



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Comment prendre soin en réanimation ?

How to take care?

M.-J. Roulin^{a,*}, L. Vignaux^b

^a Service de soins infirmiers et soins intensifs adultes, hôpitaux universitaire de Genève, 1211 Genève 14, Suisse

^b Laboratoire d'investigations cliniques, service de soins intensifs adultes, hôpitaux universitaire de Genève, 1211 Genève 14, Suisse

Disponible sur Internet le 26 mars 2010

MOTS CLÉS

Réanimation ;
Prendre soin ;
Attitude ;
Dignité ;
Autonomie

KEYWORDS

Critical care;
Patient-focused care;
Attitude;
Dignity;
Autonomy

Résumé « 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. Cette perspective est partagée par les patients qui estiment que les compétences essentielles des soignants sont des habiletés instrumentales associées à une présence attentive et un respect pour leur personne. Des activités comme un contact régulier avec les proches, des photographies des personnes malades dans leur contexte de vie, l'écriture dans un journal de bord facilitent une posture centrée sur la personne malade. D'autres activités favorisent l'autonomie comme les assistances à la communication ou la phonation, ainsi qu'un programme de mobilisation précoce multidisciplinaire.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary "Taking care" in critical care can be conceived as a value that promotes patient-centered care, based on professional knowledge. Patients share this perspective by valuing skills based on professional knowledge and attitudes such as presence and respect. Activities that support a regular contact with families, patients' photographs in their usual environment, writing in a patient diary facilitate patient-centered care. Other activities such as the use of augmentative communication techniques, assistance with phonation and early multi-disciplinary mobilization therapy programs promote autonomy and empowerment.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

« Prendre soin » est une expression couramment utilisée qui peut se comprendre comme une activité, qui sollicite

une attention, réalisée en vue du bien-être d'une personne. Ce texte se propose d'apporter un éclairage sur le comment « prendre soin » en réanimation. La première partie s'attache à expliquer le concept de « prendre soin » dans notre société francophone. Dans un second temps, le sens de « prendre soin » pour les patients de réanimation sera exploré, finalement, quelques activités aidant les professionnels à mieux « prendre soin » seront présentées.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie-jose.roulin@hcuge.ch (M.-J. Roulin).

Que veut dire « prendre soin » ?

Le concept de « prendre soin » peut s'entendre comme une valeur qui guide les activités et les attitudes. Il est couramment associé à des valeurs féminines (l'éthique du *care*) et mis en opposition avec des valeurs morales associées à la masculinité, aux soins curatifs [1]. Pourtant, l'activité curative ne peut être dissociée de l'activité soignante : les deux sont essentielles à la clinique et pratiquées par les professionnels des deux genres.

Lorsque l'on considère « prendre soin » comme une activité, cela fait référence à des actions qui cherchent à répondre aux besoins d'une personne pour son bien-être. M.F. Collière, une anthropologue française, distingue deux types de soins : les soins de maintenance de la vie (*care*) et les soins de réparation (*cure*) [2]. Les soins de maintenance servent à entretenir la vie et assurer sa continuité, en stimulant, confortant, compensant et apaisant [2]. Les soins de réparations cherchent à limiter, à traiter la maladie et attaquer ses causes. Ils font appel à une technologie plus complexe et s'ajoutent aux soins de maintien de la vie. On peut affirmer qu'il ne peut y avoir de soins de maintien de la vie sans soins de réparations, car comment « prendre soin » sans chercher à traiter la maladie ou du moins à en limiter les effets [3] ?

