus, 25% des patients déclarent avoir pâti d'explications inadéquates ou insuffisantes.

De plus, l'une des particularités de la réanimation réside dans le fait que le patient peut être légalement réputé « *incompétent de fait* ». En effet, la compétence est la capacité du patient à consentir pour lui-même, or, comme le souligne la commission d'éthique de la SRLF « En réanimation, selon les critères utilisés, le patient n'apparaît capable de décider pour lui-même que dans 0 à 20 % des cas. Il s'agit d'une incapacité transitoire à consentir » (AZOULAY, CATTANEO, FERRAND, POCHARD, 2001, p.574). La commission précise que les critères habituellement retenus pour définir la compétence sont : « la capacité à exprimer ses choix, à comprendre l'information, à apprécier la situation et ses conséquences, à manipuler l'information de manière rationnelle » (ibid. p 574). Cependant, les auteurs ajoutent que « l'évaluation de la compétence ne fait pas partie de l'examen de routine du patient admis en réanimation » (ibid. p. 576), alors que dans d'autres services, tels que la neurologie ou la psychiatrie, des tests, et notamment le Mini Mental State Examination (MMSE) sont couramment utilisés.

Or, au regard du droit, même inconscient ou incompetent, le patient reste juridiquement apte à défendre ses droits et à faire part de ses choix. L'alternative pour pallier ces situations est donc de considérer de fait le contexte de réanimation comme situation d'urgence, impliquant de dispenser les soignants de leurs obligations d'information et de recherche de consentement. Il n'est presque jamais évoqué de mesures telles que la sauvegarde de justice. Les patients dont l'état de conscience s'améliore reviennent alors à une réalité ou nombre de décisions, que ce soit sur le plan médical, mais aussi personnel, ou familial, ont été prises en son « *absence* ».

Enfin, du fait d'altérations de son autonomie, le patient se retrouve bien souvent dans une situation de dépendance vis à vis des soignants, menaçant parfois leur

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

dignité. Selon Hegel, « Je ne suis pas humain si je ne suis pas reconnu comme tel par autrui. Le secret de ma dignité se trouve dans le regard qu'autrui porte sur moi. » (tel que cité dans GRUAT, 2012, p.157). Ainsi, dans une étude reposant sur des entretiens avec des patients, la docteure en sciences infirmières Sarah McKINLEY rapporte que nombre de patients avaient la sensation d'être traités comme des objets, rejoignant ainsi le paradoxe de la surveillance évoqué précédemment : « ils me regardaient à peine et regardaient la machine... j'avais la sensation que ce n'était pas moi qui était soigné, mais la machine derrière moi » (McKINLEY, NAGY, STEIN-PARBURY, BRAMWELL, HUDSON, 2002). Elle évoque ainsi une accentuation du sentiment de vulnérabilité chez les patients.

De même, les impératifs de surveillances, de maintien de la thermorégulation, nécessitent bien souvent l'exposition des corps à la nudité. Cependant, dans une étude par observation non-participante, TURNOCK et KELLEHER (2001) démontrent que dans 40% des soins observés, les parties génitales et les fesses des patients se retrouvaient exposées. Or, malgré la justification de nécessité, ils concluent également que les femmes et les personnes de moins de 60 ans étaient plus fréquemment exposées que les autres. Ils notent également qu'au sein des équipes infirmières interrogées se distinguent deux groupes, certains reconnaissant l'impact psychologique engendré, le qualifiant de « *déshumanisation* », les autres justifiant leur pratique comme suit : « *si le patient n'est pas en mesure de consentir au soin, il n'est pas non plus en mesure d'être dérangé par celui-ci* ».

2.1.4) La vulnérabilité psychologique et émotionnelle : l'enjeu de la mémoire

BOLES et JOUSSET identifient différentes manifestations de cette vulnérabilité, qui s'exprime selon eux à travers :

« L'anxiété et l'angoisse liées à la confrontation à la mort, l'appréhension d'un monde inconnu, agressif, bruyant et constamment éclairé, des troubles du sommeil, lequel est totalement perturbé (du fait de la maladie mais aussi de la lumière, du bruit, des actes de soins continus), la solitude ressentie et de la difficulté de communiquer, la dépression liée à la peur d'un avenir profondément modifié, des troubles psychiatriques délirants et confusionnels. » (2011 p.8)

Ces troubles psychiatriques délirants et confusionnels sont liés à la haute fréquence des troubles neurocognitifs en réanimation. Selon une revue de littérature

réalisée en 2006 par HOPKINS et JACKSON, l'occurrence de ceux-ci peut être estimée entre 25 et 78%. Le dysfonctionnement le plus commun répertorié par HOPKINS et JACKSON est l'altération de la mémoire (de l'ordre de 25 à 38%). Ceux-ci seraient liés à deux processus principaux, décrits par JONES, GRIFFITHS et HUMPHRIS (2000).

Tout d'abord, la maladie et ses traitements, comme nous l'avons brièvement évoqué précédemment peuvent avoir un effet sur la mémoire. Le délirium et la perturbation du sommeil sont tous deux communs chez les patients de réanimation. Le delirium est un « changement brutal de l'état mental, ou une modification de l'humeur, associé à une baisse des capacités de concentration, une désorganisation de la pensée, une confusion et une altération du niveau de conscience »³. Ce delirium survient plus fréquemment chez les patients sédatisés et ventilés durant plus de sept jours (VAN EIJK, VAN MARUM, KLIJN, et al, 2009).

Le délirium peut entraîner une profonde amnésie de la période de la confusion. L'absence de sommeil exacerbe quant à elle l'état confusionnel, celui-ci étant en effet fondamental dans la consolidation de la mémoire épisodique. De plus les opiacés, les benzodiazépines, les drogues sédatives telles que le propofol, l'adrénaline et les corticoïdes peuvent également influencer la mémoire. Enfin, l'arrêt de certaines drogues, telles que les benzodiazépines et les morphiniques peuvent entraîner un syndrome de sevrage important pouvant contribuer au délirium.

Deuxièmement, JONES, GRIFFITHS et HUMPHRIS avancent la théorie qu'un autre processus pourrait à la fois affecter la mémoire externe et stimuler la mémoire interne. Selon eux, les contraintes physiques, l'isolement social et la confrontation à la mort pourraient accroître l'occurrence d'hallucinations hypnagogiques. Ces hallucinations visuelles ou auditives ont lieu dans des états de consciences particuliers, entre la veille et le sommeil, alors même que le sujet a encore accès à ses cinq sens. Ces expériences peuvent être décrites comme particulièrement angoissantes, car parfois difficilement différenciables de la réalité (MAURY, 1848). Les images hypnagogiques générées par les stimuli externes seraient transformées en images internes, ce qui expliquerait la pauvreté des souvenirs d'événements extérieurs que conservent les patients, tandis qu'ils gardent des souvenirs très nets de leurs hallucinations et de leurs cauchemars.

³ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition.

Certains patients décrivent ces souvenirs comme très réels et intenses. Ainsi, l'absence de souvenir des événements réels peut entraîner chez le patient de réanimation une reconstruction de la réalité désillusionnelle sous forme de délire paranoïde (les membres de l'équipe tentant de les tuer par exemple), confortés par l'absence d'information leur permettant de rejeter ces souvenirs comme faussés. Ainsi comme le souligne CAZORLA (2007) dans l'étude précédemment citée, 17% des patients de réanimation interrogés ont ressenti de la peur souvent, ou de façon permanente.

La plupart des patients, cependant, déclarent au premier abord ne pas avoir de souvenirs de leur hospitalisation. Cependant, comme le souligne Michèle GROSCLAUDE « les réactions ne sont pas exemptes de dénégations surprenantes (...) enfin il n'est pas rare que ceux qui affirment n'avoir aucun souvenir de leur passage en réa ou dans le coma soient submergés par des émotions très fortes, jusqu'aux larmes surgissant en l'absence de toute réminiscence ». Elle en déduit donc que « il est permis de penser qu'une part de cette « amnésie » procède de mécanismes défensifs subjectifs contre une autre menace traumatique présente dans le moi du sujet » (2009 p. 35).

Elle développe ainsi également la notion de *trou réa*, une angoisse particulière attachée au fait de ne pas savoir ce qui leur est arrivé pendant un temps éventuellement prolongé. Elle le définit comme « un trou identitaire sans contenu ou flottent néanmoins des fragments perceptifs, interruption d'existence source d'un traumatisme durable éprouvé par le sujet mais non identifié, moteur de comportements (le pèlerinage sur les lieux) et d'états (une dépression qui semble sans cause et sans fin) incompréhensibles » (ibid. p.34).

Ainsi, quel que soit le degré de sédation du patient, les séjours en réanimation entraînent des effets psychiques importants, qui peuvent évoluer et perdurer sur le long terme.

2.2) L'après réanimation : les effets psychiques à long terme

Au fur et à mesure que la durée de vie augmente, se pose de plus en plus la question d'une nouvelle manière d'évaluer la santé : plus qu'en longévité, c'est en terme de qualité de vie que nombre d'auteurs suggèrent de raisonner (notamment via le développement d'indicateurs subjectifs de santé) (HUNT, MCEWEN, 1980). Ainsi, pour le patient de réanimation, se pose la question des séquelles physiques, mais aussi

psychologiques qui peuvent être attribuées à leur séjour. Il semble ainsi indispensable de se questionner sur l'avenir du patient après sa sortie de réanimation.

2.2.1) L'état de stress post traumatique

L'hospitalisation dans un service de réanimation peut constituer un traumatisme majeur d'ordre psychologique. Comme nous l'avons évoqué précédemment, de nombreux patients ont des souvenirs traumatiques après leur séjour. Ils peuvent en garder des cauchemars, une anxiété aigues, mais aussi des douleurs chroniques favorisant le développement d'un état de stress post-traumatique (ESPT).

L'ESPT désigne un type de trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante (avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes), sur une période supérieure à 1 mois⁴. La personne atteinte souffre alors de symptômes d'intrusion, d'évitement, d'altération des cognitions et de l'humeur ainsi que de profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité.

Ainsi, comme le souligne POCHARD (2010), alors que la prévalence d'ESPT dans la population générale est de 1,2 % pour les hommes et de 2,7 % pour les femmes, « la prévalence « attendue » d'ESPT chez les malades de réanimation dans les mois suivant leur sortie se situe en fonction des études entre 14 et 41 % » (p.240). Dans sa revue de littérature, il confirme le lien établi entre ESPT et traumatisme de la réanimation, indiquant également que « près d'un quart des patients de réanimation souffrent d'au moins une morbidité psychiatrique un an après leur sortie » (p.240). Ces symptômes peuvent avoir des conséquences importantes sur la morbidité, mais aussi sur la vie relationnelle, affective, sociale et économique des patients, et peuvent se prolonger plusieurs années.

2.2.2) Les symptômes anxio-dépressifs

POCHARD (2010) constate également que la réanimation peut engendrer « une prévalence majeure de symptômes d'anxiété ou de dépression, associés à de hauts niveaux de fatigue et des troubles de la concentration ou du sommeil » (p.237). La prévalence de symptômes d'anxiété, plusieurs mois après la sortie de réanimation se situeraient ainsi entre 12 et 47%, et celle de symptômes de dépression entre 10 et

⁴ *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post-traumatique*, cinquième édition, Elsevier Masson, 2015

30%, soit des taux très supérieurs à ceux de la population générale. Il ajoute cependant que « à la différence des symptômes d'ESPT, ces symptômes auraient tendance à diminuer avec le temps » (p.239).

