

LATAPIE fabienne

Année 2004

Croix-rouge Française

Institut de Formation en Soins Infirmiers

TOULOUSE

Son coma...mon ignorance...



**Travail de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état
d'infirmier**

Introduction

Le sujet de mon TFE s'est imposé petit à petit à moi, par le biais de mon expérience d'aide-soignante, et celle que j'ai acquise durant mes stages pendant ma formation à l'IFSI, de même que par les divers remplacements que j'ai effectués durant ma scolarité...

En effet, il m'est arrivé de me retrouver en présence de personnes comateuses lourdement appareillées dans des services de réanimation, et dont on pouvait dire que la vie dépendait uniquement des machines, avec lesquelles la communication « usuelle » était quasiment inexistante, voire impossible semblait-il... Jusqu'au jour où l'un d'eux, après un coma de trois mois pour lequel les médecins étaient très pessimistes, et pour lequel la question de l'arrêt de soins avait été abordée, s'est éveillé, à la surprise de toute l'équipe, avec des séquelles minimales par rapport à la gravité de son état. Ce patient une fois extubé, nous a déclaré ne pas avoir de souvenirs précis, mais des sensations souvent brutales et en tous cas presque toujours désagréables, et par dessus tout nous a-t-il dit le sentiment que la plupart des voix qu'il entendait ce jour, lui paraissaient familières, agréables parfois et dures d'autres fois... Il a dit aussi que sa femme était venue le voir chaque jour, « il ne savait pas pourquoi mais il le sentait ». Ce patient a radicalement changé ma façon d'aborder le soin. Les questions se succèdent concernant le patient comateux : que perçoit-il de sa situation ? , a-t-il mal ? Nous entend-il ? Quelles conséquences ont sur eux le déchaînement de techniques déployé ? , Quel est leur ressenti et comment l'adoucir ?

Face à eux, , les soignants, et d'autres questions sur notre rôle : quel ressenti à le personnel devant cet autre avec lequel il n'a aucun retour ? Continuons nous à le considérer comme un être humain avec sa sensibilité ? Quelle part tient la technicité employée dans le maintien en vie de l'autre ? Car la était bien pour moi la question essentielle : cet autre face à moi dont la vie ne tient qu'à 1 fil (dans le sens primitif du terme) est ce que je le perçois encore en tant qu'être humain ? et que fais-je pour qu'il ne me ressente pas comme un bourreau ?

J'avais donc envie d'orienter ma recherche vers ce patient comateux en réanimation et vers le sens que peut donner le soignant à ses soins, avec la prise en compte de la

technique inhérente au service, en me demandant **comment l'ide en réanimation peut-elle préserver la globalité des soins au delà de la technicité ?**

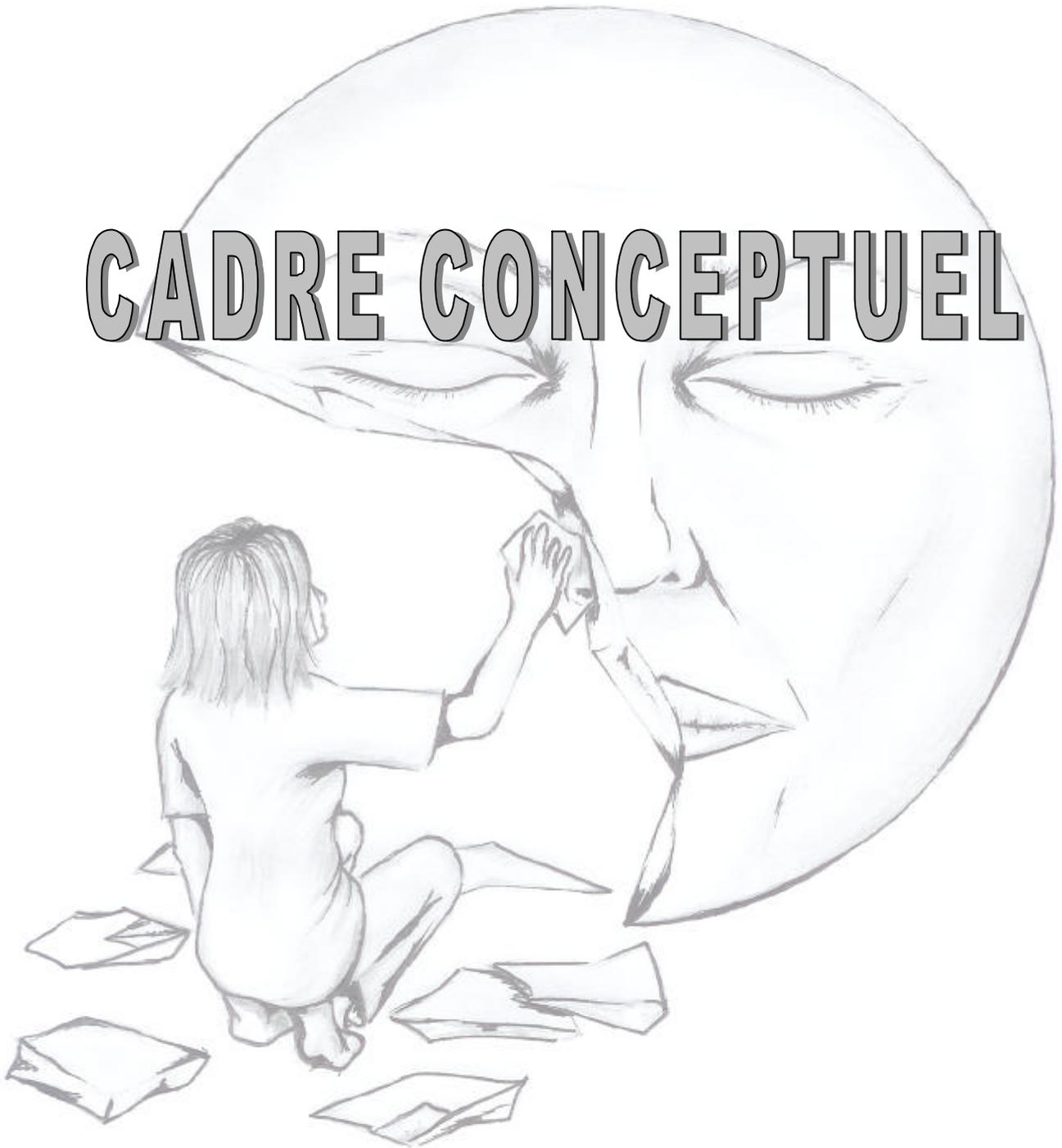
Ainsi, pour ce faire définir tout d'abord le coma, chercher à connaître ses particularités, ses conséquences du point de vue du patient et les besoins qui découlent de cet état; je tenais également à présenter les particularités d'un service de réanimation ou le patient comateux arrive souvent en première intention, et repérer ainsi les spécificités qu'impose ce service au patient, mais aussi au soignant. Enfin je voulais étudier le rôle du soignant confronté à ce patient et tenter d'analyser la manière dont il pratique les soins, quelles limites il rencontre notamment dans ses possibilités de communication et d'accompagnement psychologique à ce patient si particulier...

Introduction	2
Première partie : cadre conceptuel	6
I. Le comas	7
1. Définitions et classification	7
2. Diagnostics différentiels	8
3. Etiologies	9
4. Classification des comas en stades	9
5. Outils d'évaluation	10
6. notions de coma « artificiel » et coma végétatif.	10
7. Besoins du comateux	11
II. le service de réanimation	12
1. définitions	12
2. hypertechnicité du service.	14
3. Représentations du service de réanimation.	15
4. Conceptions et rythmes des soins en réanimation.	16
5. Un monde « anxigène »	16
III. Les soins infirmiers	17
1. les dimensions du rôle infirmiers	17
1.1. caractère éthique	17
1.2. le rôle prescrit	18
1/3 .Le rôle propre.	19
2. Le soin psychique :	19
2.1.: Définition	19
2.2.: les outils de sa mise en œuvre.	20
2.3 : les obstacles au soin psychique.	21

IV. Enoncé de la problématique	23
Deuxième partie : démarche méthodologique	24
I. l'enquête :	25
1. objectifs de l'enquête	25
2. la population.	25
3. Choix du lieu de l'enquête	26
4. l'outil.	26
➤ quel type d'outil et pourquoi	
➤ construction de la trame de l'entretien	
5. Mode de réalisation de l'enquête	27
Réalisation d'un pré-test	27
2. Résultats et Analyse	28
3. Synthèse	39
Troisième partie : questionnement professionnel	41
➤ Intérêts et limites	42
➤ Conclusion.	44
Bibliographie	46
Annexes	47
1) Score de Glasgow.	
2) Score de Ramsay	
3) extraits d'entretiens : quelques anecdotes...	

Première partie

CADRE CONCEPTUEL



« Si je veux réussir à accompagner un être vers un but précis, je dois le chercher là où il est, et commencer là, justement là. Celui qui ne sait pas faire cela, se trompe lui-même quand il pense pouvoir aider les autres. Pour aider un être, je dois certainement comprendre plus que lui, mais d'abord comprendre ce qu'il comprend. Si je n'y parviens pas, il ne sert à rien que je sois plus capable et plus savant que lui. (...) tout soutien commence avec humilité, devant celui que je veux accompagner, et c'est pourquoi je dois comprendre qu'aider n'est pas vouloir maîtriser mais vouloir servir. Si je n'y arrive pas, je ne puis aider l'autre... »

Cette citation du philosophe suédois Sorën KIERKEGAARD, extrait de son essai « la maladie à mort » (1849) exprime bien ma volonté de comprendre, avant tout ce qu'est un patient comateux et quels sont ses besoins car comment en effet arriver à soigner ce qu'on ne connaît pas, ce que l'on ne comprend pas ? Ainsi cela amène donc tout naturellement la première partie de mon cadre théorique, dans le but de poser mes connaissances sur les comas pour tenter de comprendre l'importance des actes que je peux poser, en tant qu'infirmière.

I. le coma :

1. définitions

Ethymologiquement, coma vient du mot grec «KOMA » qui signifie «sommeil profond »

Pour le petit Larousse, il s'agirait « *d'un état morbide, caractérisé par un assouplissement profond avec perte de conscience, de sensibilité, de motricité* » (1)¹

D'autres le définissent comme « *un état physiologique élémentaire de sommeil apparent, impossible à interrompre par le dormeur, ni par un tiers, ou par quelque stimulation* » (2)²

¹ LARROUSSE Lexis p ,1994.

² Réanimation, coma, Soins psychiques et vécu du patient , Michèle GROSCLAUDE, ed Masson, 2002.

La notion de coma implique donc un état de sommeil, excluant toute vie de relation, il est donc en opposition avec la notion de **vigilance** définie comme : « *un état d'activation cérébrale physiologique, permettant l'adaptation des réponses du sujet aux sollicitations du monde extérieur, associé à l'intégrité des fonctions mentales, elle participe à l'élaboration de la conscience* » (3)¹

Ainsi, le coma implique une perte de la vie de relation, mais une conservation de la vie végétative ; sont retrouvés systématiquement :

- absence de conscience
- absence d'éveil volontaire
- fermeture permanente des yeux
- plus ou moins arréactivité
- absence de réponses aux stimuli ou réponses inadaptées

2. diagnostics différentiels

Vouloir prendre en charge un patient comateux c'est selon moi le distinguer de pathologies qui peuvent lui ressembler mais qui en sont bien différentes :

- le locked-in syndrome : qui n'est pas une atteinte de la conscience mais une paralysie totale, à l'exception des yeux
- des hypersomnies
- -de la mort cérébrale, anciennement appelée « coma dépassé » et caractérisée par l'abolition totale et définitive, de la fonction hémisphérique, de la réactivité des nerfs crâniens, de la respiration spontanée, présentant un électroencéphalogramme plat, et assimilable à la mort en tant qu'être humain.
- De la conversion hystérique

¹ Nouveaux cahiers de l'infirmière, n° 18 Ed Masson, 2002, p 31.