Lorsque l'on considère « prendre soin » comme une attitude, cela fait référence à des termes comme la sollicitude, l'attention, la responsabilité et le souci de l'autre [3–5]. Dans le domaine de la santé, « prendre soin » c'est porter une attention particulière à la personne qui nous fait face. Cela sous-entend une rencontre entre deux personnes, celle qui prend soin et la personne soignée. Cette attention particulière implique de se centrer sur l'autre en tant que personne. Il s'agit de considérer qu'il peut exister plusieurs réalités, de reconnaître la subjectivité de chacun et de rechercher ce qui fait du sens pour l'autre. Cette posture va permettre à l'autre de se sentir reconnu et respecté. « Prendre soin », comme le souligne W. Hesbeen [4], peut être vu comme une valeur désirable et une perspective dans laquelle tous les professionnels de la santé devraient inscrire leurs actions.

Finalement, comme le constatent divers auteurs [4,5], « prendre soin » n'est pas propre aux professionnels de la santé, car chacun peut à un moment de sa vie « prendre soin ». Il suffit de penser à la mère qui « prend soin » de son nourrisson ou du fils qui « prend soin » de ses parents âgés. 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.

En résumé, on peut concevoir schématiquement « prendre soin » dans le domaine de la santé comme une valeur soignante qui motive une approche centrée sur la personne et s'appuie sur des connaissances : une connaissance de la personne soignée et des connaissances professionnelles sur les soins de maintien de la vie et de réparations.

La signification de « prendre soin » pour les patients en réanimation ?

Appréhender la signification de « prendre soin » pour les patients de réanimation pose un double défi. Il est lié, d'une part, aux difficultés d'accéder à la perspective des patients de réanimation en raison des troubles de l'état de conscience et cognitifs dont ils souffrent. Il s'agit, d'autre part, de trouver les mots clefs adéquats sur ce concept dans les bases de données médicales et infirmières. C'est pourquoi, dans le cadre de cet article, deux stratégies différentes ont été utilisées. Premièrement, une recherche a été conduite sur les bases de données PUBMED et Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) de 2000 à 2009 à partir de la combinaison du mot ICU avec les mots clefs *caring*, *care*, *patient centered care*, *patient focused care*. Deuxièmement, les diverses dimensions du concept de « prendre soin » ont été opérationnalisées avec les mots clefs suivants : *dignity*, *empowerment*, *intimacy*, *presence*, *respect*.

Les études considérées se concentraient sur la perspective à propos de « prendre soin » de patients adultes en réanimation. Les travaux portant spécifiquement sur la gestion d'un symptôme particulier, comme la douleur, ou les soins de fin de vie n'ont pas été retenus.

Les recherches sur la signification de « prendre soin » pour les patients peuvent se diviser en deux catégories (Tableau 1). Dans la première catégorie sont regroupés les travaux utilisant une approche qualitative qui cherchent à explorer en profondeur l'expérience des patients [6–11]. Ces études peuvent permettre au clinicien d'appréhender les éléments émotionnels, parfois difficiles à traduire en chiffres, qui affectent le bien-être des patients. La seconde catégorie est constituée d'une enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire portant plus spécifiquement sur la pratique médicale [12].

Dans les études qualitatives, les patients décrivaient une grande vulnérabilité physique et émotionnelle liée à leur dépendance [10,11]. Cette dépendance, pour tous les gestes de vie quotidienne, pouvait être vécue comme honteuse et provoquait un sentiment d'impuissance. Les patients attribuaient de la valeur à la présence physique attentive à leur chevet des soignants [6,8,9], ou de leurs proches [6], qui leur procurait un sentiment de sécurité. Ils décrivaient des expériences désagréables où les soignants parlaient de leur cas entre eux sans leur adresser la parole ou les regarder [10,11]. Les patients exprimaient leur besoin d'être considéré et vu comme des personnes au-delà la technologie [6–8,10]. Ils étaient très sensibles aux efforts des soignants pour les comprendre, les informer et répondre à leurs besoins [6,7,9]. Cela leur permettait d'avoir un sentiment de contrôle sur leur situation [8,9]. Ils souhaitaient être acteurs dans les soins aux quotidiens [6,8–10]. En revanche, ils n'exprimaient pas le désir d'être consultés pour des décisions médicales à propos de leur traitement [6]. Les résultats de ces études sont cohérents entre eux, ce qui renforce leur validité.