Ainsi, comme le soulignent F. POCHARD, N. KENTISH-BARNES et E. AZOULAY (2007), l'existence de tels impacts « questionne la finitude des décisions médicales et des actes pratiqués par les professionnels » (p.534). Il est donc intéressant de raisonner en terme de qualité de vie du patient.

2.2.3) Evaluation de la qualité de vie

Des études s'intéressent particulièrement à l'évaluation de la qualité de vie des patients ayant connu un séjour prolongé en réanimation (supérieur à 14 jours). Leurs durées prolongées de séjour et l'usage de la ventilation mécaniques apparaissent particulièrement corrélés dans la littérature, c'est donc pourquoi j'ai restreint ce chapitre aux patients aux séjours prolongés. De plus, bien que ne représentant que 4 à 11% des admissions en réanimation, ils correspondent à 40 à 50% des occupations jours-lits dans ce type de services (CARPENTIER, BEDUNEAU, GIRAULT, 2015, p.380).

Ainsi, HEYLAND (1998) analyse la qualité de vie à un an, de 61 patients. Au bout de cette année, 44% étaient toujours en vie. Parmi ceux-ci, 78 % résidaient à domicile, 64 % se disaient indépendants dans les actes de la vie quotidienne, 13 % nécessitaient une aide et 23 % étaient dans l'incapacité d'assurer leurs activités. En plus de ces critères objectifs fonctionnels, l'étude s'intéresse à la perception des patients de leur qualité de vie actuelle. 100% qualifiaient comme satisfaisante leur vie relationnelle, 60% se sentaient « bien », 36 % ressentaient des moments de dépression et 5 % se qualifiaient de dépressifs.

Comme le souligne CARPENTIER et al. (2015), plus de 50 % de ces patients présentaient finalement une qualité de vie considérée comme satisfaisante, ne présentant pas de distinctions significatives sur ce point par rapport à des patients ayant vécu des séjours plus courts et ayant « une perception de cette qualité de vie souvent plus positive que ne le laisse supposer leur statut fonctionnel réel » (p.382). Analysant également d'autres études similaires, ils en conclut donc que « une durée de séjour prolongée en réanimation ne semble probablement pas devoir constituer à elle seule un argument décisionnel pour envisager une limitation des thérapeutiques actives. » (p.382).

III – L'INFIRMIER COMME ACTEUR ESSENTIEL DE L'INDIVIDUALISATION DES SOINS

Comme nous l'avons vu précédemment, le bien-être est un concept multidimensionnel ; il comprend des dimensions plus ou moins mesurables comme le confort, l'absence de douleur, et des dimensions non mesurables (le vécu psychologique « profond »). Selon la conférence de consensus de la SFAR et de la SRLF (2009), « Mieux vivre la réanimation consiste, pendant le séjour et dans ses suites, à préserver la qualité de vie, à diminuer les sources d'inconfort et de stress et à favoriser la reconnaissance du patient en tant que personne ». Au vu de mes conclusions sur le vécu du patient en réanimation et de ma volonté d'exposer le rôle de l'infirmier dans ce « mieux vivre », j'ai choisi ici de développer plus particulièrement le rôle de l'infirmier dans l'individualisation des soins.

3.1) Du mieux vivre au prendre soin : remettre le sujet au centre du soin

Comme le rappellent KENTISH-BARNES et CHAIZE (2010), « la subjectivité des individus est au cœur de la notion de bien-être » (p.1). Pour eux, en réanimation « cela se traduit par le fait de ne pas être un simple objet de soin mais être reconnu comme une personne, capable de donner un sens à son expérience » (p.1).

3.1.1) Le prendre soin en réanimation : une attitude soignante en mouvement

Il est possible de définir le prendre soin selon deux axes : en tant qu'activité et en tant qu'attitude. En effet, « prendre soin », au sens de Walter HESBEEN (1997), « peut être vu comme une valeur désirable et une perspective dans laquelle tous les professionnels de la santé devraient inscrire leurs actions » (ROULIN et VIGNAUX, 2010).

En tant qu'activité, il s'entend comme les actions qui visent à répondre aux besoins de la personne afin d'améliorer son bien-être. En tant qu'attitude, le prendre soin est l'intention de « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé » (HESBEEN 1997).

Il suppose donc une connaissance de l'autre, mais aussi une capacité empathique, c'est à dire une capacité à « percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « *comme si* » » (ROGERS, 1980)

HESBEEN (2012) souligne également que le prendre soin repose sur « deux valeurs fondamentales » : le respect et la dignité. Or, il précise que :

« Le respect ne peut se conjuguer au pluriel car il concerne, chaque fois, un humain particulier dans le concret de sa situation. C'est ainsi que le respect est bien plus difficile qu'il n'y paraît ; il ne procède pas d'un état, d'une capacité acquise et dont l'on pourrait se prévaloir une fois pour toutes. Le respect requiert un travail qui nous met à l'épreuve lors de chaque rencontre et qui consiste à ne pas réduire cet autre à la spontanéité des sentiments que l'on ressent à son contact. » (p.11).

Concernant la dignité, HESBEEN se base sur la définition de CASSIERS (p. 38-39): « L'enjeu de la dignité humaine est la reconnaissance de l'esprit de l'autre ». Il ajoute cependant que « Cela ne va pas de soi car requiert de porter un regard neuf sur chacun et d'aller au-delà de la spontanéité de ses sentiments et réactions. Il s'agit de la sorte de se montrer vigilant en équipe quant aux manières d'être et de faire de chacun pour ne pas banaliser ce que cet autre vit, pour ne pas lui faire courir le risque de négliger sa dignité. » (HESBEEN op.cit.)

Le prendre soin repose donc sur un travail du soignant sur lui-même, et peut se retrouver menacé lorsque celui-ci n'est pas en capacité de prendre de la distance vis-à-vis de son ressenti. Il suppose donc que le soignant soit formé aux soins relationnels.

Ainsi, comme l'illustre ROULIN et VIGNAUX (2010) « La différence entre le soin profane et le soin professionnel est le savoir qui le sous-tend. Le professionnel va s'appuyer sur ses connaissances technico-scientifiques, en sciences humaines et son savoir-faire pour répondre aux besoins de la personne dont il prend soin» (p.2).

3.1.2) Le prendre soin comme compétence

Une enquête qualitative menée par un consortium de réanimateurs européens (The CoBaTriCE, 2007) a cherché à recueillir le point de vue des patients et de leurs familles sur les compétences nécessaires aux réanimateurs. Pour les 462 participants répartis dans 70 unités de réanimation en Europe, les habiletés techniques et les connaissances médicales étaient jugées les plus importantes. Néanmoins, la capacité de donner des informations compréhensibles et de traiter les patients comme des individus était essentielle pour 59 % des participants.

De même, dans l'étude d'HOFHUIS (2008) précédemment citée, bien que

l'expertise et les compétences techniques des infirmiers soient considérées comme importantes, le fait de prendre soin est considéré comme le savoir faire le plus valorisable.

MONTESINOS (1997) définit la compétence de l'infirmière comme « l'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider et d'agir, afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin ».

Les études que nous avons évoqué sur le vécu du patient permettent donc en réanimation d'acquérir les savoirs nécessaires au prendre soin. Or, lors de mes entretiens avec les différents professionnels interrogés, tous m'ont affirmé n'avoir jamais reçu, au cours de leur cursus (médical et infirmier), ni dans le cadre de la formation professionnelle (ateliers, cours, conférences ...) d'informations ou de formations sur le vécu psychologique des patients.

Je n'ai en effet pas trouvé de formations spécifiques dans le référentiel de formation proposé par le CHU de Nantes. Cependant, certaines formations plus généralistes pourraient répondre aux besoins des patients de réanimation (toucher-massage, communication ...). De plus, il est précisé dans le corpus de l'internat en médecine intensive-réanimation que l'une des compétences à acquérir est « d'identifier et s'efforcer de minimiser les conséquences physiques et psychologiques d'une maladie grave sur les patients et leurs familles »⁵. De même, dans le référentiel de compétences de l'infirmier de réanimation élaboré par les différentes sociétés de réanimateurs, il est précisé que « l'infirmière connaît et comprend les modalités de la communication avec un patient et ses proches dans un contexte de détresse vitale (...), les mécanismes du stress et ses conséquences (...), le retentissement psychologique et comportemental du stress engendré par le séjour en réanimation et les moyens non médicamenteux pour rassurer un patient ... » (SRLF, CREUF, GFRUP, SFAR, 2011).

Cependant, dans nombre d'études concernant le vécu des patients, les auteurs recommandent une sensibilisation aux problématiques spécifiques des patients de réanimation (concernant leur ressenti⁶, la surexposition de leur nudité⁷ ...). Ainsi, par

⁵ Site internet de la Coordination Nationale des collèges d'enseignants en médecine – référentiel de formation de l'internat en médecine intensive-réanimation – consulté le 22 janvier 2019

⁶ CAZORLA C. et al, *op.cit.*, 2007

exemple, dans une étude récente sur les compétences de communication des infirmiers de soins intensifs, le docteur en sciences infirmières AYUSO-MURILLO (2017) conclut que les traits de personnalité associés aux compétences relationnelles des infirmiers de soins intensifs sont inférieurs à ceux des infirmiers de services conventionnels et recommande des formations spécifiques à leur adresse.

Les sociétés savantes françaises de réanimation recommandent également l'acquisition de ces compétences spécifiques par le biais de formations. Ainsi, la SRLF propose depuis le mois d'avril 2018 une Formation des Infirmiers en Réanimation (FIER), proposant des modules sur le « mieux vivre en réanimation ».

Ainsi, pour être compétent auprès du patient, l'infirmier doit savoir mobiliser de manière équilibrée savoir, savoir-être et savoir-faire (BOUDREAULT, 2002).

3.1.3) La qualité de la communication comme critère de jugement du bien-être

Selon KENTISH-BARNES et CHAIZE (2010), « La qualité de la communication est un critère de jugement de ce bien-être. » (p.1). Cependant, « en réanimation, la parole cristallise les paradoxes. » (p.4).

Selon ANZIEU et MARTIN (2007), la communication « est l'ensemble des processus psychiques et psychologiques pour lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes : l'émetteur, avec une ou plusieurs personnes : le récepteur, en vue d'atteindre certains objectifs ».

Comme évoqué précédemment, la communication est bien souvent perturbée en réanimation. De même, des études (HOFHUIS, 2008) ont montré que l'incapacité à parler est ressentie comme un cruel manque chez le patient vigile ou plus ou moins lucide. Mais les mots peuvent aussi devenir pour lui une menace. Ainsi, pour GROSCLAUDE « Les effets intenses et contradictoires du langage, dans le vécu de la personne réanimée, aussi destructeurs que structurants, nécessitent de considérer ses enjeux, son fonctionnement et de mesurer l'impact de la parole du soignant dès le tout début de la prise en charge. L'humain s'adresse à l'autre par sa voix, ses intonations, ses mimiques, ses gestes et ses postures aux subtiles connotations induisant des impressions chaleureuses ou hostiles » (2009, p.38). Ainsi la SFAR et la SRLF souligne que les infirmiers doivent éviter « les maladresses comme « Je vais vous aspirer » et préfère « Je vais aspirer vos sécrétions » » (SFRA et SRLF, 2009), face à des patients dont les troubles cognitivo-psychiques pourraient les mener à des

⁷ TURNOCK C., KELLEHER M., *op.cit.*2001

interprétations terrifiantes.