3. étiologie des comas

➤ physiopathologie :

L'état de veille et la réactivité dépendent d'une activation sous corticale ascendante en provenance du tronc cérébral assurée par la Formation Réticulée Ascendante Activatrice (FRAA).

Le coma est dû à un dysfonctionnement de cette FRAA par destruction, lésion, compression, ou souffrance cérébrale diffuse.

➤ Les causes :

- traumatiques
- métaboliques et carencielles (ex : diabète, hyponatrémie)
- toxiques
- vasculaires (ex : Accidents Vasculaires Cérébraux)
- infectieuses
- processus expansifs

4. classification :

Actuellement peu utilisés, les stades du coma sont déterminés en fonction de la réactivité du patient à divers stimuli :

- stade 1 : dit «coma vigile» : la conscience est présente mais faible, une réaction aux stimuli de faible intensité a lieu
- stade 2 : coma réactif : réaction à un stimulus douloureux, pas de réaction à l'audition.
- Stade 3 : coma aréactif : marqué par un défaut de réaction ou une réaction inadaptée à la douleur.
- Etat de mort cérébrale : aucune réaction, aucun réflexe du tronc cérébral.

Il faut bien comprendre que cette classification n'est pas statique, bien au contraire, l'état de coma est évolutif, dans le sens de l'aggravation comme celui de l'amélioration,

l'évolution est particulière à chaque situation et est à surveiller, et à réévaluer sans cesse, car c'est elle qui détermine l'évolution de l'état de santé du patient.

Ainsi, le patient comateux doit être étroitement surveillé, pour déceler toute forme de circonstances aggravantes avec lesquelles il faudrait agir ou bien tout signe d'éveil...

5 : Différences entre coma artificiel et végétatif :

Il me semblait important de différencier ces 2 états car les avis des professionnels, médecins comme infirmiers, expriment une différence dans la prise en charge de ces 2 situations :

- Le coma artificiel, ou «sédaté » est provoqué par l'administration de drogues, sur la décision du médecin et de l'équipe dans un but bien précis (destiné la plupart du temps au confort du patient, sa « mise au repos », à la facilitation des techniques de soins...). En ce sens il s'agit d'un coma « contrôlé », et ainsi l'éveil peut être planifié.
- Le coma végétatif, qui est présent de part la pathologie du patient et pour lequel le rôle de l'équipe soignante est d'attendre, voir de stimuler l'éveil.

Il est cependant clair que tout coma n'est pas un état « naturel », qu'il conviendra de surveiller et réévaluer constamment... Je choisis pour ma part d'orienter mon étude vers le coma végétatif, non provoqué.

6 : les outils de surveillance des comas :

Le coma comme détaillé par avant n'est pas un état statique mais évolutif, la surveillance est donc basée sur divers champs qu'elle examine et qui sont révélateurs de l'évolution :

- La perceptivité : étude des réactions du sujet à un certain nombre de stimuli
- La réaction spécifique : étude de la réaction oculaire à un stimulus encore appelé étude du réflexe photo moteur
- La réactivité à un stimulus douloureux

- L'étude du tonus : recherche d'une hypertonie généralisée ou localisée
- L'étude des réflexes : recherche en particulier du signe de babinski
- Les troubles végétatifs.

Ainsi l'outil d'évaluation utilisé est une échelle clinique mise au point à **GLASGOW**¹ par Teasdale et Jenett en 1974 qui par la mesure de 3 comportements, reprend les champs de surveillance précités :

- l'ouverture des yeux
- les réponses verbales
- les réponses motrices

On détermine ainsi un score qui varie de 3 à 15, selon l'état de conscience. Celui-ci est d'autant plus élevé que les réponses sont proches de la normale.

Le diagnostic de coma est posé pour un Glasgow inférieur à 8.

Lorsque l'on parle d'un coma «sédaté » une grille différente est utilisée pour son évaluation, il s'agit du score de RAMSEY² (annexe 2 :pour information)

7. les besoins du comateux :

Le patient comateux arrivant en réanimation voit la plupart de ses besoins perturbés, ainsi les besoins s'articulent autour des besoins fondamentaux³ :

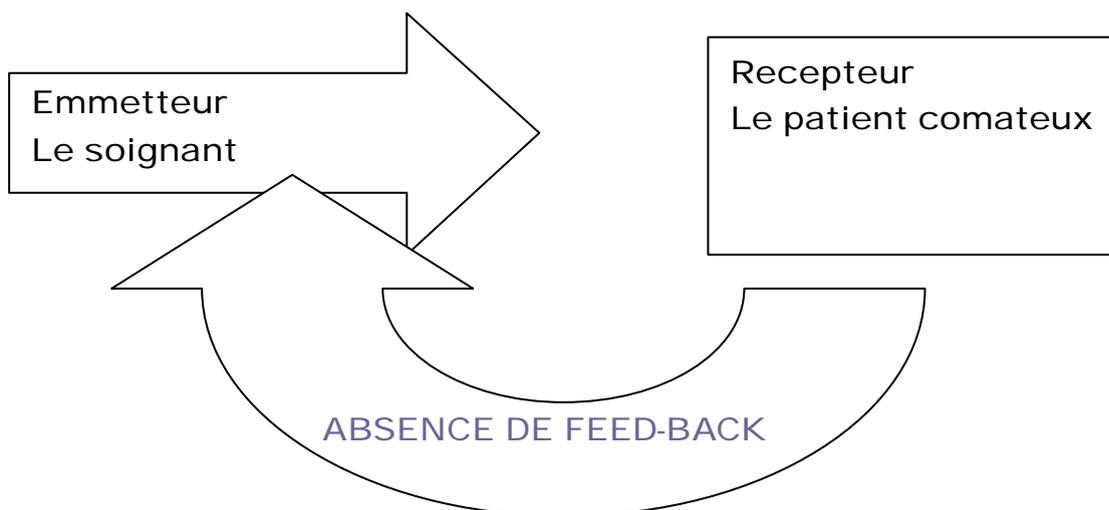
- besoin de respirer : l'atteinte des réflexes pharyngés peut entraîner un risque d'encombrement bronchique et altérer ainsi la ventilation, l'hématose, et provoquer divers dysfonctionnements d'ordre vitaux : atteintes hémodynamiques, cérébrales, rénales, etc....

¹ ANNEXE 1 : score de Glasgow.

² ANNEXE 2 : score de Ramsey.

³ Principes fondamentaux en soins infirmiers, V Henderson, éditions S KARGER BASEL (suisse), NY 1969

- besoin de boire et manger : l'altération de la conscience ne permet pas au patient d'exprimer ses besoins.
- Besoin d'éliminer : la baisse du tonus musculaire entraîne l'abolition des réflexes sphinctériens vésicaux et anaux.
- Besoin de se mouvoir : le patient comateux est par définition immobile et peut être hypo ou hyper tonique il est donc soumis à toutes les complications du décubitus.
- Besoin d'être propre : incapacité pour ce patient de maintenir un état cutané suffisant, et d'éviter l'altération des téguments et phanères...
- Besoin d'éviter les dangers : ce malade présente une baisse des défenses immunitaires, de plus les risques infectieux sont multipliés par la présence de multiples matériels invasifs (sondes, cathéters etc....)
- Besoin de maintenir sa température : possibilité d'hyper ou hypothermie d'origine centrale ou infectieuse.
- Besoin de communiquer : par définition il y a chez le patient comateux abolition des fonctions de relation, interdisant toute communication dans le sens classique du terme, en effet le schéma classique de la communication est ici rompu :



Le patient dans le coma paraît ne plus émettre et/ou le soignant ne reçoit pas d'information claire, ne reconnaît pas de signaux, qu'il devra de toutes façons s'il en

perçoit « décrypter » (d'où un risque d'erreur d'interprétation). Il n'existe donc aucun retour clair de l'importance et l'incidence, des actes posés sur le patient, ni aucun signe de ce qu'il peut percevoir. De même il n'existe aucun signe clair de ce que le patient peut ressentir ou ce dont il peut avoir besoin.

Il n'y a donc pas de communication classique, mais est-à dire que le patient comateux n'en éprouve pas le besoin ? L'homme est un être de relation et ce patient, malgré ses multi défaillances, demeure un être humain, dans toutes ses dimensions bio psycho sociales. Il reste un être habité par sa vie psychique et affective, dont les besoins de communication et de relation ne doivent pas être négligés.

II La réanimation :

« Le malade se retrouve en réa, comme on dit. Un corps attaché au lit, relié à une machine, privé de mouvement et de parole. Le tube, aussi tenu qu'un insignifiant petit fil électrique, lui semblait dans sa bouche aussi volumineux que la patte d'un ours¹

1 Définitions

« Un lieu, un service (...) ou s'exercent un ensemble de techniques dont l'objectif est le maintien ou la restauration des grandes fonctions vitales abolies ou perturbées (respiratoires, cardio-circulatoires, rénales...). Elle comporte des secteurs spécialisés et accueille une infinité de pathologies et d'étiologies différentes, puisque tout évènement somatique peut conduire en réa »² .

« Ensemble de moyens mis en œuvre et visant à rétablir les grandes fonctions vitales abolies ou fortement perturbées. Elle s'adresse à des sujets ayant subis une anesthésie générale nécessitant une surveillance post-op. Et des soins importants, et à des personnes dont le pronostic vital est en jeu. Elle utilise un ensemble de techniques médicales, afin de remédier ou de pallier aux défaillances d'une ou plusieurs fonctions vitales. »³

Compte tenu de la prise en charge vitale qu'elle impose, la réanimation nécessite donc dans son fonctionnement des exigences bien précises que sont:

- des locaux spécialement aménagés
- du matériel spécialisé
- la proximité d'un plateau technique important
- une permanence médicale 24h/24h
- une permanence soignante

2. hyper technicité du service

¹ « La traversé », P LABRO, Ed GALLIMARD, 1996, p 29.

² « réanimation, Coma, (...), M Grosclaude, Ed Masson, 2002, p 11

³ Dictionnaire « petit Robert »

l'appareillage spécifique à la réanimation a deux buts bien spécifiques :

- la surveillance des paramètres vitaux
- le maintien et/ou la suppléance des fonctions vitales.

Communément les patients de réanimation sont donc reliés à divers appareillages, le schéma type étant le suivant, associant comme précisé par avant appareil de surveillance et de suppléances:

- appareil de monitoring ou scopes qui surveillent de façon continue les fonctions cardiaques, hémodynamique et ventilatoires du patient
- respirateurs qui par le biais de l'intubation permettent la suppléance de la fonction respiratoire
- Appareils à dialyse
- Seringues auto-pousseuses
- dispositifs invasifs
- cathéters spécifiques de types artériels ou Swann- Ganz
- défibrillateurs cardiaques

La réanimation donc, peut donc être perçue comme « *un monde à part* »¹ aussi bien pour le patient, qui se retrouve au centre de ce déchaînement technologique et invasif, que pour le soignant qui dans le cadre de la prise en charge qu'il prodigue à ce patient, doit faire preuve de hautes compétences techniques pour maîtriser l'environnement technique et faire face par le fait aux responsabilités qui le lient au patient et à sa fonctions.

Dans ce lieu de haute technicité, où l'urgence vitale occupe le plus grand espace, il me semble qu'il est plus souvent question de traiter, de maintenir, de ramener à la vie (par l'étymologie même du terme réanimer) que de « prendre soin ».

3. conception et rythmes de soins en réanimation

Dans un box de réanimation, le patient est entouré de machines: respirateurs, scopes etc.... les soins infirmiers sont réalisés sur deux plans : purement techniques, dans la réalisation des actes médicaux prescrits et les manœuvres de

¹ GROSCLAUDE M, « réanimation coma, soins psychique et vécu du patient », Ed Masson, 2002, p 146.

réanimation ; mais également dans la réalisation de gestes visant à promouvoir le confort du patient, son hygiène, et la préservation de ses fonctions non perturbées.

Généralement, ces différents types de soins sont « groupés » dans un travail en binôme entre l'infirmière et l'aide-soignante, sur un rythme régulier de « tournées », revenant toutes les 2 à 3 heures selon les services, les prescriptions, le cas et les besoins de chaque patient.

Ainsi le patient comateux voit la plupart de ses fonctions perturbées, et sa dépendance l'expose à la nécessité de multiples surveillances (neurologique, hémodynamique, rénale...) de même qu'à de nombreux soins d'entretien, de confort et de prévention (toilette, nursing, etc...), tout ceci dans une omniprésence de l'équipe soignante, et des techniques.

Le patient de réanimation se retrouve au centre d'un environnement bruyant (sonneries des scopes, alarmes diverses, souffle des respirateurs etc...), baigné dans une lumière quasi permanente de néon, soumis à des soins permanents, sans respect des rythmes jour/nuit, et sans que nous ayons la moindre information chez le patient comateux, de la perception qu'il a de cet environnement.

Ainsi si les équipes disent penser à « grouper les soins » pour préserver au mieux les rythmes des patients, la réanimation par sa vocation même se caractérise par son côté « soins continus », dicté par l'omniprésence de l'urgence, l'évolution rapide et permanente du cas de chaque patient et la nécessité d'une surveillance rapprochée, pouvant peut être parfois paraître « invasive » et « déshumanisée ».

5. un monde « anxigène ».

Décrit par de nombreux auteurs tels Philippe LABRO, Sylvie DELLUS, et bien d'autres encore, ayant traversés le coma, et vécu un passage en réanimation en état de coma ou semi coma; ce passage, s'il ne semble pas laisser de souvenirs précis, de faits descriptifs et objectivables, est la plupart du temps relaté par ces patients comme le vécu subjectif d'une expérience hors du commun aux effets bouleversants.

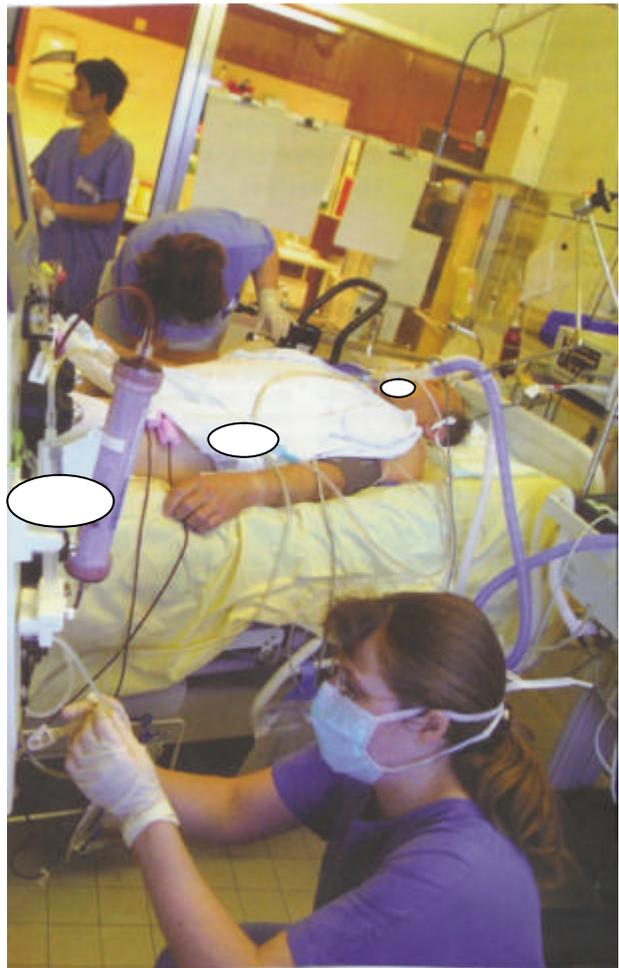
Ainsi, nombre de patients ne gardent pas de souvenirs précis et descriptibles, mais des sensations, ou même l'idée d'un « trou réa »(1), qui demeurent bien après l'éveil et la sortie du service, anxigène : réminiscences, images guerrières, sensation de désapartenance et de dépersonnalisation, il semblerait que si les souvenirs démarrent

effectivement à la phase d'éveil, c'est-à-dire à l'ouverture des yeux, il resterait des traces indélébiles et destructurantes dans la personnalité des patients ayant vécu le coma et la réanimation.

Ainsi Michèle Grosclaude, chercheur en psychologie à l'université de Strasbourg, a fait de l'étude de ce ressenti et des conséquences du coma et de la réanimation, le centre de ces recherches. Selon elle la vraie conséquence du coma (indépendamment de sa cause), serait la dépression. Il y aurait une perception désorganisée, et destructurante pendant la phase de coma, une interprétation irrationnelle et traumatisante des perceptions confuses qui ferait à jamais empreinte dans la personnalité du sujet...cet état est qualifié de « paranoïde » par l'auteur. Le comateux aurait donc des perceptions qu'il interpréterait sur le mode d'un délire persécutif (la plupart du temps), ce qui laisserait des empreintes refoulées dans son subconscient, mais actives insidieusement dans sa vie. .

Ce courant de pensée est de plus en plus repris, et est conforté par les nombreux témoignages de personnes ayant vécu cet état, et me fait m'interroger sur la façon dont nous autres, infirmiers réalisons nos soins et sur la manière dont nous pourrions les « adoucir », face à ce patient comateux...

Beaucoup de machines, du bruit, de la lumière, tout est calculé, précis, « technique », mais quel regard pour moi ?



III Les soins infirmiers :

« Dis-moi de quelles connaissances tu te sers pour donner des soins et comment tu t'en sers, et je te dirai quel soin tu donnes » ¹

le propre du travail de fin d'étude est de se centrer sur le rôle infirmier c'est la raison pour laquelle je vais succinctement le redéfinir.

La vocation des soins infirmiers est de permettre au patient de conserver son intégrité biologique et physique, psychologique, sociale mais aussi de maintenir sa dignité

1 LES DIVERSES DIMENSIONS DU SOIN

➤ dimension éthique du soin.

Ainsi tout soin possède une dimension éthique, et il convient de poser en préambule :

- pourquoi fais je ce soin ?
- pour qui ?
- de quel droit ?
- qu'implique t'il ?

Tout soin doit donc être pensé, réfléchi et construit dans le sens de ce qu'est la personne et en pesant ses conséquences « *comme perspective de ce qui est bon pour la personne soignée* » ¹

L'infirmière doit donc considérer l'autre comme un être humain unique, le soin doit être individualisé, et doit toujours avoir en fondement la notion de respect de l'autre, ce qu'il est, ses croyances, ses valeurs et son ressenti qui doit être pris en considération, même s'il est comme dans le cas de notre patient comateux en réanimation, non exprimé... ainsi exercer des soins dans une démarche éthique, nous renvoie à la

¹ « Promouvoir la vie », MF Collières, Ed1982

démarche de soin préalable à la prise en charge de l'Autre, ce qui est encore plus difficile dans les services comme la réanimation où les professionnels sont souvent « *tournés vers l'action et formés à appliquer des procédures et des protocoles* »²

Cette notion d'éthique du soin est omniprésente dans le décret de compétence du 11 Février 2002, qui régit la fonction d'infirmier et doit donc rester à l'esprit de l'infirmier de réanimation : qui nous l'avons vu plus haut peut être soumis plus que tout autre encore au danger de considérer son patient comme un « *corps-objet* »³...

1.2. le soin dans le rôle prescrit : rôle en collaboration

il consiste en la réalisation et dans notre cas, l'utilisation des techniques propre à la réanimation. Ont priorité comme exposé plus haut, les fonctions vitales : prise en charge des fonctions respiratoires et cardiovasculaires puis de nutrition, maintien de l'équilibre électrolytique...

On se rend bien compte que dans un tel service, c'est la préservation de ces grandes fonctions qui prime, et que l'infirmier apparaît dans sa dimension de technicien : « *dans ces services hyper médicalisés la plupart des infirmières sont très centrées sur la technique et ne se rendent pas toujours compte de ce que vit le malade. Mis à part quelques personnes, j'ai trouvé la réanimation très déshumanisée* »¹

cette particularité propre à ce service exige des infirmiers des compétences particulières et l'acquisition d'un « savoir-faire », qui pose en avant la maîtrise des techniques. Ce « savoir-faire » infirmier s'acquiert avec le temps, la pratique, l'expérience...

Cependant ceci n'est qu'un aspect du rôle infirmier, comme le précise le décret de compétences du 11 Février 2002, car la prise en charge infirmière ne peut se réduire au « règlement » de seuls problèmes fonctionnels ce qui aurait pour moi pour conséquences de « saucissonner » le patient, mais au contraire envisager un projet soignant, ce qui implique la connaissance du patient et l'analyse de sa situation.

¹ place de l'éthique dans la profession infirmière, <http://google.fr/search?q=cacheJG4zAKYO1-oj:www.sfisi.asso.fr/telechargement,12/01/04,p4>.

² « l'infirmière magazine » n° 137, Avril 1999, p X dossier « soignant-soigné une rencontre avec l'autre ».

³ Ibid, p VII.

1.3. le soin dans le rôle propre :

il s'agit de la dimension qui permet à l'infirmière d'exercer son libre arbitre à l'intérieur de son champ de compétences. Comme pour son rôle propre l'infirmière engage sa responsabilité, et se doit « *d'identifier les besoins de la personne(...),formuler des objectifs de soins(...) élaborer des protocoles (...) relevant de son initiative* »²

C est à mon sens ici que le soignant à toute la latitude de développer les moyens qui lui permettront d'individualiser le soin et de considérer l'autre non pas comme un être morcelé mais bien dans son unité. Cet aspect du soin n'est pas seulement une possibilité mais aussi un devoir, que nous imposent les textes de lois qui régissent notre profession.

Ainsi si le rôle propre est lié souvent aux fonctions de continuité de la vie telles l'hygiène, le maintien de l'intégrité de la peau etc.... l'autre « *n'est pas un corps objet qu'il convient de laver, de nourrir, de prélever, de panser (...),tâches systématiques et strictement planifiées, dans l'organisation rationnelle du travail, mais il s'agit bien de **prendre soin** d'une personne dans la situation particulières de vie qui est la sienne* »³

Nous retrouvons donc bien dans le rôle propre de l'infirmière la notion de « prendre soin », initiée par M F Collières, inscrite dans une démarche active et une approche du soin construite, impliquant une rencontre avec l'autre, et ce même si cet autre semble exclu de la relation...