GROSCLAUDE évoque ainsi tout le registre de la communication, verbale ou non verbale. En effet, selon BIOY, BOURGEOIS et NEGRE « La communication doit être globale et diversifiée car le soignant ne sait pas, à priori, à quel type de communication le patient sera réceptif : verbale (les mots et l'intonation peuvent constituer une passerelle avec le mode conscient) non verbale surtout par le toucher (stimulation de l'ensemble du corps lors de la toilette aidant à reconstruire l'image corporelle, gestes d'apaisements lors des soins plus techniques) » (2009).

Le soignant doit donc adapter ses attitudes et sa communication au niveau de conscience du patient. Ainsi, comme l'écrivent ROULIN et VIGNAUX, « L'un des prérequis, pour qu'une personne malade en réanimation puisse avoir un sentiment de contrôle sur sa situation, est un processus de communication et d'information adapté à ses besoins » (2010 p.6). La SFAR et la SRLF suggèrent ainsi différents outils de communication : « lecture labiale, questions « oui-non » en entonnoir, pictogrammes, alphabet, assistance à la parole en cas de trachéotomie » (2009).

De plus, ce n'est pas parce qu'il y a absence de 'feed back' qu'il n'y a pas de communication, le message pouvant être reçu par l'interlocuteur, qu'il soit en incapacité de répondre ou plus ou moins sédaté. La SFAR et la SRLF recommandent ainsi que « L'équipe soignante garde en permanence un contact verbal avec le patient en expliquant et en l'avertissant des soins prodigués, y compris chez le patient sédaté. » (2009). Cependant, « les soignants disent leur difficulté de communiquer avec les patients, leur doute sur leur possibilité ou leur capacité de le faire, leur isolement devant un patient mutique, inaccessible » (KENTISH-BARNES, CHAIZE, 2010 p.4) impliquant une qualité de communication « *souvent médiocre* ».

KENTISH-BARNES et CHAIZE suggèrent donc la mise en place d'une communication « effective », où le soignant parlerait simplement au patient, aborderait des problèmes personnels avec lui et ferait le lien avec le monde extérieur. Ainsi l'infirmier, plutôt que de se focaliser sur un objectif informatif de la communication ou sur l'absence de 'feed back' du patient devrait se concentrer sur « le lien à l'interlocuteur-patient, en laissant un espace d'incertitude pour la compréhension et la pensée du patient, une place pour son existence psychique. Même chez le patient dans le coma, cela implique de s'adresser à un patient instauré en partenaire et non en objet-cible ou récipient à énoncés » (2010 p.5).

Ainsi, « si le critère de base du bien-être est d'être reconnu en tant que sujet,

l'interaction, l'échange et la communication deviennent alors la base du mieux-vivre en réanimation » (Ibid., p.5). Au delà de la communication, c'est donc plus largement une relation soignant/soigné particulière qui est ici en jeu, ou l'infirmier aura pour rôle et objectif de rendre présent l'absent.

B) La relation soignant/soigné en réanimation : Rendre présent l'absent

3.2.1) Les enjeux d'une relation fondée sur les représentations du soignant

La relation selon HARTUP (1988), cité par SORSANA (1999), se définit par « les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... (...). Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition ...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction. »

Plus précisément, dans le cas de la réanimation, la relation avec un patient à l'état de conscience altérée se fonde majoritairement sur les représentations que le soignant se fait du patient, mais aussi de leur relation. Ainsi, «La représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place).» (ABRIC, 1999).

Ainsi, la relation de soin peut se définir comme « l'ensemble des conditions psychologiques qui vont influencer le contact qui s'établira entre le soignant et son patient » (BIOY, BOURGEOIS, et NEGRE, 2009). Elle constitue donc une expérience subjective.

Or, dans une étude auprès de 30 professionnels de réanimation, LAURENT, Maître de conférence en psychologie clinique et psychopathologie constate que seul 7 professionnels sur 30 parviennent à se représenter le patient comme conscient de son environnement et en souffrance. Ainsi, pour les 23 autres, « l'état d'urgence justifie l'absence de temps pour rentrer en relation avec le patient ; la gravité de la pathologie l'exigence d'une compliance totale ; le risque vital de ne pas s'y attacher ; enfin l'état végétatif et la haute technicité (patient intubé et ventilé) de ne pas communiquer » (LAURENT et al. 2015).

Les soignants mettent donc en place des mécanismes de défense « permettant ainsi au professionnel d'exercer son activité sans craindre d'être touché

émotionnellement par la souffrance de celui-ci » (Ibid., 2015). En effet, comme le décrit FRIARD (2012), s'appuyant sur la définition de LAPLANCHE et PONTALIS (1967), « les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente. » Les deux principaux mécanismes de défense qui m'apparaissent ici à l'oeuvre sont l'activisme, en tant que « gestion des conflits psychiques ou des situations traumatiques externes par le recours à l'action, à la place de la réflexion ou du vécu des affects » (FRIARD 2012) ainsi que le refoulement, comme « rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles qui demeurent actives tout en restant inaccessibles à la conscience » (Ibid.).

Au delà du ressenti du patient, que nous avons déjà développé, le risque pour le soignant est ici « de fragiliser sa propre subjectivité (...) En clinique du traumatisme, on parle de « désertification du langage » : l'absence de mot et de représentation de l'événement enferment le sujet dans le non-sens » (LAURENT et al. 2015). J'ai ainsi précédemment évoqué le risque particulièrement prégnant d'épuisement professionnel rencontré par les soignants de réanimation. LAURENT et al. (2015) confirment ici qu'« il existe un territoire commun entre ce que vit le professionnel et le patient ».

Cependant, pour les soignants arrivant à se représenter le patient « conscient et en souffrance », « ces représentations leurs permettent de développer une relation spécifique avec le patient (...) et contribue(nt) à faire émerger des mouvements identificatoires et d'attachement, dimensions sous-jacentes aux capacités d'empathie» (Ibid.). C'est cette capacité qui va « conduire les professionnels à développer des modalités de communications spécifiques » (Ibid.).

3.2.2) La famille comme alliée et comme sujet de soin

La famille peut également être un atout pour se représenter le patient, « en effet, grâce aux proches, le patient ne devient pas seulement sujet par son anamnèse et son dossier médical, mais il devient sujet aussi par ce qu'en dit sa famille : ce qu'il a été, ce qu'il aurait aimé, ce qu'il devrait penser » (ibid.). Ainsi, « Les familles servent de vecteur aux professionnels pour se réinscrire dans une relation de soin, dans une relation intersubjective » (ibid.). Cette contribution des familles permet ainsi aux

infirmiers de modifier leur prise en soin en la rendant plus individualisée (ENGSTROM et SODERBERG, 2007).

Mais la famille peut aussi devenir sujet de soin. En effet, « le bien-être s'inscrit dans un système : l'entourage du patient joue un rôle important puisque le bien-être des soignants et des familles peut avoir un retentissement sur son bien-être. » (KENTISH BARNES et CHAIZE, 2010).

En effet, tout comme les patients, les proches sont susceptibles de souffrir de symptômes anxio-dépressifs ou d'ESPT (pour un tiers des familles) (ENGSTROM, SODERBERG, 2007).

La SFAR et la SRLF (2009) listent ainsi les barrières au mieux-vivre des familles en réanimation : La restriction des horaires de présence dans le service, un défaut de communication ou de collaboration entre les proches et les soignants, le ressenti d'information incomplète, l'implication dans la décision médicale, le décès du proche en réanimation, la participation à la décision de limitation des traitements, le coma, la sédation, le delirium, l'agitation du patient qui peuvent entraîner une perte du lien avec les proches.

De plus, « l'hospitalisation d'un patient en réanimation implique pour les proches un investissement de temps et des dépenses qui peuvent être importants et prolongés. Les aides disponibles pouvant être longues à obtenir, d'éventuelles difficultés financières doivent être recherchées et le recours à une assistante sociale doit être proposé très précocement » (ibid.).

Ainsi, depuis une quinzaine d'année, des efforts sont faits pour ouvrir les portes de la réanimation aux familles. En effet, comme le soulignent la SFAR et la SRLF « La liberté d'accès induit une plus grande satisfaction des patients et des familles, n'induit pas d'augmentation du risque d'événement septique pour le patient, ni de diminution de la qualité globale des traitements » (ibid.).

Cette évolution de la prise en soins des patients est liée à la montée en puissance d'un concept de soins issu initialement du domaine de la pédiatrie : les soins centrés sur le patient et sa famille. Ce concept est fondé sur une collaboration entre la famille, le patient (s'il peut participer), et l'équipe soignante. Il se fonde sur le respect de plusieurs concepts⁸. Tout d'abord la dignité et le respect des perspectives, des choix des patients et des familles doivent être recherchés. Leurs connaissances,

⁸ <http://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>

valeurs, croyances et cultures sont incorporées à la prise en soins. Ensuite, les soignant doivent leur dispenser une information complète et non biaisée partagée. De plus, une participation dans les soins et décisions médicales, selon le degré qu'ils souhaitent doit être instaurée, tout cela aboutissant à une véritable coopération.

3.2.3) Des outils pour individualiser les prises en soin

L'un des outils visant à favoriser la représentation par le soignant du patient le plus communément utilisé est la personnalisation de sa chambre. Celle-ci peut tout d'abord passer par l'affichage dans la chambre de photographies de patient avant son hospitalisation. Une étude de NETO, SHALOF et COSTELLO (2006) s'est intéressé à l'impact de cette pratique sur la prise en soins. 99% des infirmières interrogées avaient déjà été confrontées à cette méthode, et avaient, pour 97% d'entre elles prêté attention à ces photos. La grande majorité des infirmières interrogées pensaient que ces photos les aidaient à percevoir la personnalité du patient, favorisaient la construction d'une relation avec lui et facilitaient la communication avec la famille. Ainsi la SFAR et la SRLF (2009) notent qu'« il est possible que l'affichage de photographies du patient rappelant son état avant l'hospitalisation ait une influence positive sur les soignants et la qualité des soins ». En effet, cette recommandation est à prendre au conditionnel, du fait du manque d'études multicentriques pouvant augmenter le niveau de preuves. La SFAR et la SRLF recommandent également « la mise à disposition d'espaces de rangement et d'exposition à la vue du patient et réservés à ses objets et documents » (2009) afin de diminuer son isolement.

La mise en place d'un « journal de bord » est également recommandée. Le journal est un cahier ouvert après l'admission du patient en réanimation. Il peut présenter des photos de la chambre, des appareillages, et regroupe le récit quotidien des évènements, relatés par l'équipe et la famille. L'objectif principal de cet outils est de permettre au patient de se réapproprier son expérience en réanimation, en luttant contre les conséquences du « trou réa » et de la reconstruction désillusionnelle de la réalité. Ainsi JONES, BACKMAN et CAPUZZO et al (2010), dans une étude auprès de 352 patients de réanimation, notent que l'incidence d'ESPT un mois après la sortie est de 5% pour les patients ayant bénéficié du journal, contre 13% pour le groupe témoin. Mais, au delà de ces bénéfices pour le patient, il semble aussi que cet outil influence l'attitude des soignants. En effet, au delà des évènements du quotidien, ces journaux présentent aussi des messages de soutien (ROULIN et VIGNAUX, 2010).

Ainsi, des enquêtes auprès des soignants ont confirmé que l'infirmier, pour écrire dans le journal, devaient se centrer sur la personne et avoir la capacité empathique d'imaginer ce qui pouvait avoir du sens pour elle (ROULIN 2009). Ainsi, comme le soulignent ROULIN et VIGNAUX, « On peut conclure que l'écriture dans un journal de bord favorise probablement une posture centrée sur la personne malade, mais l'impact de cette démarche sur les prises en soins n'est pas démontré » (2010 p.6).