2 . LE SOIN PSYCHIQUE

2.1 Définition :

c'est la prise en compte de l'état psychique du patient qui permet d'élaborer un soin pertinent malgré des situations et un univers réanimatoires complexes et parfois réducteur.

Il est basé sur le postulat développé par avant qu'il existe une vie psychique et un vécu du coma et du passage en réanimation, son but est de minimiser les effets traumatisants de ce vécu.

¹ L'infirmière magazine n°137, Avril 99, Dossier « soignant-soigné(...)» p VI

² Journal officiel de la république française, décret 2002-193,p 3041

³ « la qualité des soins infirmiers », W HEZBEEN, Ed Masson, p 262

Le soin psychique suppose qu'à l'intérieur d'un corps inerte et inhabité apparemment demeure un « *sujet inconscient* »¹ pour lequel chacun des actes que nous posons à une conséquence, et laisse une trace psychique.

Cette idée est par ailleurs reprise par bon nombre de chercheurs tel le Docteur C HEYVARD, centre psychothérapique de ST Clair la tour, et cherche à se mettre en pratique dans divers établissements par le rapprochement des disciplines que sont la réanimation et la psychiatrie.(Cf annexe)¹. Ces divers travaux mettent l'accent sur la nécessité d'une présence psychiatrique ou tout au moins d'un soutien psychologique, au sein des services de réanimation, et ce tant pour les patients, les familles, que pour le personnel.

L'idée maîtresse réside dans la considération de l'autre comme un tout, corps meurtri mais aussi psyché dans le but de ne pas opposer ces 2 versants de l'être humain mais au contraire de tenter d'aider un être « unifié » et « individuel ».

L'infirmière peut à mon avis construire son soin en respect de cette notion de « soin psychique » qui ne se résume pas à la disponibilité et la chaleur qu'elle pourra témoigner mais qui se construit autour d'outils permettant son instauration. J'ai choisi de conserver l'appellation « soin psychique » et non pas psychologique car c'est ainsi que le définissent les chercheurs qui travaillent dessus, faisant appel ainsi aux principes de la psychanalyse et à la notion d'inconscient et de refoulement.

3.2 Les outils du soin psychique :

L'infirmière n'a pas la prétention de se substituer à un psychanalyste, cependant vouloir entrer dans le soin psychique suppose une connaissance préalable, visant à adapter nos conduites et à éviter les écueils.

- ✓ Une connaissance de la réalité de l'inconscient et de la manière dont il a possibilité de refoulement, c'est-à-dire accepter que tout acte posé par le soignant puisse avoir un retentissement dans la personnalité du patient
- ✓ Accepter que notre réalité ne soit pas la même pour le patient (trou réa destructurant, empreintes interprétatives etc....)

¹ « à la recherche du sujet inconscient », M GROSCLAUDE, Ed hospitalières, 2001

- ✓ Avoir le réel désir d'entrer en relation et non pas enchaîner des actes ou phrase systématique, mais chercher à établir des liens par divers moyens de communication

Ainsi peuvent être employées diverses méthodes telles :

- ✓ La parole reste la première des stimulations auditives, mais doit être employée « à bon escient », les soins seront bien entendus expliqués avant réalisation, mais il faudra penser à employer une permanence de mots simples, qui rythmeront les journées tout en évitant les interprétations : faire attention au vocabulaire médical tel « pistolet, sondage, araignées etc... » à connotation agressives et qui sont souvent selon les études réalisées interprétés sur un mode persécutif. Il convient de parler lentement et bien articuler, le message doit être clair, informatif, répétitif, visant à donner des repères clairs à la personne, dans le but de rassurer et limiter le délire souvent retrouvé dans les souvenirs des comateux et même plus généralement des gens passés par la réanimation.

- ✓ La stimulation auditive peut se faire aussi par la musique, mais il est important d'adapter aux goûts de la personne et de ne pas imposer de brouhaha perpétuel, on retrouve ici l'importance du recueil de données, réalisable auprès de la famille...

- ✓ le toucher est également un moyen de communication, qui peut rompre l'isolement. Ainsi un massage n'aura pas le caractère invasif et agressif d'un prélèvement et peut représenter encore un moyen d'entrer en relation...

- ✓ la ré humanisation de soins techniques tels la toilette, qui ne l'oublions pas doit avoir pour vocation certes de maintenir l'hygiène corporelle mais également d'être source de plaisir...

- ✓ la restitution de rythmes biologiques : avec l'aménagement de temps de repos, le respect de l'éclairage jour/nuit, l'explication des bruits alentours, etc... Tout ceci dans le but de toujours désangoisser la personne qui peut avoir des interprétations déviées de choses qu'elle perçoit inconsciemment et donc de désamorcer le délire.

- ✓ favoriser la participation familiale qui est en priorité l'histoire du sujet...

3.3 Les obstacles au soin psychique.

¹ Annexe 1 : Présentation « psychiatrie et réanimation », Dr C HEYWARD.

La théorie Freudienne nous a longuement exposée ce qu'était la réalité de l'inconscient et des mécanismes de défenses qui se mettent en place lorsque une situation nous paraît, consciemment ou inconsciemment intolérable.

Ainsi accepter de prendre en compte la vie psychique de l'autre ne peut se faire que si l'on accepte la sienne, et par le fait que l'on tente de repérer nous même nos propres mécanismes de défenses. souvent révélateur de stress, d'épuisement et de débordement psychique.

Le stress est défini comme une tension une déformation, c'est un agent physique, psychologique et/ou social, qui influe et déforme les relations entre l'individu et son environnement.¹

Le soignant peut donc être confronté à sa propre souffrance et mettre en place des mécanismes, qui dans le but de s'auto protéger déshumanisent la relation à l'autre avec par ex :

- la fausse réassurance
- la fuite en avant (refuge dans la technicité)
- la banalisation
- l'évitement
- l'identification projective.

Un service de réanimation paraît extrêmement générateur de stress et peut donc influencer considérablement sur le mode de relation soignant/soigné. C'est donc également en considérant cet aspect de la relation que les chercheurs envisagent le rapprochement avec la psychiatrie, dans un souci de soutien et d'écoute du soignant ; car s'il faut tenter de comprendre le patient , considérer sa vie psychique, le soignant doit avant tout être clair avec ses propres ressentis.

C'est ainsi que de plus en plus des psychothérapeutes trouvent leur place dans les services de réanimation, avec la triple mission de tenter de pénétrer le psychisme des patients, d'apprendre aux soignants la relation à ce patient particulier, mais aussi pour tenter de soulager la souffrance morale des soignants...

¹ Cf cours 2^{ème} année, conséquences des facteurs de stress.

IV Enoncé de la problématique :

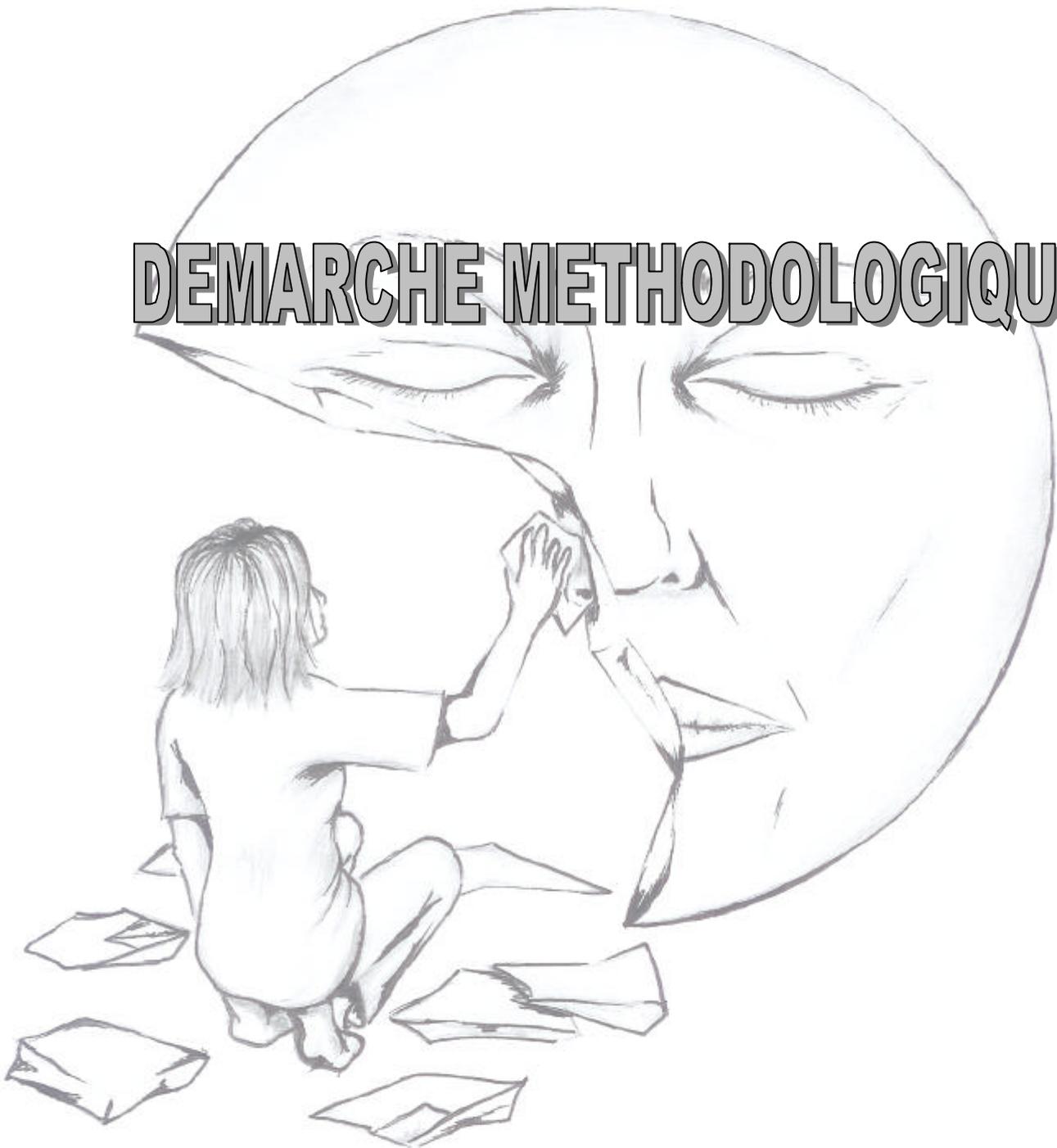
Après les observations que j'ai pu réaliser lors de mes stages en réanimation et en soins continus de neurochirurgie, après avoir travaillé en réanimation également en tant qu'aide-soignante, je me pose de nombreuses questions sur l'aspect psychique des soins. En effet comme expliqué dans le cadre théorique, l'infirmier de réanimation se doit d'être un excellent technicien et ce fait oriente la conception des soins en réanimation, d'autre part, l'infirmier de réa à tout de même moins de patient à sa charge que dans un service dit « classique », aussi je me demande :

La conception des soins en réanimation favorise t-elle pour l'infirmière l'établissement d'un soin psychique auprès du patient comateux ?