3.2.4) L'advocacy : l'infirmier garant des droits des patients

Comme le précise le code de déontologie infirmier à son article R. 4312-10. « L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient »⁹. Cette conception du rôle infirmier s'inscrit dans un contexte de montée en puissance de la reconnaissance des droits des patients, à travers différentes mesures légales se retrouvant dans la charte de la personne hospitalisée¹⁰. Avec la dénonciation du paternalisme et la reconnaissance de la notion du consentement éclairé, apparaît en sciences infirmières le concept d'advocacy, « désormais identifié comme un des rôles essentiels de l'infirmière » (DEBOUT 2012). En effet, la proximité de l'infirmière avec le patient en ferait le professionnel de santé le plus apte à connaître ce dernier. Ainsi « en soins infirmiers, l'advocacy consiste à permettre au patient d'user de ses droits et d'exprimer ses choix. L'infirmière agit au nom de ceux qui n'ont pas le pouvoir en tentant d'influer sur les décisions de ceux qui le détiennent » (ibid.). Selon C. DEBOUT, les 3 caractéristiques principales de l'advocacy seraient donc :

- « un socle de valeurs morales mettant en exergue le respect de l'autre dans son altérité ;
- la promotion et la protection des droits du patient à prendre des décisions le concernant ;
- une intercession auprès d'un tiers (famille, proches ou professionnel de santé) en faveur du patient » (Ibid.).

Ce rôle passe donc par la capacité de l'infirmier à donner des conseils, à ne pas interpréter les souhaits des patients, et à diffuser une information partagée.

Dans le cas où le patient n'est pas en capacité d'échanger avec l'infirmier, celui-ci doit donc tout faire pour recueillir le maximum d'informations le concernant (RUSHTON, 1994).

⁹ Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

¹⁰ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)/Direction générale de la santé (DGA) (2006)- *Usagers, vos droits. Charte de la personne hospitalisée*, Ministère de la santé, Paris.

LINDAHL et SANDMAN (1998) se sont particulièrement intéressés au rôle d'advocacy en réanimation, présenté comme fondamental à la construction d'une relation solidaire, reposant sur l'engagement, l'autonomisation du patient et la création d'un climat de confiance fondé sur le rétablissement. L'infirmière doit donc être engagée dans une relation avec le patient pour en apprécier les valeurs et souhaits.

BU et JEZEWSKI (2006), dans une revue de littérature sur ce concept, soulèvent le fait que la qualité de vie des patients et leurs souhaits sont fréquemment ignorés par les équipes, ce qui correspondrait selon eux à un manque d'implication des infirmiers dans leur rôle d'advocacy. Les auteurs concluent que c'est lorsque l'infirmier joue son rôle 'd'avocat' que le patient voit son autonomie favorisée et ses droits et valeurs respectés. De même, le patient et la famille sont davantage informés et la qualité de vie du patient est valorisée. Enfin, ce rôle permet une plus grande satisfaction professionnelle pour l'infirmier.

Cependant, comme le souligne C. DEBOUT, nombre de limites et d'obstacles à la réalisation de ce rôle ont été identifiés : « existence de conflit d'intérêt notamment en cas d'appartenance institutionnelle (règlement intérieur, accès aux soins...), manque de formation de l'infirmière, peur des conséquences pour elle-même, manque de soutien dans cette activité, situation d'oppression très marquée » (2012, p.55).

CONCLUSION : QUESTION SPECIFIQUE DE RECHERCHE

Ma question initiale, à l'origine de ce mémoire, était de déterminer **en quoi l'infirmier pouvait améliorer le vécu du patient en réanimation.**

Au fil de mes recherches il m'est apparu que c'était principalement en concentrant ses actions sur l'objectif d'individualisation des soins que l'infirmier pouvait améliorer ce vécu, bien souvent traumatique.

Cependant, comme le souligne la conférence de consensus (2009), « Les soins relatifs au « mieux vivre » sont insuffisamment valorisés, alourdissent la charge de travail et nécessitent une plus grande disponibilité des soignants. Ces barrières expliquent pourquoi ces soins sont trop souvent considérés comme non prioritaires ».

De plus, comme nous l'avons vu, l'infirmier joue un rôle de premier plan dans l'amélioration du vécu du patient en réanimation. Ce positionnement nécessite donc

de nombreuses compétences, dans des champs d'actions divers et complexes, mais aussi « un investissement relationnel et émotionnel. Cet investissement est parfois difficile dans un environnement professionnel complexe, multidisciplinaire, où la charge de travail et la charge émotionnelle sont exigeantes. » (VINATIER 2010).

De même, selon une étude prospective observationnelle mise en place par MONNIN et al. (2014) dans les services de réanimation du Sud de la France, cinq ans après la publication des recommandations de la conférence de consensus, très peu étaient appliquées. En effet, seul 12% de ces services n'appliquaient pas de restriction horaires à la visite des proches, la moitié n'utilisait pas de scores d'évaluation du délirium, seul 6% utilisaient le journal de bord, et 12% mettaient en place un dépistage de l'épuisement professionnel chez les soignants. Le dépistage d'un ESPT chez les patients ou leurs proches était quasiment absent.

Ainsi, l'amélioration du vécu du patient, mais aussi de sa famille et des soignants ne peut venir d'initiatives individuelles. Elle nécessite l'implication de l'ensemble d'un service, autour d'objectifs clairs et partagés (KENTISH-BARNES et CHAIZE, 2010). Ainsi « L'existence d'une culture professionnelle partagée par tous et un engagement fort de l'encadrement sont un préalable » au mieux-vivre (VINATIER, 2010). Cette réflexion m'amène donc à dégager la question spécifique de recherche suivante :

En quoi la culture du service peut-elle influencer le mieux vivre en réanimation ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Articles scientifiques

- ALASAD J. (2002), *Managing technology in the intensive care unit: the nurses' experience*. International Journal of Nursing Studies; 39: 407–13.
- ALMERUD S, ALAPACK RJ, FRIDLUND B, EKEBERGH M. (2007), *Of vigilance and invisibility - Being a patient in technologically intense environments*. Nurse Critical Care; 13(3):151-8.
- AYUSO-MURILLO D. (2017), *Communication skills in ICU and adult hospitalisation unit nursing staff*, Enfermeria Intensiva
- BU, X. & JEZEWSKI, M.A. (2006). *Developing a Mid-range Theory of Patient Advocacy through Concept Analysis*. Journal of Advanced Nursing, 57 (1), 101-110
- CAZORLA C. et al, (2007) *Perception par les patients de leur séjour en réanimation*, Presse Med
- CHAHRAOUI, K. et al, (2011) *Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative*, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 30, 342-348, Elsevier Masson
- EMBRIACO N, AZOULAY E, BARRAU K, KENTISH N, POCHARD F, LOUNDOU A, et al. (2007) *High level of burn out in intensivists: prevalence and associated factors*. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175: 686–92.
- ENGSTROM A, SODERBERG S. (2007) *Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses*. J Clin Nurs; 16(9):1651—9.
- HABERSAAT Stéphanie, BORGHINI Ayala, (2010), *Étude du stress périnatal sur le développement de l'enfant prématuré : facteurs biologiques, psychologiques et programmes de prise en charge*, Enfances & Psy 2010/4 (n° 49), pages 130 à 137
- HEYLAND DK, KONOPAD E, NOSEWORTHY TW, et al, (1998) *Is it "worthwhile" to continue treating patients with a prolonged stay (> 14 days) in the ICU? An economic evaluation*. Chest
- HOFHUIS JG, SPRONK PE, VAN STEL HF, SCHRIJVERS AJ, ROMMES JH, BAKKER J. (2008) *Experiences of critically ill patients in the ICU*. Intensive Crit Care Nurs; 24(5):300—13.
- HOPKINS, R., JACKSON, J. (2006), *Long term neurocognitive function after critical illness*, American College of Chest Physicians
- JONES C, BACKMAN C, CAPUZZO M, et al (2010) *Intensive care diaries reduce new onset posttraumatic disorder following critical illness: a randomised control trial*. Crit Care 14:1–10
- JONES C, GRIFFITHS RD, HUMPHRIS G., (2000) *Disturbed memory and amnesia related to intensive care*, Memory. ; 79-94.
- LAURENT A. et al, (2015), *Les professionnels de la réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient*, L'évolution psychiatrique, Elsevier Masson 80, 809–820
- LINDAHL, B., SANDMAN, P.-O. (1998). *The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another*. Intensive and Critical Care Nursing. 14(4): 179- 186.
- MCKINLEY S, NAGY S, STEIN-PARBURY J, BRAMWELL M, HUDSON J., (2002) *Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care*, Intensive Crit Care Nurse

- MONNIN M. et al, (2014), *Mieux vivre la réanimation : applications des recommandations de la conférence de consensus de 2009 dans les services de réanimation du Sud de la France*, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Volume 33, Supplément 2, Septembre 2014, Pages A229-A230
- NETO C, SHALOF T, COSTELLO J., (2006), *Critical care nurses' responses to patient photographs displayed at the bedside*. Heart Lung; 35(3): 198—204.
- POCHARD F, AZOULAY E, CHEVRET S, LEMAIRE F, HUBERT P, CANOUI P, et al. (2001) *Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity*. Crit Care Med;29:1893–7.
- PONCET MC, TOULLIC P, PAPAZIAN L, KENTISH-BARNES N, TIMSIT JF, POCHARD F, et al. (2007) *Burn out syndrome in critical nursing staff*. Am J Respir Crit Care Med;175:698–704
- ROULIN MJ., (2008) *Le journal de bord pour les patients de soins intensifs*. Krankenpfl Soins Infirm; 101(12):47—9
- The CoBaTrICE Collaboration. *The views of patients and relatives of what makes a good intensivist: a European survey*. Intensive Care Med 2007;33(11):1913—20.
- TURNOCK C., KELLEHER M., (2001) *Maintaining Patient dignity in intensive care settings*, Intensive and Critical Care Nursing 17, 144–154
- VAN EIJK MM, VAN MARUM RJ, KLIJN IA, et al, (2009), *Comparaison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit*. Crit Care Med 37:1–7

Articles professionnels

- AZOULAY E., CATTANEO I., FERRAND E., POCHARD F., (2001) *Commission d'éthique de la SRLF, l'information au patient en réanimation et à ses proches : le point de vue de la SRLF*, Réanimation, Elsevier
- BOLES J.-M., JOUSSET D., (2011) *Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte, Dimensions cliniques et enjeux philosophiques*, Laennec 2011/2 (Tome 59), pages 42 à 54
- CARPENTIER D., BEDUNEAU G., GIRAULT C. (2015), *Séjour prolongé en réanimation*, Réanimation, Elsevier
- FHP MCO, (aout 2017) *Réanimation, état des lieux et tendances*
- HUNT SM, MCEWEN J., (1980), *The development of a subjective health indicator*. Sociol Health Illn
- KENTISH-BARNES N., CHAIZE M., *Critères de jugement du « mieux-vivre » en réanimation*, Réanimation, Elsevier Masson, 2010
- MONTENISOS A., (1997) *La compétence professionnelle de l'infirmière*, Objectif soins n° 50.
- POCHARD F., (2010), *Reconnaître et traiter la souffrance psychique des patients*, Réanimation, Elsevier Masson
- POCHARD F., KENTISH-BARNES N. et AZOULAY E., (2007) *Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation*, Réanimation, 16, 533—537
- PONTIER S., (2007) *Les pneumonies nosocomiales*, Revue des Maladies Respiratoires, Vol 24, N° ATS - octobre 2007, pp. 166-172

- RICHARD C., CHASTRE J., PERROTIN D., PAPAZIAN L., (2016) *Médecine intensive-réanimation : une spécialité à part entière dès 2017*, Méd. Intensive Réa, 25, SRLF et Lavoisier SAS, p.554-556
- ROULIN M.-J., VIGNAUX L., (2010) *Comment prendre soin en réanimation ?*, Réanimation, Elsevier Masson
- RUSHTON C., (1994), *The Critical Care Nurse as patient Advocate*, Critical Care Nurse, 102-106
- SFAR, (juillet-août 2008), *Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu)*, Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, Volume 27, n° 7-8, pages 541-551
- SFAR et SRLF, (2009) conférence de consensus, « mieux vivre la réanimation »
- SRLF, CREUF, GFRUP, SFAR, (2011) *Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation*, Réanimation, SRLF et Springer-Verlag
- VACHON F. (2010) *Histoire de la réanimation médicale française : 1954–1975*, 2010
- VINATIER I. (2010), *Le bien-être du patient, comment l'améliorer ?*, SRLF et Springer-Verlag

Ouvrages

- ABRIC J-C, (1999), *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*, Ed Armand Colin Paris
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. (DSM IV)
- ANZIEU D., MARTIN, J-Y., (2007) *La dynamique des groupes restreints*, Presses Universitaires de France. Paris
- BIOY, A., BOURGEOIS F., et NEGRE, I., (2009) *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*, 2ème édition Bréal.
- BOUDREAULT, H., (2002) *Conception dynamique d'un modèle de formation en didactique pour les enseignants du secteur professionnel*. Thèse de doctorat. Montréal. Université de Montréal
- DEBOUT C., *Advocacy in FORMARIER Monique, les concepts en sciences infirmières, la dignité*, ARSI « Hors Collection, » 2012
- DESCARTES R., (1824) *Les Méditations*, Méditation sixième, tome I, éditions Cousin
- DESCARTES R., (1953), *Œuvres et lettres*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade »
- DETREZ Christine, (2002) *La construction sociale du corps*, Points
- FORMARIER M., (2012) *Les concepts en sciences infirmières*, ARSI « Hors Collection »
- FOUCAULT M., (1994) *Histoire de la sexualité, Tome II : la volonté de savoir*, Gallimard
- GROSCLAUDE M., (2009) *Réanimation et coma – soin psychique et vécu du patient*, Masson
- GRUAT F., *la dignité*, in FORMARIER Monique, *les concepts en sciences infirmières*, ARSI « Hors Collection, » 2012
- HAMBURGER J., (1972) *La puissance et la fragilité*, Seuil, Paris
- HESBEEN W., (2012) *Les soignants, l'écriture, la recherche, la formation*, Éditions Seli Arslan

- HESBEEN W., (1997), *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin dans une perspective soignante*. Inter Editions/Mason
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1967. Cité par FRIARD D., *Les mécanismes de défense* in FORMARIER M., *les concepts en sciences infirmières, la dignité*, ARSI « Hors Collection, » 2012, p. 213-217
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, *Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post-traumatique*, cinquième édition, Elsevier Masson, 2015
- ROGERS C., (1980) *A way of being*, Boston, Houghton Mifflin
- SORSANA C., (1999) *Psychologie des interactions sociocognitives* Ed Armand Colin Paris (4-1 p 47, 4-2 p 27)

Législation et documents officiels

- Code de la Santé publique (articles R.6123-33 et R 6123-34)
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)/Direction générale de la santé (DGA) (2006)- *Usagers, vos droits. Charte de la personne hospitalisé*, Ministère de la santé, Paris.
- Décret de compétence infirmier du 29 juillet 2004 (article R 4311-5)
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers
- IGAS, LALANDE F., VEBER Olivier, (2009) *La mort à l'hôpital*
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Sites internet

- Site internet de la Coordination Nationale des collèges d'enseignants en médecine – référentiel de formation de l'internat en médecine intensive-réanimation – consulté le 22 janvier 2019

ANNEXES

ANNEXE A - METHODOLOGIE

Après avoir sélectionné ma situation d'appel, j'ai tout d'abord effectué des lectures d'ouvrages en lien avec la réanimation et le prendre soin. J'ai ensuite cherché de la documentation sur ces thèmes via les grandes institutions françaises et sociétés savantes en lien avec la réanimation (cadre légal, HAS, SFAR, SRLF ...). J'ai ensuite souhaité affiner mes recherches par la lecture d'articles scientifiques et professionnels. Pour ce faire j'ai utilisé des bases de données en sciences infirmières et médicales, principalement anglophones. Il m'a en effet été difficile de trouver des données et des analyses en français. Une fois ces premières lectures effectuées, et afin d'affiner encore ma problématique j'ai souhaité rencontrer des soignants de réanimation.

J'ai donc tout d'abord rencontré un médecin anesthésiste réanimateur (MAR). Cette personne est praticien hospitalier (PH) depuis près de 40 ans. Elle avait travaillé pendant de nombreuses années dans différents services de réanimation, adulte et enfant, avant de concentrer son activité sur l'anesthésie (au bloc, en SSPI). Elle est également titulaire d'un diplôme universitaire (DU) en médecine de la douleur. Son expérience m'est apparue intéressante pour m'éclairer sur l'évolution des prises en soins des patients de réanimation au fil des années.

J'ai également pu m'entretenir avec un interne de cinquième année en anesthésie réanimation, qui m'a apporté sa vision des évolutions des prises en soin des patients et du contenu de la formation des médecins.

Enfin, j'ai échangé avec une infirmière de réanimation polyvalente en poste dans ce service depuis cinq ans, qui m'a donné sa perception des particularités des soins infirmiers dans ce type de services.

***ANNEXE B - ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES
RETENUS***

Titre / Auteurs (grade, discipline, profession) / Date/Revue de publication	But/Objectif /Hypothèses/Question de recherche	Devis de recherche Méthode	Résultats / discussion	Réflexions par rapport à la question générale de recherche Liens avec d'autres recherches Remarques personnelles
<p>ALASAD J. (professeur en école de soins infirmiers) <u>Managing technology in the intensive care unit: the nurses' experience.</u> Int J Nurs Stud 39: 407–13 2002; Jordanie</p>	<p>Hypothèse : la technique est compatible avec les valeurs humanistes de la profession infirmière.</p>	<p>analyse les expériences d'un groupe d'IDE de SI sur l'utilisation de la technologie dans leur service. entrevues approfondies et observations des participants. Le processus d'analyse des données était guidé par les notions de réflexion phénoménologique et de cercle herméneutique de Heidegger</p>	<p>La capacité de gérer la technologie est apparue comme élément essentiel pour l'IDE de réanimation. La capacité des IDE à gérer la technologie est principalement acquise par l'expérience. Les effets de la gestion des machines sur les soins aux patients sont considérés comme faisant partie de la routine quotidienne dans le cadre des soins critiques. Les activités techniques sont considérées comme plus importantes et stimulantes que d'autres activités infirmières.</p>	<p>→Limites : étude non multicentrique étrangère →Intérêt sur l'impact de la technologie sur la prise en soin, sur la relation de soins →intérêt sur les motivations infirmières</p>
<p>ALMERUD S, (professeure en sciences infirmières – université de Växjö), ALAPACK RJ, (professeur de psychologie), FRIDLUND B, (professeur en sciences infirmières), EKEBERGH M. (professeure en sciences infirmières) <u>Of vigilance and invisibility - Being a patient in technologically intense environments.</u> Nurse Critical Care; 13(3):151-8. 2007</p>	<p>Les progrès techniques sont-ils des gains incontestables en ce qui concerne les soins aux patients, ces progrès? Cette étude visait à développer une base de connaissances sur ce que signifie être gravement malade ou blessé et être soigné dans des environnements technologiquement intenses.</p>	<p>Neuf entretiens informels avec des patients en soins intensifs. Puis analyse phénoménologique qualitative</p>	<p>Les soins sont caractérisés par la contradiction et l'ambivalence. La menace de la mort recouvre tout et nuit au vécu du patient. Quatre éléments interdépendants ont permis de mieux comprendre les expériences des patients: la confrontation avec la mort, la dépendance forcée, un environnement incompréhensible et l'ambiguïté d'être un objet de vigilance clinique mais invisible au niveau personnel. Négliger ces problèmes conduit à des «moments» aliénants qui compromettent les soins. les patients se sentent marginalisés, soumis à des rituels de pouvoir, un étranger pris en charge par un étranger.</p>	<p>→approche holistique du soin →les vulnérabilités particulières du patient en réanimation →le vécu des patients → cadre très restreint de l'étude : un seul service, seulement 9 entretiens, dans un pays étranger...</p>

Norvège				
AYUSO-MURILLO D. (docteur en sciences infirmières) <u>Communication skills in ICU and adult hospitalisation unit nursing staff</u> Enfermeria Intensiva Mars 2017 Espagne	Analyser les traits de personnalité liés aux compétences sociales des infirmiers travaillant en unité de soins intensifs et en unités conventionnelles	Etude transversale descriptive ou les traits de personnalité des infirmiers de soins intensifs et de soins conventionnels étaient comparés. Un questionnaire a été employé pour mesurer les traits de personnalités en lien avec les compétences communicationnelles	Les traits de personnalité associés aux compétences relationnelles des infirmiers de soins intensifs sont inférieurs à ceux des infirmiers de services conventionnels. L'article suggère la nécessité de développer des actions de formation envers les infirmiers de SI pour développer leurs compétences sociales et communicationnelles.	Compétences nécessaires à l'établissement de la relation soignant soigné parallèle avec les formations professionnelles proposées et le corpus d'enseignement des personnels médicaux et paramédicaux. Lien avec les préjugés sur les IDE de SI parallèle avec les entretiens réalisés
BU, X. & JEZEWSKI, M.A. (2006). <i>Developing a Mid-range Theory of Patient Advocacy through Concept Analysis.</i> Journal of Advanced Nursing, 57 (1), 101-110	Clarifier et affiner le concept de défense des droits des patients (advocacy)	Revue de littérature Méthode d'analyse conceptuelle de Walker et Avant	Trois attributs essentiels du concept de défense des droits des patients (advocacy) sont identifiés: (1) préserver l'autonomie des patients; (2) agir pour le compte des patients; et (3) défendre la justice sociale dans la prestation des soins de santé. Ils reflètent les rôles de défense des patients des infirmières aux niveaux macro et micro-social. Les comportements des infirmières en matière de défense des intérêts des patients peuvent avoir une influence positive sur les patients, les autres infirmières et la profession infirmière peuvent également avoir des conséquences négatives pour les infirmières qui prennent des mesures pour défendre les patients.	→ définition de l'advocacy → rôle primordial de l'infirmier → points positifs et négatifs de l'advocacy
CAZORLA C. (docteur en médecine) et al <u>Perception par les patients de leur séjour en réanimation</u> Presse Med. 2007 France	Auto-évaluation par le patient de la qualité de son séjour en réanimation.	Inclusion des patients hospitalisés en réanimation avec ventilation mécanique > 24 heures. Un questionnaire a été envoyé au domicile des patients. 70 questionnaires exploitables ont été	La douleur était présente pour 47 % des patients avec par ordre de fréquence décroissante : les aspirations trachéales, la mise en place de la sonde urinaire, les ponctions veineuses, les changements de position par le personnel et les ponctions artérielles. Concernant l'intensité de la	Intérêt pour percevoir le vécu du patient ayant une communication altérée (intubation)