Ainsi je veux chercher à savoir si l'infirmière de réanimation s'estime favorisée de part ses conditions de travail pour prendre en charge ce patient, ou si au contraire, elle ressent des obstacles à cette prise en charge, auquel cas, je me propose de découvrir quels sont ces obstacles.

Deuxième partie

DEMARCHE METHODOLOGIQUE



1. L'enquête :

Pour la réalisation de mon enquête et dans un souci d'objectivité, j'ai choisi de définir des objectifs, tout d'abord l'objectif global qui orientera le sens de mon enquête et qui est en lien direct avec ma question de recherche, puis des objectifs opérationnels qui doivent me permettre de définir une trame d'entretien dans le but de canaliser les réponses, en fonction des objectifs fixés.

1.1 Objectifs de l'enquête :

1.1a **Objectif global :**

identifier si l'infirmière en réanimation estime avoir la possibilité d'établir un réel soin psychologique avec le patient comateux.

1.1b **Objectifs opérationnels :**

Mesurer si l'infirmière de réanimation repère des spécificités dans la prise en charge du patient comateux.

Apprendre les idées qu'elle se fait du «soin psychique » (= psychologique, cf III2.pôle théorique).

Evaluer si le cadre dans lequel elle exerce sa profession d'infirmière (la réanimation) est facilitant dans l'établissement de ce soin.

Découvrir si elle rencontre des difficultés à l'établissement de ce soin et dans l'affirmative, si elle en connaît les raisons.

Connaître les moyens qu'elle utilise ou se propose d'utiliser pour faciliter cet accompagnement psychologique.

1.2 la population :

j'ai choisi de me centrer sur des infirmières de réanimation, le thème de mon mémoire étant centré vers elles et leur façon d'aborder le soin. De plus, j'ai choisi que les infirmières interrogées aient une expérience d'au moins 2 ans en réanimation, de

manière à amoindrir la variable du manque d'expérience et du stress lié à ce manque d'expérience. Je parts donc du postulat que l'adaptation inhérente au service et à ces spécificité est faite.

1.3 Choix du lieu de l'enquête

Bien entendu mon enquête sera réalisée en service de réanimation, je souhaite cependant m'adresser à 2 lieux différents, auxquels je présenterai la même grille d'entretien, de manière à obtenir des résultats et donc une analyse plus « indépendante » ; je pense en effet que mêler dans l'analyse les résultats de 2 structures différentes, équivalentes me permettra de « gommer » les habitudes de services, ou autres à prioris et de fiabiliser ainsi mes résultats

J'ai donc choisi :

- ❑ un service de réanimation du secteur privé : dans lequel sont fréquemment accueillis des patients en phase aiguë de coma, du fait peut-être de la présence d'un service de neurochirurgie dans l'établissement.
- ❑ un service de réanimation du secteur public, pour les mêmes raisons, mais avec le versant secteur public.

Je choisi deux endroits bien déterminés afin de niveler les différences et ne pas tomber dans des « habitudes de service ».

1.4 L'outil :

- L'outil qui me paraît le mieux adapté me semble être l'entretien, en effet, cherchant à connaître le ressenti des soignants face à leurs pratiques et leur manière d'aborder le soins je ne souhaite pas être trop directive en suggérant des réponses par un questionnaire par exemple. Je souhaite au contraire les amener à me parler librement de ce ressenti. De plus la grille d'observation me semble également inadaptée puisqu'elle observe un moment précis, je cherche pour ma part à repérer le ressenti de l'infirmière qui consciemment ou inconsciemment dicte sa pratique.
- La trame de l'entretien :

- **avez-vous souvent des patients dans le coma ? quelle est selon vous leur particularité ?**
- **avez-vous eu déjà des informations sur le vécu de patients, sortis du coma, concernant leur passage en réanimation ?**
- **comment les soins sont-ils organisés dans votre service ?**
- **selon vous cette organisation favorise-t-elle l'accompagnement psychologique des patients comateux ?**
- **quels moyens de communication employez-vous avec ce type de patients ? pourquoi ?**
- **rencontrez-vous des problèmes pour prendre en charge ce type de patients ? si oui à quoi est-ce dû ?**
- **Qu'aimeriez-vous voir se mettre en place pour vous aider dans la prise en charge globale de ces patients ?**

J'ai réalisé un pré-test auprès d'une infirmière de réanimation, dans un service différent de ceux retenus pour mon enquête, pour évaluer la compréhension des questions posées, mais aussi et surtout pour m'assurer que je n'induisais pas de réponses...C'est du fait de ce pré-test que j'ai changé le terme de « accompagnement psychique » employé par la théorie, par psychologique, qui semblait plus « acceptable » et compréhensible à mon « infirmière test ». J'ai ensuite validé cette grille telle que présentée ci-dessus.

1.5 Mode de réalisation de l'enquête :

J'ai réalisé 6 entretiens enregistrés auprès d'infirmiers de jour, en m'appuyant sur cette trame. Contrairement à ce que j'avais prévu lors de la construction de

mon projet, je n'ai pu réaliser le même nombre d'entretiens dans chaque structures, du fait de problèmes de disponibilité rencontré dans l'un des 2 lieux.

Mon enquête se porte donc sur un échantillon de 6 entretiens semi directifs, réalisé pour 2 d'entre en secteur public, pour les 4 autres en secteur privé.

2. Résultats et analyse

Conformément à mes souhaits lors de l'élaboration de mon outil d'enquête et de la définition de mes objectifs, j'ai interrogé 6 personnes ayant plus de 2 ans d'expérience en service de réanimation.

Ainsi :

- 2 des IDE avaient 3 ans d'expérience du service.
- 1 avait 6 ans d'expérience.
- Les 3 derniers plus de 10 ans.

La variable du manque d'expérience et du stress inhérent à l'arrivée dans un service de réanimation à donc bien été maîtrisée, et les personnes interrogées étaient bien adaptées.

Pourtant dans le courant des entretiens, et sans que je ne pose la question, 5 personnes sur les 6, sont revenues d'elles même sur cette période d'adaptation, en des termes révélateurs du malaise qu'elles avaient vécu :

- « *c'était horrible, j'y pensai tout le temps* »
- « *la psychologie ? maintenant je peux y penser, mais au début, j'étais bien trop occupé à éviter de faire des sottises (...) avec toutes ces machines* ».
- « *quand je suis arrivée dans le service, c'est pas joli de dire ça mais comateux ou pas, les patients, je ne les voyais pas, pour peu qu'il soit intubés...je ne voyais que les tuyaux et les scopes* ».
- « *c'est plus facile de prendre en charge ces patients quand on a dépassé la panique inévitable qui suit notre arrivée en réa, en plus ça dure quand même pas mal* ».

J'ai donc bien senti que chacune de ces personnes avait été confrontée lors de son arrivée dans le service à des difficultés clairement exprimées d'adaptation à la technique d'une part, à la responsabilité inhérente à la fonction, à la peur de ne pas être à la hauteur...Chacune d'entre elles a déclaré avoir passé ce stade et avoir aujourd'hui «*plus de recul* ». cette «*prise de recul* » semble être essentielle car elle permet à l'IDE de trouver sa place, de s'affirmer et donc de durer dans le service de réa.

Le grand point commun que j'ai rencontré entre ces 6 personnes est également dans le fait que chacune d'entre elles avaient choisi de travailler dans ce service ou tout au moins «*d'y rester une fois le premier stress passé* ».

<p>○ avez- vous souvent des patients dans le coma ? quelle sont selon vous leur particularités ?</p>

La totalité des personnes interrogées déclare avoir beaucoup de patients dans le coma, 4 d'entre elles font une distinction entre coma artificiel et végétatif, selon elles : «*lors d'1 coma sédaté, la volonté du médecin est que le patient soit inconscient, le coma est maîtrisé par les drogues, et n'est donc pas irréversible, on est donc sûr que le patient n'est pas là, puisque c'est le but* » Elles expriment que l'essentiel pour l'infirmière est d'évaluer la permanence du coma pour déceler un signe d'éveil et donc d'inefficacité des drogues à signaler au médecin pour réadaptation (cf : score de Ramsey, annexe1). Parmi ces personnes qui font la différence entre ces 2 types de coma, 2 exprime l'idée que «*c'est plus confortable pour nous de savoir que on les endort aussi vite que l'on peut les réveiller* » ou bien que «*les soins sont plus de l'ordre du physique puisque un patient sédaté ne perçoit pas l'extérieur et ne garde aucun souvenir (...)* ». Il semble donc que l'Ide soit beaucoup plus à l'aise face au patient sédaté qui pour elle «*n'est pas un vrai coma* », entre ici en jeu la notion de maîtrise ; ce qui semble déranger ces infirmières s'est le non maîtrisé, ce qui échappe à leur contrôle, l'une d'elle avouera d'ailleurs «*quelques parts je préfère quand il sont sédatés(...)* ».

Pour les 2 personnes restantes, il n'y a aucune différences entre ces 2 types de comas ; selon elles le patient est «*vulnérable* », dans un cas comme dans l'autre. Il voit la totalité de ses besoins perturbés, et elles expriment que les soins sont réalisés en tenant

compte de la dépendance totale du patient, dans un esprit de suppléance totale. En ce sens elles ne voit aucune différence et avancent l'argument du « on ne sait pas après tout ce que le comateux perçoit ».

Lors des entretiens et pour niveler cette différence de perceptions j'ai précisé aux infirmières que je m'intéressais essentiellement au coma non-sédaté ou neurovégétatif.

L'ensemble des personnes est d'accord pour dire que l'état de coma impose donc des soins, tout d'abord vitaux puisqu' elle ne perdent pas de vue la raison d'être d'un service de réanimation : « *la première des chose ici, c'est de gérer l'urgence* », « *quand le patient arrive ici, ça va rarement bien, il faut donc d'abord le stabiliser* »

PARTICULARITES LIEES AUX PATIENTS COMATEUX LES PLUS CITES

<p><u>Liées aux caractères de l'urgence :</u></p> <p>-« <i>détresses multiples</i> », « <i>en premier lieu on est là pour préserver la vie</i> »</p> <p>« <i>il faut stabiliser le patient</i> », « <i>il faut d'abord retrouver un équilibre hémodynamique</i> »,</p>	<p>Notions retrouvées plusieurs fois, dans les 6 entretiens</p>
<p><u>Liées au confort du patient :</u></p> <p>-« <i>éviter l'atteinte cutanée</i> », « <i>exécuter les soins de base</i> », « <i>faire des préventions d'escarres</i> », « <i>il est complètement dépendant de nous</i> », « <i>les nursing sont super importants</i> »</p>	<p>Cités dans 5 entretiens sur 6.</p>

<p><u>liées à l'environnement technique :</u></p> <p><i>« les patients sont souvent lourdement équipés lorsqu'ils sont dans le coma », « on passe beaucoup de temps dans les boxs (...) beaucoup de choses à surveiller sur ces patients »</i></p>	<p>Cités dans 5 entretiens sur 6</p>
<p><u>Liées au manque de communication :</u></p> <p><i>« on a pas de retour », « c'est difficile de ne pas pouvoir savoir ce qu'ils sentent », « à cause de ça, on oublie des fois qui ils sont... »</i></p>	<p>Cités dans 4 entretiens sur 6</p>
<p><u>Liées à l'environnement familial :</u></p> <p><i>« on a un lien très fort avec les familles », « c'est avec les familles que c'est le plus fort » etc...</i></p>	<p>Cités dans 4 entretiens sur 6</p>

En définitive on retrouve bien dans les entretiens les particularités de gestion de l'urgence d'un service de réanimation, le personnel soignant se sent « missionné » par cet aspect des soins. Ainsi lorsque l'on parle du patient comateux ils voient en premier lieu le côté vital et technique qui entoure le patient, l'un d'eux dira d'ailleurs clairement *« la relation ? c'est pour après quand ils vont mieux et qu'ils partent en soins de neurochir, nous on a pas le temps (...) »* Si cette déclaration peut choquer il est précisé qu'elle est tout de même isolée, la plupart des soignants ayant à l'idée ce défaut de communication. Cependant si je comprends aisément qu'elle ne soit pas prioritaire lorsque le pronostic vital est directement en jeu, j'apprécie que la plupart des personnes interrogées (4 sur 6), s'interrogent sur ce problème qu'est l'interruption de la relation...et cherchent à y remédier...