		<p>analysés. La moyenne d'âge était de 56,3 ans, la durée moyenne de séjour de 13,6 jours et l'Indice de gravité simplifié moyen de 51.</p>	<p>douleur évaluée par EVA, le classement était : aspirations trachéales, mise en place de la sonde urinaire, changements de position par le personnel, ponctions artérielles, ponctions veineuses. 54%des patients ont eu le souvenir de la ventilation mécanique. 17% des sujets ont ressenti de la peur souvent ou de façon permanente.</p> <p>Concernant l'environnement en réanimation, par ordre de fréquence décroissante, les patients ont été gênés par : les difficultés de communication, la soif, le manque de sommeil, les discussions du personnel à leur chevet, le bruit, la lumière.</p> <p>Enfin 34 % ne se souvenaient plus de la raison de leur séjour en réanimation et 19 % auraient souhaité recevoir plus de visites de leurs proches.</p> <p>Conclusion : Près de ½ de la population étudiée a eu des phénomènes douloureux, essentiellement lors des aspirations trachéales. 1/3 des patients ignoraient le motif de leur séjour en réanimation. La sensibilisation du personnel soignant est indispensable à l'amélioration de la qualité du séjour en réanimation.</p>	
<p>CHAHRAOUI, K. (docteur en psychologie) et al <u>Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative</u> Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 30, 342-348</p>	<p>Appréhender le vécu subjectif et émotionnel des soignants de réanimation vis à vis du stress professionnel lié à l'urgence et à la gravité des pathologies</p>	<p>Etude exploratoire, qualitative et descriptive. entretien clinique à 18 soignants de réanimation sur leur vécu personnel (organisation du travail et gestion des situations émotionnelles les plus pénibles. procédure de codage et analyse de contenu</p>	<p>fort sentiment de pression au travail principalement lié à la maîtrise des procédures et des moyens techniques, à la forte charge émotionnelle (décès des patients, douleur des familles). La gestion de la mort apparaît comme une difficulté majeure et centrale. Question du sentiment de pression au travail et de ses différents déterminants : variations interindividuelles de ce vécu</p>	<p>Intérêt sur les mécanismes de défense des soignants, sur l'intérêt de la dynamique de groupe au travail. Faire le parallèle avec les entretiens.</p>

Elsevier Masson, 2011 France		détaillée.	question de l'adaptation émotionnelle : stratégies défensives individuelles et collectives.	
EMBRIACO N, AZOULAY E, BARRAU K, KENTISH N, POCHARD F, LOUNDOU A, et al. (docteurs en médecine) <u>High level of burn out in intensivists: prevalence and associated factors.</u> Am J Respir Crit Care Med; 175:686–92. 2007 France	Le burn out est un syndrome psychologique en réponse à des facteurs de stress chroniques au travail. Hypothèse que les réanimateurs sont particulièrement exposés au stress du fait de leurs responsabilités et des enjeux vitaux L'objectif était d'évaluer la prévalence et les facteurs associés (patients, organisation) du burn out	Mesure sur une journée dans différentes réanimations adulte en France. Envoi de questionnaires. Evaluation grâce à l'échelle Maslach Burnout Inventory (MBI). 189 services de réanimation ont participés et 978 enquêtes ont été retournées (taux de réponse de 82,3%).	haut niveau de burn out chez 46,5% des répondants. Les femmes sont plus touchées. Alors qu'aucun facteur lié à la gravité de la maladie des patients n'était retenu par le modèle, les facteurs organisationnels étaient fortement associés à un score MBI plus élevé. Charge de travail (nombre de gardes de nuit par mois, garde de nuit le jour précédent l'enquête) et relations altérées (conflit avec un autre collègue intensiviste ou avec une infirmière, par exemple) étaient associées à un MBI plus élevé. la qualité des relations avec les cadres IDE et les IDE était associée à un MBI inférieur. Environ la moitié des intensivistes présentaient un taux d'épuisement professionnel élevé. Les facteurs organisationnels, mais pas les facteurs liés aux patients, semblaient être associés à l'épuisement professionnel.	→ ne concerne pas les infirmiers mais évoque les relations avec les infirmiers → intérêt sur le mieux vivre de la réanimation du côté du personnel → intérêt sur les limites endogènes à la relation soignant- soigné
ENGSTROM A, SODERBERG S. (2007) Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. J Clin Nurs; 16(9):1651—9.	Décrire les expériences d'infirmières en soins critiques vis à vis des proches parents	étude qualitative. discussions de groupe avec 24 infirmières de soins critiques réparties dans quatre groupes de discussion. analyse qualitative du contenu thématique.	la présence de proches parents était considérée comme une évidence par les IDE et qu'il était frustrant que la personne gravement malade n'en ait pas. Les informations fournies par les proches parents ont permis aux IDE de créer des soins individualisés pour les personnes gravement malades. Ils ont soutenu les proches parents en leur donnant des informations, en étant proches et en essayant d'établir de bonnes relations	→ Limites : étude non multicentrique

			avec eux. Les IDE manquaient de forums de réflexion et de discussion sur les soins prodigués. Les proches parents sont une condition préalable pour que les IDE donnent de bons soins. Une communication basée sur la compréhension mutuelle est nécessaire pour que les IDE en soins critiques puissent soutenir les proches parents. Des situations éthiquement difficiles sans possibilité de réflexion était un obstacle pour les IDE.	
HEYLAND DK KONOPAD E, NOSEWORTHY TW, et al, (médecins réanimateurs), <u>Is it “worthwhile” to continue treating patients with a prolonged stay (> 14 days) in the ICU? An economic evaluation.</u> Chest, 1998 Canada	Comparer les coûts et les conséquences d'une politique de maintien des soins des patients en séjour prolongé dans l'unité de soins intensifs et d'une proposition de politique de retrait du soutien.	Évaluation économique à l'aide de données issues d'une étude de cohorte prospective. Analyse de comptabilisation des coûts pour chaque patient en unité de soins intensifs et suivi les patients jusqu'à 12 mois après leur admission en unité de soins intensifs et évaluation des éléments de la qualité de vie des survivants.	690 patients ont été admis en réanimation. Seuls 61 (9%) patients sont restés en réanimation pendant plus de 14 jours. Pour ce groupe, la durée moyenne de séjour à l'USI était de 24,5 jours et la durée d'hospitalisation de 57,9 jours. À un an, 27 (44%) étaient en vie. Le score moyen de qualité de vie à 12 mois ne différait pas entre les patients avec un séjour court ou prolongé. Les techniques de maintien en vie ont été stoppées pour 58 patients. En moyenne, les patients ont survécu un autre jour à l'USI, 2 jours de plus à l'hôpital et tous les patients sont décédés. Leur qualité de vie à long terme semble raisonnable.	→ intérêt concernant l'évaluation de la qualité de vie des patients en post réanimation
HOFHUIS J. (professeur au département de médecine intensive de la faculté de Rotterdam) et al <u>Experiences of critically ill patients in the ICU.</u> Intensive Critical Care Nursing 2008	Évaluer la perception des patients par rapport aux soins infirmiers Explorer l'expérience des patients	Approche qualitative de type analyse de contenu Approche quantitative par questionnaire	Un thème central avec 3 catégories : <ul style="list-style-type: none"> • Informer et expliquer • Mettre le patient au centre • Avoir une attitude positive Plaintes : <ul style="list-style-type: none"> • douleurs (47 %), • bruits (40 %), • troubles du sommeil (48 %) Expériences désagréables :	→ donne des pistes sur le ressenti des patients intubés/ventilés ou non, sur la part psychologique → l'approche holistique par l'infirmier est fortement valorisée par le patient → focalisé sur les soins infirmiers → Les auteurs invoquent comme

Pays-Bas			<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas pouvoir parler • Manquer d'explication • Être aspiré • Avoir soif <p>Les patients sont interrogés sur l'attitude des infirmiers</p> <p>CONCLUSION</p> <p>Bien que l'expertise et les compétences techniques des infirmiers soient considérées comme importantes, le fait de prendre soin permettant au patient de se débarrasser de sa peur et de ses angoisses sont considérés comme les savoirs faire les plus valorisables</p>	limites à l'étude des états hallucinatoires, de stress post traumatique et de souvenirs fragmentaires après leur réanimation. Ces aspects sont à creuser comme champs d'investigation
<p>HOPKINS, R., JACKSON, J. <u>Long term neurocognitive function after critical illness</u>, American College of Chest Physicians, 2006 Etats-Unis</p>	<p>Jusqu'à récemment, les praticiens des soins critiques se concentraient sur la survie de leurs patients et non sur les résultats à long terme. L'incidence des dysfonctionnements neurocognitifs chroniques a été sous-étudiée et sous-estimée. Cependant, les résultats neurocognitifs ont fait l'objet d'enquêtes approfondies dans d'autres populations médicales pendant de nombreuses années.</p>	Revue de littérature	<p>Une maladie grave peut entraîner des troubles neurocognitifs importants. Les déficiences neurocognitives persistent pendant des mois et des années et peuvent avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie, la capacité de retour au travail, la capacité fonctionnelle globale et des coûts économiques importants. Les mécanismes des déficiences neurocognitives ne sont pas entièrement compris, mais incluent, entre autres facteurs, le délire, l'hypoxie, la dysrégulation du glucose, les dérangements métaboliques, l'inflammation et les effets des sédatifs et des narcotiques.</p>	Intérêt sur les conséquences à long terme d'un séjour en réa : neurocognitives, sociales, en terme de qualité de vie
<p>JONES C, BACKMAN C, CAPUZZO M, et al Intensive care diaries reduce new onset posttraumatic disorder</p>	<p>Evaluer si un journal réduirait le développement de l'ESPT.</p>	<p>séjour en USI de plus de 72 heures essai contrôlé randomisé examinant les effets d'un journal indiquant les détails du séjour des patients en sur le</p>	<p>352 patients ont été randomisés dans l'étude à 1 mois. L'incidence des nouveaux cas d'ESPT a été réduite dans le groupe d'intervention par rapport aux patients du groupe contrôle (5% versus 13%).</p>	<p>→ étude large (352 patients), multicentrique → la littérature prouve cependant que le niveau de preuve du bénéfice pour le patient à la mise en</p>

<p>following critical illness: a randomised control trial. Crit Care 14:1–10 2010</p>		<p>développement du ESPT aigu. Les patients de l'intervention recevaient leur journal des soins intensifs un mois après leur sortie des soins critiques et l'évaluation finale de l'apparition du ESPT aigu était effectuée à trois mois.</p>	<p>La fourniture d'un journal intime en réanimation est efficace pour favoriser le rétablissement psychologique et réduire l'incidence du nouveau ESPT.</p>	<p>place d'un journal reste modéré (cf Kentish Barnes et Chaize)</p>
<p>JONES C, GRIFFITHS RD, HUMPHRIS G., <u>Disturbed memory and amnesia related to intensive care.</u> Memory. 79-94. 2000</p>	<p>procéder à un examen des problèmes de mémoire rencontrés par les patients en réanimation.</p>	<p>Une revue systématique de la littérature de bases de données informatiques (Medline, PsycLit et CINAHL) a identifié 25 articles pertinents.</p>	<p>deux processus possibles contribuant aux problèmes de mémoire chez les patients en USI. 1) la maladie et le traitement peuvent avoir un effet d'atténuation général sur la mémoire. Le délire et les troubles du sommeil sont courants chez les patients en réanimation. Le délire peut entraîner une profonde amnésie pendant la période de confusion. La privation de sommeil aggrave l'état de confusion. Le sommeil à ondes lentes est important pour la consolidation des mémoires épisodiques. Le traitement administré aux patients en USI peut avoir des effets sur la mémoire. Les opiacés, les benzodiazépines, les sédatifs tels que le propofol, l'adrénaline et les corticostéroïdes peuvent tous influencer la mémoire. En outre, le sevrage de médicaments, tels que les benzodiazépines, peut provoquer des réactions de sevrage profondes, pouvant contribuer au délirium. 2) processus qui affecte négativement la mémoire pour les événements externes, mais améliore la mémoire pour les événements internes. Les contraintes physiques et l'isolement social des patients</p>	<p>Les différentes hypothèses de mécanismes affectant la mémoire</p>