○ avez vous eu déjà des informations sur le vécu de patients, sortis du coma, concernant leur passage en réanimation ?

Très peu de soignants interrogés disent avoir eu des informations sur ce vécu du patient (1 sur 6) tant en ce qui concerne le passage en réanimation qu'en ce qui concerne le vécu même du coma. Ils expriment que la formation d'infirmiers les a peu préparé à affronter ces états comateux, et que la formation autour de la réanimation est avant tout centrée sur l'aspect technique et le caractère urgent des soins. Ils avouent tous volontiers qu'ils n'ont que des notions vagues de l'ordre du « *on dit* » et rapportent chacun des anecdotes différentes, sur ce que leur on raconté certains patients « en pèlerinage », bien après leur sortie de réanimation et du coma.

Ainsi lorsque je les interroge sur les traces que pourrait laisser le passage en réanimation chez un sujet inconscient, quasiment tous (5 sur 6) disent que le patient oublie et n'a aucun souvenir. Mais plus tard dans la conversation des contradictions apparaissent, laissant supposer que « *certain patients ont reconnus des voix* », « *ont raconté des choses délirantes* »¹ ou « *réagissent à certaines stimulations (musique, présence famille, etc...)* ».

Cela se passe comme ci il y avait 2 niveaux de réponses, le premier rassurant et admissible, rassurant pour le soignant je veux dire et qui exprime que le patient n'a aucun souvenir de ce qu'il vit et de ce qui lui est fait ; et le deuxième qui se fait jour au détour de la conversation et qui exprime que le soignant n'est sûr de rien et préfère parfois se réfugier derrière le rassurant « aucun souvenir », ou la technique nécessaire au maintien de la vie que d'affronter ce qu'il méconnaît et qui peut être lui fait peur lui-même.

Ainsi, 1 personne dit s'être documentée, parce qu'elle avait été choquée par le récit d'un patient sorti du coma, elle exprime que « *on est pas préparé à ça lorsqu'on sort de l'école, on vient en réanimation pour sauver des vies et on ne s'imagine pas les conséquences de ce qu'on fait, de ce qu'on dit(...)* ». elle dit enfin que ses lectures ont changé sa façon de voir les soins et que désormais elle essaie de « considérer la personne avant ses défaillances ».

Pourtant il est à noter qu'il n'y a chez ces soignants aucune mauvaise volonté, bien au contraire chacun dit « *parler au patient, dans le doute qu'il entende* »,

¹ Annexe 3 Extrait de l'entretien de N, récit d'un délire.

chacun dit agir avec le plus de douceur possible, et tenter de «*stimuler le patient pour provoquer l'éveil* », ou bien encore «*expliquer en cas qu'il comprenne* ».

Cependant il semble que les raisons qui provoquent ces précautions, ne soit pas clairement pensées, on fait les choses «*au cas ou*», mais les notions de «*soins psychique* », et accompagnement relationnel sont encore floues au sein des équipes, qui ont la volonté mais ne savent pas encore comment les aborder, ou n'ont pas encore les connaissances suffisantes à leur mise en œuvre...

Les connaissances qui entourent le patient comateux restent subjectives, et l'infirmière qui veut se documenter sur cet aspect doit le faire d'elle-même (ce qui, je le sais pour l'avoir fait n'est pas aisé !!)

- **comment les soins sont-ils organisés dans votre service ?**
- **selon vous cette organisation favorise t'elle l'accompagnement psychologique des patients comateux ?**

La totalité des personnes interrogées disent fonctionner en tournées de soins, associant soins techniques et prescrits et soins de base. La fréquence est généralement de toutes les 3 heures, plus si des surveillances l'imposent. Les infirmières dans les deux services travaillent en binôme avec les aides-soignantes et semble tenir énormément à ce travail en binôme, argumentant que «*on s'occupe du patient dans sa globalité*», «*on a une vision d'ensemble* », «*on est d'avantage à même d'évaluer y compris l'état d'éveil lors des stimulations aux nursings* ».

Chaque infirmière s'occupe au maximum de trois patients (le quota est le même pour les 2 services) et s'estime heureuse de ce fait , la plupart (4 sur 6) disent avoir choisi ce service en partie pour cette raison, le peu de patients permettant une approche plus globale.

En ce qui concerne l'accompagnement psychologique, il existe semble t-il une réelle volonté de le mettre en œuvre mais les IDE, comme exposé plus haut ne savent pas exactement de qu'elle manière procéder.

De plus elles expriment que l'omniprésence de l'urgence et l'évolution rapide et constant de l'état des patients, impose des limites à l'accompagnement psychologique. En effet les soins se succèdent et «*les médecins sont toujours là, à changer les prescriptions* », «*on est bien obligée de suivre* », «*en plus il y a les urgences* ».

En définitive il semble que le nombre de patient devrait être favorable à l'établissement du soin relationnel, mais que la charge de travail, et l'importance du soins prescrits et technique submerge en partie les soignants.

○ **quels moyens de communication employez-vous avec ce type de patients ? pourquoi ?**

le premier moyen employé par les équipes est bien évidemment la parole ; elle disent expliquer toujours au patient comateux les soins, leur déroulement, prévenir le patient d'un coup de téléphone de la famille, de la venue d'un membre de sa famille, se présenter etc...

J'ai été marquée lors de mes entretiens par la différence qui existait entre les 2 lieux d'enquête. J'ai eu la sensation que la communication qui paraissait essentielle pour les uns, n'était qu'accessoire pour les autres. Ainsi si les infirmiers de l'un des lieux ont su me donner des exemples précis d'actes mis en place pour favoriser la communication, les autres n'ont pu que me dire que très honnêtement «ils ne se posaient pas trop la question ». Cette remarque n'est pas une critique mais je me suis interrogé sur la cause de cette différence d'intérêt car :

- la charge de travail paraissait identique d'un service à l'autre
- le personnel était en même nombre.

Ainsi si les uns s'interrogeaient réellement sur le développement de moyens de communication et/ou de stimulation, les autres s'en tenaient à la pure stimulation dans sa dimension de surveillance de l'état neurologique (Glasgow).

Je me suis demandé s'il n'existait pas une volonté de service, insufflé par le corps médical et/ou le cadre qui motivait cette recherche de relation, mais n'ai pas eu la réponse.

En tous cas si la cause qui motive les tentatives d'entrer en relation est toujours sur le mode subjectif du « on ne sait jamais », j'ai pu remarquer que certains essayaient de mettre réellement des choses en place :

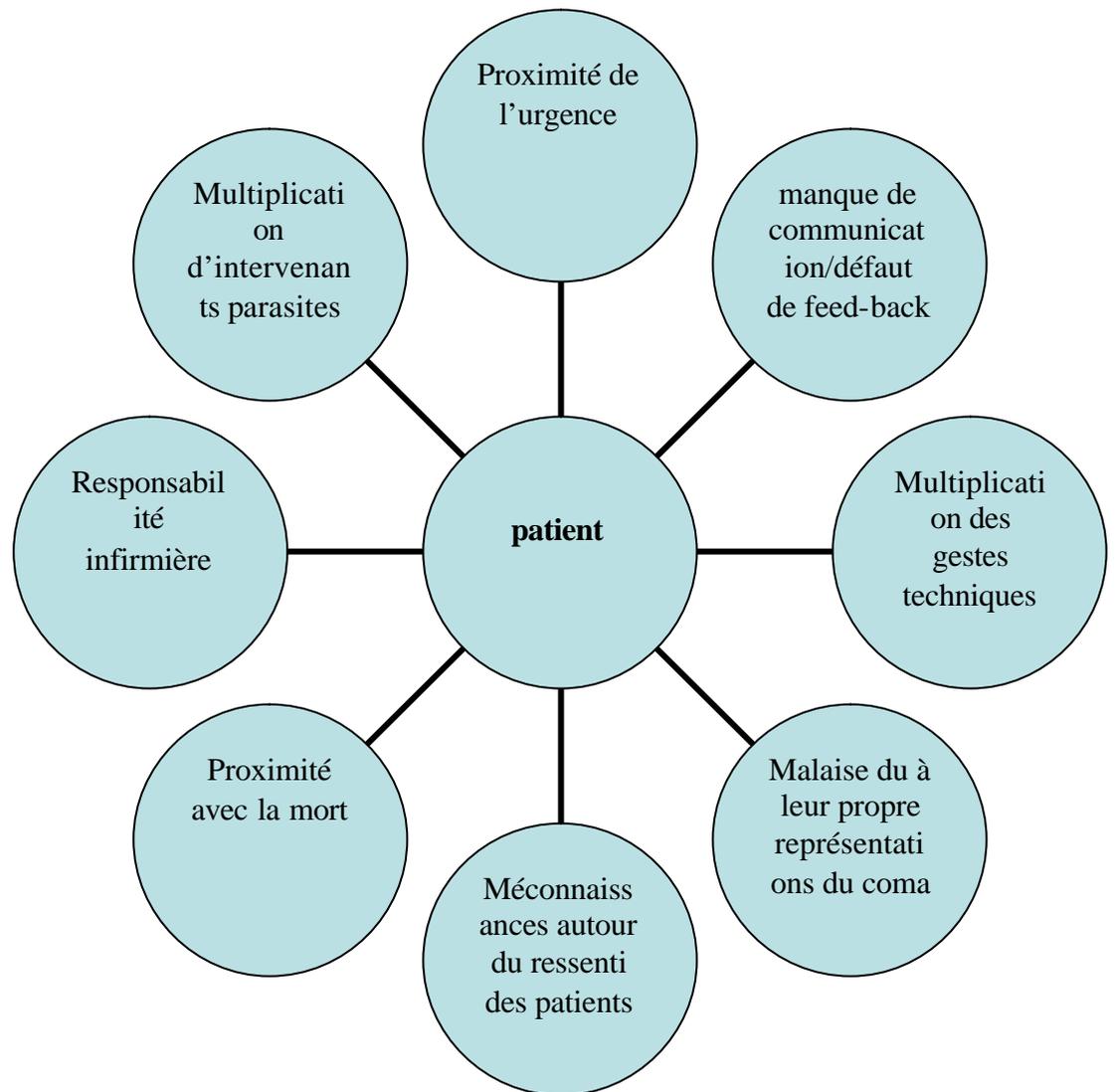
- par le recueil de données de manière à ce que les stimulations soit en corrélation avec ce qu'est la personne.