			<p>en USI et le caractère potentiellement mortel de la maladie peuvent augmenter l'expérience d'hallucinations hypnagogiques. Au cours des images hypnagogiques, le passage de l'attention des stimuli externes aux images générées en interne expliquerait pourquoi les patients des unités de soins intensifs ont si peu de mémoire de rappel des événements externes, mais peuvent clairement se souvenir d'hallucinations et de cauchemars. Les patients décrivent ces mémoires comme étant très vives. L'absence de souvenirs d'événements réels sur les unités de soins intensifs peut amener les patients des unités de soins intensifs à se souvenir des illusions paranoïaques du personnel essayant de les tuer, avec peu d'informations pour rejeter ces souvenirs vifs comme irréels.</p>	
<p>LAURENT A. et al, (2015), <i>Les professionnels de la réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient</i>, L'évolution psychiatrique, Elsevier Masson 80, 809–820 France</p>	<p>Identifier et mieux comprendre le vécu de la relation de soin chez les professionnels de réanimation.</p>	<p>Trente professionnels de réanimation ont répondu à un questionnaire socio-démographique et un entretien clinique. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique selon l'Analyse Interprétative Phénoménologique.</p>	<p>Pour la majorité des professionnels, la dimension technique des soins est une source de valorisation et détermine le choix de travailler en réanimation. Cette technicité impacte sur la manière d'appréhender le patient qui est perçu à travers la gravité de sa pathologie. La relation est alors mise à distance avec une absence de communication et de compréhension du patient. Au contraire, 7/30 professionnels parviennent à se représenter le patient comme conscient de son environnement et en souffrance. Ces représentations leurs permettent de développer une relation spécifique avec le patient.</p>	<p>→ liens avec les motivations des infirmiers → représentations que l'infirmier se fait de son patient → Etude très restreinte</p>

			<p>La difficulté des professionnels à prendre en compte la réalité subjective du patient est inhérente à la haute technicité des soins, à l'intensité des émotions dans la prise en charge et à une perte de repères des modalités de communications patients-soignants. Les proches des patients jouent un rôle important dans la relation patient-soignant. Vecteurs de la relation, ils aident les professionnels à inscrire le patient dans une relation inter-subjective.</p> <p>Un espace de parole centré sur le vécu subjectif des professionnels associé à des réflexions éthiques et épistémologiques des soins semble indispensable pour garantir la qualité de la relation patient- soignant dans les services de réanimation.</p>	
<p>LINDAHL, B., SANDMAN, P.-O. (1998). <i>The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another</i>. Intensive and Critical Care Nursing. 14(4): 179- 186.</p>	<p>Clarifier le concept d'advocacy dans le cadre des soins intensifs</p>	<p>six infirmières travaillant dans une USI suédoises ont été invitées à décrire une situation de soins dont elles étaient satisfaites ou insatisfaites. Les histoires ont été enregistrées sur bande magnétique et analysées selon une approche phénoménologique-herméneutique inspirée de la philosophie de Ricoeur.</p>	<p>rôle de l'infirmière en matière de défense des droits: établir une relation de prise en charge, tenir un engagement, donner du pouvoir, faire de la place et de l'interconnexion, prendre des risques, être un agent moral et créer une atmosphère de confiance propice au rétablissement. La signification du rôle de plaidoyer réside dans une réponse morale et existentielle à un autre être humain, une expression de sollicitude. Le plaidoyer repose sur la relation entre le patient et l'infirmière et se manifeste comme une revendication affirmée d'un autre être humain dont l'autonomie est menacée. Les résultats sont discutés des perspectives éthiques de</p>	<p>→ Etude très restreinte</p>

			Lögstrup, du concept de soins de Watson et du plaidoyer existentiel tels qu'exprimés par Gadaw.	
McKINLEY S, NAGY S, STEIN-PARBURY J, BRAMWELL M, HUDSON J. <u>Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care.</u> Intensive Critical Care Nursing 2002 Australie	Explorer l'expérience subjective des patients en réanimation	Approche par <i>focus group</i>	Se sentir vulnérable, dépendant des autres et traités comme un objet Comprendre ce qui se passe et pouvoir communiquer Manquer de sommeil et être inconfortable Avoir des soins personnalisés Avoir une réponse à ses besoins Avoir une famille présente	→ Etude restreinte
MONNIN M. et al <u>« Mieux vivre la réanimation » : applications des recommandations de la conférence de consensus de 2009 dans les services de réanimations du Sud de la France</u>	Dans la mesure où le bien-être en réanimation est un intérêt commun, l'objectif de notre étude est d'évaluer l'application des recommandations au sein de 45 services de réanimation du Sud de la France.	Étude prospective observationnelle, au moyen d'un questionnaire anonyme adressé au médecin et au cadre de santé responsable de chacune des unités de réanimations (UR) interrogées. Cette étude n'a pas été soumise à l'approbation d'un comité d'éthique.	Parmi les 45 UR interrogées, 34 (76 %) ont répondu. Concernant les « barrières au mieux vivre » pour le patient, 76 % (26/34) n'ont jamais mesuré l'intensité sonore au sein de leur UR, et seulement 38 % (13/34) ont mis en place une stratégie de réduction du bruit depuis 2009. Peu de services (12 % 4/34) appliquent la visite des proches sans restriction d'horaires. Les items relatifs aux soins rapportent que la majorité des UR n'utilisent pas de scores d'évaluation du délirium (53 % 18/34) et peu de réanimations ont un programme de réhabilitation précoce adapté (35 % 12/34). Concernant la communication au sein des UR, le journal de bord n'est mis en place que dans 2 unités (6 %), et 12 % (4/34) ont mis en place un dépistage du burn-out pour les soignants. Le dépistage d'un syndrome de stress post-traumatique chez les patients (15 % 5/34) ou leurs proches (9 % 3/34) est quasiment absent des services de réanimation.	→ bilan de la conférence de consensus

<p>POCHARD F, AZOULAY E, CHEVRET S, LEMAIRE F, HUBERT P, CANOUI P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. Crit Care Med;29:1893–7. 2001</p>	<p>Le SAD peut avoir un impact majeur sur la capacité à prendre des décisions. intérêt majeur pour l'éthique d'implication des membres de la famille dans la prise de décision, surtout pour les LATA</p>	<p>Etude multicentrique prospective. 43 unités françaises de soins intensifs (37 adultes et six pédiatriques); chaque unité comprenait 15 patients admis pour plus de 2 jours. Six cent trente-sept patients et 920 membres de la famille.</p> <p>Les membres de la famille ont rempli l'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression</p>	<p>La prévalence des SAD chez les membres de la famille était de 69,1% et 35,4%, respectivement. Des symptômes d'anxiété ou de dépression étaient présents chez 72,7% des membres de la famille et 84% des conjoints.</p> <p>facteurs associés comprenaient des facteurs liés au patient (absence de maladie chronique), à la famille (conjoint, sexe féminin, désir d'une aide psychologique professionnelle, assistance reçue par un médecin généraliste) et à un fournisseur de soins. facteurs (absence de réunions régulières avec les médecins et les infirmières, absence d'une salle réservée aux réunions avec les membres de la famille).</p>	<p>→ conséquences psychologiques à long terme</p>
<p>PONCET MC, TOULLIC P, PAPAZIAN L, KENTISH-BARNES N, TIMSIT JF, POUCHARD F, et al. <i>Burn out syndrome in critical nursing staff.</i> Am J Respir Crit Care Med;175:698–704, 2007 France</p>	<p>Identifier les déterminants des syndromes d'épuisement professionnel chez les infirmiers de réanimation</p>	<p>Enquête par questionnaire en France. Sur les 278 services contactés, 2 392 infirmiers ont retourné le questionnaire élaboré grâce au Maslach Burnout Inventory data.</p>	<p>Sur les 2392 répondant (82% de femmes), 80% était infirmier, 15% aide soignants, 5% cadres de santé.</p> <p>Des syndromes sévères d'épuisement professionnel ont été identifiés pour 33%. 4 domaines ont été associés à ces symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) caractéristiques personnelles tels que l'âge 2) facteurs organisationnels tels que la possibilité de poser des jours ou la participation à des groupes de recherche 3) qualités des relations au travail 4) facteurs liés à la fin de vie <p>Axes d'amélioration : travail sur la prévention des conflits, participation à des groupes de recherche, meilleur management des situations de fin de vie.</p>	<p>→ risque professionnel spécifique à la réanimation (dans son ampleur)</p>
<p>The CoBaTrICE</p>	<p>Déterminer quels</p>	<p>Enquête par</p>	<p>Rang 1, 2, 3, 4, 5des</p>	<p>Ne concerne pas la</p>

<p>Collaboration</p> <p><u>The views of patients and relatives of what makes a good intensivist: a European survey.</u> Intensive Care Med 2007 Danemark Espagne Grande-Bretagne Italie Pays-Bas Pologne Suisse Tchèque</p>	<p>sont les caractéristiques désirables d'un médecin réanimateur pour les patients</p>	<p>questionnaire 21 affirmations décrivant des compétences techniques et relationnelles 70 unités de réanimation Classement des affirmations par rang</p>	<p>compétences techniques Prendre des décisions quand nécessaire Connaissances sur la maladie et les traitements Gérer la crise calmement Réaliser les gestes techniques avec habiletés Faire son possible pour gérer la douleur Rang 6 et 7 des compétences relationnelles Donner des explications compréhensibles pour le patient Traiter les patients comme des individus</p>	<p>France, mais compte tenu de la similarité des réponses en fonction des pays, possiblement transposable</p>
<p>TURNOCK C. et al <u>Maintaining patient dignity in intensive care settings</u> Intensive and critical care nursing 2001</p>	<p>Développer des stratégies pour maximiser la dignité des patients de réanimation. Analyser les comportements des soignants Développer des protocoles Evaluer l'utilisation de ces protocoles</p>	<p>Recherche action observation non participante durant 62 heures de soins aux patients Identification de solutions en focus groupes pluridisciplinaires Audit de ces recommandations</p>	<p>La dignité des patients était maintenue dans 1/3 des soins observés. Néanmoins, les parties intimes étaient exposées dans plus de 40% des soins Dans 2/3 des soins, aucun paravent n'était utilisé pendant l'intégralité ou une partie des soins Les principaux facteurs influençant l'exposition sont le genre et l'âge. Les femmes et les personnes de – de 60 ans étaient plus exposés. Les focus groupes ont recommandé la sensibilisation des personnels soignants et la documentation des situations qui pourraient compromettre la dignité. L'audit de ces recommandations a montré un meilleur habillage des patients et un plus grand degré de sensibilisation des soignants aux besoins de dignité des patients.</p>	<p>→ vulnérabilité et dignité</p>
<p>VAN EIJK MM, VAN MARUM RJ, KLIJN IA, et al, Comparaison of delirium assessment tools in a mixed</p>	<p>Le délirium est sous diagnostiqué par les personnels. Différents moyens de détection ont été développés.</p>	<p>Etude prospective durant 8 mois sur 126 patients admis dans une réanimation polyvalente Les mesures étaient effectuées par des infirmiers formés au</p>	<p>La CAM-ICU a montré une sensibilité et une valeur prédictive négative supérieure (64% et 83%) comparée à la ICDSC (43% et 75%). L'ICDSC a montré une spécificité plus élevée et une valeur prédictive positive</p>	<p>Echelles de mesure du délirium</p>

<p>intensive care unit. Crit Care Med 37:1-7, 2009</p>	<p>Le but était d'évaluer 3 types de méthodes (the Confusion Assessment Method for the ICU [CAM-ICU], the Intensive Care Delirium Screening Checklist [ICDSC] et les impressions des médecins de réanimation face au diagnostic d'un psychiatre, d'une neurologue ou d'un gériatre)</p>	<p>CAM-ICU et au ICDSC De plus, il était demandé aux médecins si le patient était délirant ou non. Le psychiatre, le neurologue et le gériatre posaient également le diagnostic en utilisation des critères objectifs</p>	<p>(95% et 82% contre 88% et 72%). La sensibilité de l'opinion des médecins n'était que de 29%. Les médecins de l'unité de soins intensifs sous-diagnostiquent le délire dans l'unité de soins intensifs, ce qui souligne la nécessité d'une évaluation standard chez tous les patients gravement malades.</p>	
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

***ANNEXE C - ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES PROFESSIONNELS
RETENUS***

Titre Auteur(s) : nom, discipline, profession Date Edition	Thème Thèse de l'auteur Champ disciplinaire	Principaux concepts Paradigme	Eléments significatifs retenus	Réflexions par rapport à la question générale de recherche Remarques personnelles
AZOULAY E., CATTANEO I., FERRAND E., POCHARD F., (2001) Commission d'éthique de la SRLF, <i>l'information au</i> <i>patient en</i> <i>réanimation et à ses</i> <i>proches : le point</i> <i>de vue de la SRLF,</i> Réanimation, Elsevier	Ethique Droit	Dispositions légales et réglementaires : obligations d'informer, principe et contenu de l'information, circonstances, limites, limitations de l'information en réanimation, preuve de l'information Cas particulier du patient de réanimation : capacité à consentir de fait, compétence, évaluation de la compétence, alternatives à l'incompétence	.En réanimation, selon les critères utilisés, le patient n'apparaît capable de décider pour lui-même que dans 0 à 20 % des cas. Il s'agit d'une incapacité transitoire à consentir	→ vulnérabilité liée à la perte d'autonomie
BOLES J.-M., JOUSSET D., (2011) <i>Parcours de</i> <i>la vulnérabilité en</i> <i>réanimation adulte,</i> <i>Dimensions</i> <i>cliniques et enjeux</i> <i>philosophiques,</i> Laennec 2011/2 (Tome 59), pages 42 à 54	la réanimation est un cadre privilégié pour analyser les différents aspects de la vulnérabilité dans la relation de soin et en révéler les enjeux philosophiques.	Vulnérabilité physique ou physiologique Vulnérabilité lié à la perte d'autonomie Vulnérabilité psychologique et émotionnelle	« L'anxiété et l'angoisse liées à la confrontation à la mort, l'appréhension d'un monde inconnu, agressif, bruyant et constamment éclairé, des troubles du sommeil, lequel est totalement perturbé (du fait de la maladie mais aussi de la lumière, du bruit, des actes de soins continus), la solitude ressentie et de la difficulté de communiquer, la dépression liée à la peur d'un avenir profondément modifié, des troubles psychiatriques délirants et confusionnels. »	→ trois types de vulnérabilité → influence sur la relation soignant/soigné
CARPENTIER D., BEDUNEAU G., GIRAULT C. (2015), <i>Séjour</i> <i>prolongé en</i> <i>réanimation,</i> Réanimation, Elsevier	Sciences médicales Psychologie	Leurs durées prolongées de séjour et de ventilation mécanique apparaissent étroitement corrélées. Une attention particulière doit être portée à leur état neuropsychique, car une souffrance intense fréquemment sous- estimée est souvent retrouvée. Qualité de vie	Moins de 10 % des patients admis en réanimation vont être concernés par un séjour prolongé, défini par une durée > 14 jours. Essentiellement admis pour une détresse respiratoire aiguë, un état de choc ou un polytraumatisme. Leur taux de mortalité s'avère élevé, bien que leur qualité de vie à un an soit relativement satisfaisante, souvent perçue comme meilleure que leur statut fonctionnel réel. Une fois stabilisés, la prise en charge de ces patients, doit avoir pour objectif d'initier le plus rapidement possible leur autonomisation et leur	→ évaluation de la qualité de vie des patients

			réhabilitation. Une attention particulière doit être portée à leur état neuropsychique, car une souffrance intense fréquemment sous-estimée est souvent retrouvée. Les unités spécifiques de sevrage ou de post-réanimation peuvent être intéressantes et pertinentes	
FHP MCO, (aout 2017) <i>Réanimation, état des lieux et tendances</i>	Etudes statistiques		En 2015, les services de réanimations français se répartissaient entre 228 hôpitaux et 54 cliniques, soit 5026 lits autorisés pour un volume d'activité de 241 092 séjours sur l'année	→ contexte de la réanimation
HUNT SM, MCEWEN J., (1980), <i>The development of a subjective health indicator.</i> Sociol Health Illn	Statistiques Les indicateurs traditionnels tels que la morbidité et la mortalité sont perçus comme nécessitant une complémentation par des évaluations plus subjectives des besoins. L'ajout de données subjectives, recueillies de manière standardisée, pourrait permettre aux personnes concernées de définir plus précisément les besoins et les problèmes de la communauté.	Qualité de vie	Le développement pratique d'un indicateur de santé subjectif est décrit. L'objectif ultime est de produire un instrument qui puisse être utilisé comme un outil d'enquête sur la population, où les informations obtenues pourraient ajouter une nouvelle dimension aux indices de santé traditionnels. Les études menées au cours des quatre dernières années ont abouti à la construction d'un indicateur sous la forme d'un profil qui s'est révélé fournir des mesures valables de l'état de santé perçu et acceptable pour les répondants.	→ qualité de vie
KENTISH-BARNES N., CHAIZE M., <i>Critères de jugement du « mieux-vivre » en réanimation,</i> Réanimation, Elsevier Masson, 2010	Le bien-être est multidimensionnel ; Il est impossible d'énoncer clairement les critères de jugement du bien-être. mais une condition fondamentale est d'être reconnue en tant que sujet.	Bien-être Prendre soin communication	la subjectivité des individus est au cœur de la notion de bien-être et la qualité de la communication est un critère de jugement de ce bien-être. Le bien-être s'inscrit dans un système : le bien-être des soignants et des familles peut avoir un retentissement sur le bien-être du patient. la promotion du bien-être dépendant de la culture du service. L'existence d'objectifs clairs et partagés par l'équipe est aussi un critère de jugement du « mieux vivre ».	Fait le lien avec les recommandations de la SFAR sur le « mieux vivre » en réanimation

<p>POCHARD F., (2010), <i>Reconnaître et traiter la souffrance psychique des patients</i>, Réanimation, Elsevier Masson</p>	<p>L'analyse des études d'évaluation des troubles psychiques chez les patients de réanimation montre la gravité du problème et l'enjeu important de santé publique.</p>	<p>Soins intensifs Psychiatrie Anxiété Dépression Stress post-traumatique</p>	<p>facteurs de stress nombreux (pharmacologiques, métaboliques, bruit, lumière, douleur, difficultés ou impossibilité de compréhension et de communication, etc.), symptomatologie fruste, et prévalence de symptômes anxieux, dépressifs, délirants ou confusionnels majeure. prévalences importantes d'ESPT et SAD quelques mois après leur séjour. Rares évaluations de l'efficacité des prises en charge psychiatrique ou psychologique.</p>	<p>→ vulnérabilité psychologique et émotionnelle Fait une revue de littérature des études sur les conséquences psychiques des séjours en réanimation Fait le lien avec les recommandations de la SFAR sur le mieux vivre en réanimation</p>
<p>POCHARD F., KENTISH-BARNES N. et AZOULAY E., (2007) <i>Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation</i>, Réanimation, 16, 533—537</p>	<p>Les facteurs de stress pour un malade lors d'un séjour en réanimation sont nombreux. Ce stress peut être responsable de symptômes psychiatriques entravant sérieusement la qualité de vie du malade dans les mois suivant sa sortie de réanimation.</p>	<p>Soins intensifs Psychiatrie Anxiété Dépression Stress post-traumatique Qualité de vie</p>	<p>de nombreux survivants de réanimation ont des souvenirs traumatiques (cauchemars, anxiété aiguë), qui peuvent être associés à l'émergence d'un ESPT ou SAD. La prévalence d'ESPT dans les mois suivant le séjour en réanimation est estimée entre 14 et 41 %, celle des symptômes d'anxiété entre 12 et 47 % et celle des symptômes de dépression entre dix et 30 %. Une littérature observationnelle récente a souligné l'insuffisance de prise en charge préventive et curative de ces symptômes</p>	<p>Les auteurs suggèrent de développer des études multicentriques sur plusieurs actions suggérées pour diminuer la prévalence des symptômes d'ESPT et/ou des troubles anxiodépressifs</p>
<p>PONTIER S., (2007) <i>Les pneumonies nosocomiales</i>, Revue des Maladies Respiratoires, Vol 24, N° ATS - octobre 2007, pp. 166-172</p>	<p>Point sur les pneumonies nosocomiales</p>		<p>Rappel de guidelines Diagnostic Méthodes invasives vs non invasives PAVM Traitement</p>	<p>→ vulnérabilités physiques</p>
<p>ROULIN M.-J., VIGNAUX L., (2010) <i>Comment prendre soin en réanimation ?</i>, Réanimation, Elsevier Masson</p>	<p>« Prendre soin » en réanimation peut se concevoir comme une valeur qui motive une approche centrée sur la personne et s'appuie sur des connaissances professionnelles.</p>	<p>Réanimation Prendre soin Attitude Dignité Autonomie Suggestions d'actions à mettre en place pour améliorer le bien être des patients</p>	<p>compétences essentielles des soignants selon les patients : habiletés instrumentales, présence attentive, respect pour leur personne. Activités facilitant une posture centrée sur le malade : contact régulier avec les proches, photographies des personnes malades dans leur contexte de vie, journal de bord. activités favorisant</p>	<p>Reprend le concept de prendre soin Classe certaines actions mises en œuvre selon leur degré de preuve scientifique</p>

			l'autonomie : assistances à la communication ou la phonation, programme de mobilisation précoce multidisciplinaire.	
VINATIER Isabelle (Praticien hospitalier en réanimation CH de la Roche sur Yon) <u>Le bien-être du patient en réanimation – comment l'améliorer ?</u> SRLF et Springer-Verlag France 2010	Article professionnel visant à identifier les facteurs influençant le bien être des patients en réanimation Pistes pour identifier et mettre en œuvre dans les conditions locales de son service les actions envisageables pour améliorer ce bien être	Revue de littérature Savoirs expérientiels	Ressenti du patient, de sa famille et des soignants en réanimation : <ul style="list-style-type: none"> - manque d'évaluation du ressenti dans les pratiques quotidiennes dans les services - la douleur, les troubles du sommeil sont bien documentés, tout comme le bruit, l'immobilisation - souffrance psychique - la reconnaissance de la souffrance des proches - la souffrance des soignants : peut avoir des implications en termes de sécurité et de bien-être du patient Comment améliorer le bien-être du patient ? <ul style="list-style-type: none"> - environnement professionnel - modifier les pratiques de soins - prendre soin des familles et les intégrer dans la prise en charge du patient - journal de bord 	→ nombreuses références à des études quantitatives et qualitatives sur le ressenti du patient → nécessité d'une culture professionnelle partagée par tous et un engagement fort de l'encadrement sont un préalable → parallèle avec la conférence de consensus

ANNEXE D - CARTE MENTALE