- Par la tentative d'intégration des familles aux soins. A ce sujet l'un des services avait une fourchette d'ouverture aux familles très large (11h-20h), dans le but avoué de préserver le liens familial et d'intégrer les proches le plus possible.
- Par les massages, sources de bien être, lors des nursing particulièrement.
- Par la personnalisation de l'environnement (photos etc...), dans le cas ou le patient entrerait en phase d'éveil, pour donner des repères

En définitive je me suis rendu compte que **la plupart des outils du soin psychique étaient présents et que les soignants les utilisaient dans un souci de bien être du patient et dans un souci d'éveil, bien davantage que pour adoucir ce vécu du patient qu'il méconnaissent.**

○ **rencontrez-vous des problèmes pour prendre en charge ce type de patients ? si oui à quoi est ce du ?**

Le schéma ci-dessous va reprendre les problèmes cités par les infirmières dans les divers entretiens, et qui parasitent la relation soignant/soigné



toutes les IDE s'accordent à dire (les 6) que leur travail est sans cesse parasité, et que ce parasitage nuit à la prise en charge globale des patient. Ainsi on se rend compte à l'examen des résultats qu'il existe plusieurs niveaux de parasitage, sur lesquels il est possible ou au contraire impossible d'influer. Il est en effet des constantes chez le patient comateux en réanimation, pour lesquelles on ne peut rien changer telles : le manque de communication ou la proximité de l'urgence et le risque de mort. Cependant il est d'autres notions autour desquelles il est possible d'agir comme la connaissance de ce patient et de son ressenti, la clairvoyance face à nos propres ressentis de soignant et face à nos relations avec ce patient qui ne communique apparemment pas et face à la mort également (1 des infirmières m'a déclaré : « *c'est dur de chercher la personne derrière les tuyaux, on dirai des morts qui respirent(...)* » cette vision pour le moins macabre est

révélatrice selon moi d'un mal être ressenti par cette infirmière, qui doit certainement l'empêcher de rechercher justement la personne derrière les tuyaux !!

Finalement si certains problèmes comme la peur des responsabilités, les difficultés dues à la maîtrise de l'environnement technique, finissent par céder avec l'expérience et l'acquisition de compétences, il semble que les parasitages les plus tenaces se trouvent dans la dimension psychologique du soin. C'est dans ce champ que se situent les recherches des chercheurs cités dans le pôle théorique : pouvoir entrer dans le soin psychique et associer cette dimension à tout soin ne peut se faire que si le soignant :

- a à l'esprit le ressenti du patient
- a conscience de son propre ressenti et des barrières qu'il met en place pour éviter d'affronter ce qui le dérange (*« c'est sûr que quand le patient est sédaté, on se pose moins de questions », « des fois je me rend compte que le malade je ne le voit plus et ça me dérange »*)
- a la volonté de prodiguer une prise en charge globale, car on ne peut forcer l'autre à « savoir être » s'il veut rester dans le « savoir-faire ».

Les travaux de recherche vont donc dans ce sens par le rapprochement des disciplines réanimation et psychiatrie, dans le double but de :

- comprendre ce qui se joue dans le psychisme des patients
- repérer les attitudes déviantes, la plupart du temps auto protectrices des soignants, car le défaut de soins psychique n'est-il pas au final une attitude déviante ? puisque l'infirmier se doit nous l'avons rappelé d'exercer dans l'optique d'un mieux être tant physique que mental pour son patient.

○ **Qu'aimeriez vous voir se mettre en place pour vous aider dans la prise en charge globale de ces patients ?**

Il se dégage 4 grandes orientations lorsque on demande à ces infirmiers ce qui pourrait être mis en place pour améliorer la prise en charge globale et particulièrement l'établissement du soin psychique :

- 4 d'entre eux souhaiteraient avoir accès à de la formation pour ne plus « être dans le flou » et comprendre un peu mieux le ressenti de ces patients particulièrement les conséquences liées aux termes employés et souhaiteraient en savoir un peu plus long
- 5 personnes estiment que l'aide d'un psychothérapeute pourrait être utile mais ne savent pas dire comment. Parmi ces 5, 1 personne dit que l'expérience a déjà été tentée dans le service il y a longtemps mais sans succès, elle aimerait donc retenter l'expérience mais reste septique...
- 2 d'entre eux, insistent particulièrement sur les choses parasites qui gravitent autour du patient et dérangent la continuité des soins (téléphone, porte, urgence impliquant de tout laisser tomber pour gérer) et exprime l'idée que déchargé de la partie logistique ils auraient davantage de temps à accorder aux patients.
- 2 estiment enfin que la prise en charge est optimale, et que conformément au but de la réanimation de sauver et préserver la vie, il n'y a pas lieu de parler d'établissement d'un soin psychique dans un tel service, ils disent très clairement avoir choisi un tel service pour son côté technique et avouent ne pas avoir envie d'établir de relations particulières avec les patients..

On retrouve bien me semble t'il dans le discours de ces soignants les données que nous avons ciblées comme obstacle au soin psychique, et qui sont plus généralement obstacle à la prise en charge globale des patients. La plupart du temps l'infirmier a la volonté de prodiguer un soin de qualité, individualisé et respectueux de la dignité de ses patients, mais le propre de notre métier est d'être le centre du service de soin, celui par lequel transitent toutes les informations qu'elles soient médicales, administratives, hotellières, logistiques etc....Le risque majeur que court l'infirmier étant de se laisser submerger.

Dans un service de réa où se surajoute l'urgence et son stress, le manque de communication avec le patient comateux, ce débordement est très marqué : débordement de tâches tout d'abord, débordement de responsabilité, mais aussi débordement affectif, car quoi qu'en disent les infirmiers que j'ai pu interroger, et malgré leur apparente bonne adaptation chacun dans son discours laisse échapper des anecdotes marquantes, des souvenirs plus ou moins choquants, des interrogations sur leur pratiques, ou même des refus d'interrogation... Et il est difficile d'analyser dans ces discours ce qui est de l'ordre de la bonne distance professionnelle, et ce qui est de l'ordre du repli protecteur déshumanisant le soin.

Aussi lorsque l'on demande au soignant ce qui pourrait améliorer la prise en charge globale des patients (et je généralise volontairement à tous les patients de réanimation, car les infirmiers eux même me disent que « *comateux ou non, c'est la même chose s'ils ne sont pas conscients* »), ils ont du mal à répondre et cherchent des réponses bien matérielles telle une secrétaire pour répondre au téléphone, ou ne voit pas comment un soutien psychologique pourrait être utile ; peut être tout simplement parce qu'ils ne voit plus l'aspect déshumanisé qui frappe le nouvel arrivant...

3. Synthèse

Au bout du compte et en reprenant ma question de recherche : **La conception des soins en réanimation favorise-t-elle pour l'infirmière l'établissement d'un soin psychique auprès du patient comateux ?** Je serai tentée de conclure qu'il n'y a pas de réponse à cette question qui est finalement trop réductrice. En effet trop de variables sont à prendre en compte, on sera tenté de répondre par la négative en se disant que l'environnement, le rythme des soins, la proximité de l'urgence, le propre stress des soignants etc... sont autant d'obstacles à surmonter ; Mais on pourrait répondre également par l'affirmative en considérant que l'infirmier de réa n'a à sa charge que 2 à 3 patients, avec une aide-soignante, avec une présence médicale constante, ce qui somme toute est sécurisant.

Ainsi, selon moi, bien davantage que la conception des soins en réanimation, c'est la propre conception de ses soins qu'a chaque infirmier, qui sera ou non favorable à l'établissement de ce soin. On retrouve une fois de plus ici la notion de rôle propre qui autorise l'infirmier à demeurer un simple exécutant de prescriptions médicales

successives ou bien de forger sa propre identité professionnelle en choisissant les orientations qu'il souhaite prendre dans la prise en charge de ses patients.

Selon moi il est des contraintes sur lesquelles on ne peut intervenir directement (l'urgence, les locaux, etc...), il y a des contraintes sur lesquelles on peut tenter de travailler en équipe sur un exercice de longue haleine (l'organisation du travail, la répartition des tâches, les projets de services etc...) et il y a finalement des contraintes qui n'en sont pas, puisque l'on peut se donner les moyens d'agir sur elles : entrer dans une dynamique de formation, considérer que rien n'est acquis et s'imposer régulièrement d'observer notre pratique, nos représentations... Il s'agit en fait de s'inscrire dans un processus d'autoévaluation perpétuel, d'être clair avec ce que l'on est, ce que l'on ressent et **ne pas perdre de vue l'infirmier que l'on a voulu être....**

Troisième partie

QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL



1 ; Intérêt personnel et limites à ce travail de Fin d'étude

➤ Intérêt :

Lorsque j'ai commencé en deuxième année à me pencher sur le travail de fin d'étude, je dois bien avouer que j'avais du mal à en comprendre l'intérêt. Ce travail me paraissait laborieux et je n'avais pas anticipé l'importance qu'il prendrait pour moi.

J'ai décidé de choisir un thème qui me posait question et pour lequel je dois reconnaître que je me suis passionnée.

Au fur et à mesure de ma formation d'infirmière, j'ai acquis des connaissances, j'ai appris à maîtriser des techniques, j'ai enregistré des conduites à tenir et je me suis familiarisée avec un savoir faire, aujourd'hui à l'aube d'entamer ma carrière d'infirmière mes préoccupations sont moins terre à terre, mais tournent davantage autour de la façon dont je veux exercer mon métier.

Ainsi je sais depuis un moment déjà que j'ai envie de travailler dans une petite unité, je sais également que je suis attirée par les services de réanimation et soins intensifs, à cause du nombre de patient tout d'abord, mais aussi par l'association « technique/relationnel », j'avais donc envie d'orienter ce travail vers ces services, et élaborer cette recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances les concernant, en observer tous les aspects pour être capable de dire finalement : oui, c'est là que je voudrais travailler !

De plus il y a la question du patient dans le coma, j'étais jusqu'alors comme tout le monde, remplie d'a priori et de fausses certitudes concernant cet état. Depuis une quinzaine d'années les témoignages de personnes ayant vécu ce passage se multiplient, des idées s'expriment que ce soit à l'occasion de débats télévisés bien accrocheurs ou de livres relatant des expériences, mais aucunes certitudes, juste des rumeurs : « le patient entendrait », « il se rappellera »...

Comme je l'expliquait en introduction, la question essentielle est d'adapter notre soin à ce que vit l'autre, c'est en ce sens que la réalisation de mon travail de fin d'études m'a permis de cheminer, en approfondissant mes connaissances, en rencontrant et interrogeant des professionnels, en faisant le point sur mon savoir mais aussi mes valeurs, je pense être plus à même aujourd'hui de prendre en charge ce patient, même et surtout dans un service tel que la réanimation.

➤ Limites

Lors de l'élaboration de ce travail, j'ai été confrontée à diverses limites qui ont pu me gêner :

- il y a eu tout d'abord la difficulté d'objectiver le thème, ce qui est dû selon moi tout d'abord au nombre important de fausses idées ou interprétations diverses qui circulent sur les thèmes du vécu du coma et du vécu de la réanimation. Ainsi le tri d'information a été très difficile à faire.
- l'interrogation des infirmiers n'a pas été aisée non plus, car j'ai me semble-t-il touché un point qui est de l'ordre du subjectif (ressenti) autant que de l'objectif (connaissances). Ainsi j'ai parfois eu le sentiment que les personnels ne voulaient pas entrer là où je voulais les emmener.
- La disponibilité des personnels a été parfois problématique également, du fait peut-être de la charge de travail qui a été la leur, au moment où je réalisais mes entretiens. Cependant j'ai tout de même noté que sur les 2 endroits d'enquêtes, l'un a montré un intérêt réel pour mon travail et du coup le service s'est organisé pour me recevoir, ce qui a été pour moi très facilitant et encourageant.
- Le nombre d'entretien : 6 entretiens ne suffisent pas à mon avis pour généraliser et mon enquête n'a pas la prétention d'aboutir sur une quelconque théorie, mais plutôt de me faire cheminer personnellement.

- Le temps : j'aurai aimé avoir plus de temps, pour avoir un échantillonnage plus grand, et pour soigner davantage l'écrit terminal de ce travail.
- La non maîtrise de l'outil informatique : je n'ai que des notions et ai perdu beaucoup de temps à la mise en page du « produit fini ».

2. Questionnement professionnel :

Le propre du travail de fin d'études est de nous pousser à nous interroger sur nos pratiques, pratiques desquelles découleront les choix que nous aurons à faire demain et qui détermineront notre avenir professionnel, qui nous aideront à bâtir notre identité professionnelle.

Mais entrer dans une dynamique de recherche, comme c'est le cas ici ne se limite pas selon moi à ce travail, s'interroger, accepter de se remettre en question, est à mon sens une nécessité dans l'exercice de notre profession d'infirmier.

En effet lorsque j'ai entamé ce travail j'ai choisi un thème comme je l'ai dit par avant qui me posait question et pour lequel j'avais besoin d'approfondir mes connaissances afin de pouvoir répondre dans la pratique par des soins « adaptés » et « pensés ». Aujourd'hui après toutes les informations et les témoignages que j'ai obtenus je sais que je n'aborderai plus jamais le patient comateux de la même manière qu'auparavant : j'ai à l'esprit son ressenti, les écueils qu'il est facile de commettre, et j'ai réalisé aussi à quel point nous, soignants sommes soumis, dans notre volonté de nous protéger, à l'oubli, ou à l'évitement

Ainsi ces situations ne sont pas l'apanage d'un service de réanimation, mais je crois que tout infirmier court le risque de s'enfermer dans une pratique routinière, qui l'empêchera de voir ce qui à mon sens est le centre de son travail, l'autre.

On choisit ce métier parce que l'on veut aider les gens, on devient de très bon techniciens, on maîtrise de plus en plus des gestes qui deviennent habituels et on court le risque de passer à côté de ce qui à mon avis est le plus bel aspect de ce métier : le « savoir être ». Un infirmier se doit, d'après les textes de prodiguer des soins de qualité, individualisé et pensés c'est-à-dire qu'il doit « construire ses soins ».

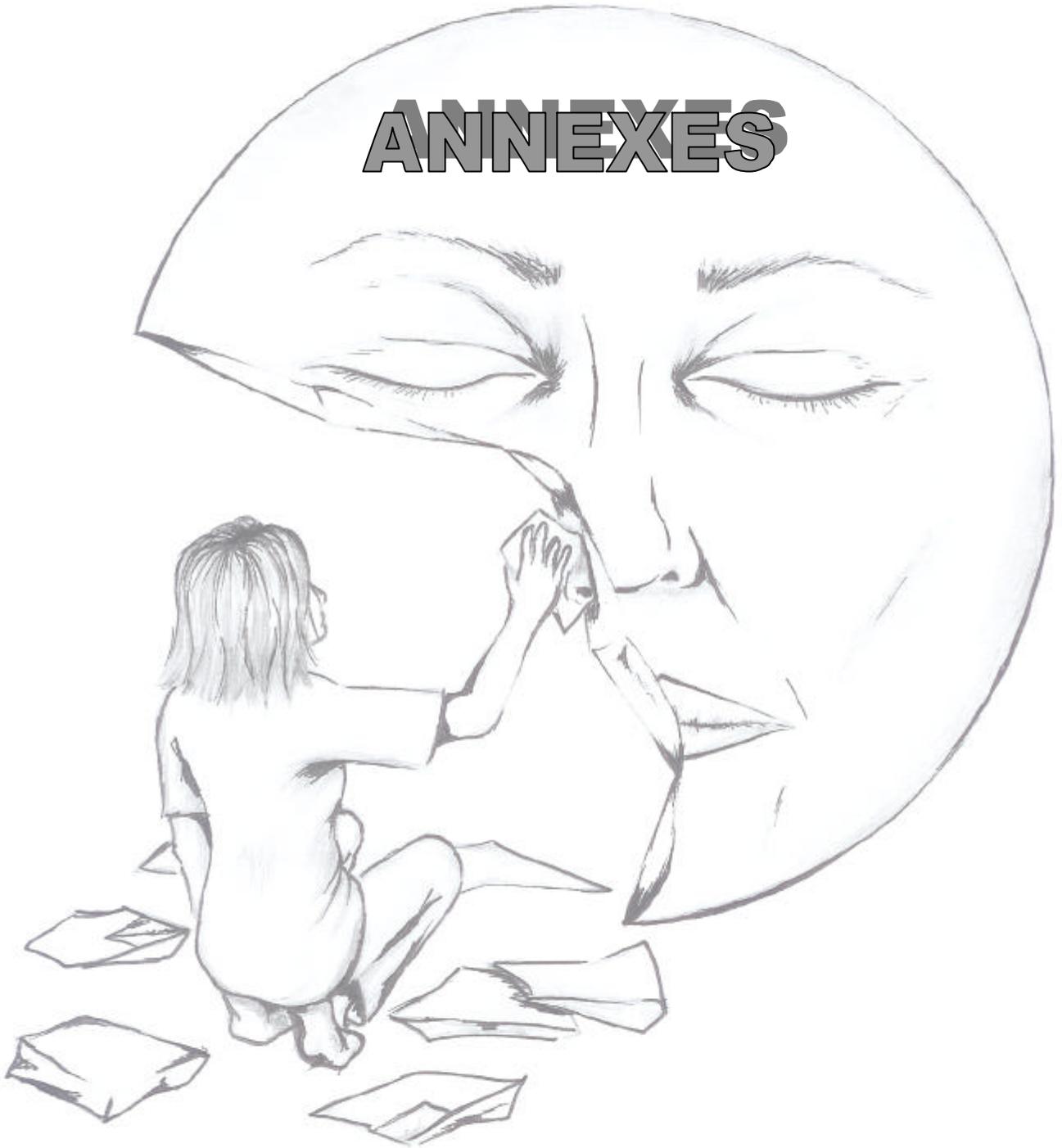
Ainsi cela suppose que l'infirmier dans sa volonté doit être toujours dans une démarche de recherche : pour connaître son patient dans toutes ses dimensions bio-psycho-sociales, pour évoluer avec les techniques, les innovations médicales et paramédicales etc ...et finalement également pour rester lucide avec ce qu'il est ou ce qu'il devient...

Je crois que chacun dans son projet professionnel a des priorités, les miennes sont là : moi qui me destine à travailler en réanimation, auprès de patients ne « communiquant pas », je veux humaniser le soin, garder à l'esprit le danger de l'habitude, continuer à me former, et considérer mon diplôme d'infirmière non pas comme une fin en soi, mais garder à l'esprit que si je veux être une «bonne infirmière », cela ne pourra se faire que dans l'évolution...

BIBLIOGRAPHIE

- BARGOIN V, article « l'étonnante histoire des comateux qui cherchent à communiquer, revue *«quotidien du médecin»*, n° 5163, 1993, p7-8.
- BOUSSELMI B, VALLON-BELFQUIH J, article «réveiller la vie(...) »,revue de *l'infirmière*, n°95, Nov 2003, p 26 à 29.
- DELLUS S, *La vie silencieuse*, ; FLAMMARION, 1999,277 p.
- DOENGES MÈ, *Diagnostics infirmiers et interventions*, 2 ème édition; inter éditions, 1994
- FORESTIER I , GROSCLAUDE M, Article « relation soignant-comateux, un véritable échange », revue *objectif soins*, n° 34, p 10-12, 1995.
- GROSCLAUDE M, *Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient* ; Ed MASSON 2002, 219 p.
- Grosclaude M, *A la recherche du sujet inconscient*, Ed Hospitalières, 1998, 232 p.
- GUEGAN O, Article la communication en soins intensifs, revue *l'aide-soignante* n°28, juin 2001, p 23.
- HESBEEN W *La qualité des soins infirmiers*, Ed Masson, 1997, 325 p.
- HEYWARD C, compte rendu de conférence, *Psychiatrie et réanimation*, (en ligne le 12/02/04) <<http://reannecy.free.fr/documents/congrès/congrèsIDE/psychiatrieSallnches.pdf>
- KOSMANN-MICHON F et AL, article « place de l'éthique dans la profession infirmière française en réanimation », le 12/01/04, (en ligne), <<http://www.google.fr/search?q=cacheJG4zAKY01-oj:www.sfisi.asso.fr/telechargement...>
- LABRO P, *La traversée*, ed FOLIO 2003, 285p
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET LA SOLIDARITE, Décret du 11 Février 2002, extrait du *JO du 16 Février 2002*, p 3040 à 3043.
- PERLEMUTER L et Ali, *Nouveau cahier de l'infirmière, soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections du système nerveux*, n°18 ; ed MASSON 2001.
- PERLEMUTER L et Ali, *Nouveau cahier de l'infirmière, soins infirmiers aux urgences et en réanimation*, n°21 ; Ed MASSON 2001.
- RITTER M, et AL, article « l'approche relationnelle du patient en réanimation », revue de *l'infirmière*, n° 11, Juin 1998, p 43 à 48.
- TRUMBO D, *johnny s'en va en guerre*, ed Le Seuil, 1984, 445p.

ANNEXES



annexe 2

Score de Ramsay.

Annexe 3

Extrait d'un entretien : anecdote sur un ressenti « raconté »

Extrait de l'entretien de N, infirmière

« il y a des choses bizarres tu vois : il y en avait un une fois, il était dans le coma enfin sub-comateux tu vois, réactif mais pas adapté, il s' »était imaginé plein de trucs autour d'histoires islamistes. C'était à cause de N... une aide soignante de nuit, d'origine marocaine. Il avait du avant être choqué par des trucs islamistes et il s'est imaginé qu'on l'avait pris pour cible.il a raconté qu'il était enfermé et ligoté, et c'est vrai qu'il était attaché, tu sais on dit « malade intubé, malade attaché ». Nous on était masquées et on lui souriait... il a raconté qu'il criait , enfin il croyait qu'il criait. Il avait l'impression qu'on le torturait, il se rappelle qu'on le pinçait, sûrement pour voir la réaction à la nociception, il se rappelle qu'on lui disait « vos parents ont téléphoné », il dit qu'on souriez tout le temps, que nos yeux étaient rieurs et lui, il prenait ça pour du sadisme(...).il m' »a raconté ce truc après, une fois tiré d'affaire et il m'a dit que c'était difficile pour lui d' en parler parce qu'il avait cru qu'il était fou..., il a dit aussi qu'il était resté longtemps obsédé par ses visages sadiques... »

Annexe 4

Feuille de présentation conférence psychiatrie et réanimation.