L'enquête par questionnaire réalisée par le groupe *CoBa-TRICE* a cherché à recueillir la perspective des patients et de leur famille sur les compétences médicales nécessaires des réanimateurs [12]. Seule la partie de cette étude por-

Tableau 1 Synthèse des travaux sur la perspective des patients à propos de « prendre soin ».

Auteurs/Année/Référence/Pays	But	Méthode	Résultats
Almerud et al. (2007) [10] Suède	Comprendre l'expérience d'être malade et soigné en réanimation	Approche qualitative de type phénoménologique (n = 9)	Être confronté avec la mort Être dépendant de la technologie qui occupe l'attention des soignants Être coopérant pour avoir des soins attentifs Être invisible derrière la surveillance vigilante des paramètres physiologiques et cliniques
Hofhuis et al. (2008) [7] Pays-Bas	Évaluer la perception des patients par rapport aux soins infirmiers Explorer l'expérience des patients	Approche qualitative de type analyse de contenu (n = 11) Approche quantitative par questionnaire (n = 50)	Un thème central avec 3 catégories : Informer et expliquer Mettre le patient au centre Avoir une attitude positive Plaintes : douleurs (47%), bruits (40%), troubles du sommeil (48%) Expériences désagréables Ne pas pouvoir parler Manquer d'explication Être aspiré Avoir soif
Johnson (2004) [8] Australie	Décrire l'expérience d'être ventilé au long cours en réanimation	Approche qualitative de type phénoménologique (n = 9) patients ventilés pendant plus de 7 jours	Avoir des relations avec le personnel et ses proches Être réconforté par la présence attentive des soignants et des proches Essayer de garder/reprendre le contrôle Être actif dans ses soins Chercher à communiquer et attirer l'attention
Karlsson et Forsberg (2008) [9] Suède	Investiguer l'expérience d'être conscient et ventilé en réanimation	Approche qualitative de type phénoménologique (n = 8)	Essayer de garder le contrôle en participant aux soins Ressentir de la sécurité grâce à la présence humaine d'un soignant Être physiquement protégé des soins ou des gestes douloureux Avoir sa souffrance reconnue Pouvoir participer à la vie « sociale »

Tableau 1 (Suite)

Auteurs/Année/Référence/Pays	But	Méthode	Résultats
McKinley et al. (2002) [11] Australie	Explorer l'expérience subjective des patients en réanimation	Approche par <i>focus group</i> (n = 14)	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
The CoBaTrICE Collaboration [12] (2006) Danemark Espagne Grande-Bretagne Italie Pays-Bas Pologne Suisse Tchéquie	Déterminer quels sont les caractéristiques désirables d'un médecin réanimateur pour les patients	Enquête par questionnaire 21 affirmations décrivant des compétences techniques et relationnelles n = 462 patients survivants 70 unités de réanimation Classement des affirmations par rang	Rang 1, 2, 3, 4, 5 des 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
Wahlin et al. (2006) [6] Suède	Décrire les éléments qui donnent un sentiment de force et du pouvoir aux patients de réanimation	Approche qualitative de type phénoménologique (n = 11)	Avoir le sentiment d'être dans un environnement sûr avec des soignants et des proches présents Être reconnu Avoir des soins de confort supplémentaires à ceux prodigués par la routine Être écouté Avoir un espace de décisions

tant sur les patients sera présentée ci-dessous. L'échantillon comprenait 462 participants répartis dans 70 unités de réanimation en Europe, aucune unité française n'ayant participé à cette enquête. Une grande similitude a été retrouvée dans les compétences jugées importantes par les patients des différents des pays. On peut donc supposer que les attentes des patients français seraient très similaires. Les habiletés techniques et les connaissances médicales étaient jugées

plus importantes que les compétences en communication. Toutefois, la capacité de donner des informations compréhensibles et de traiter les patients comme des individus était évaluée comme essentielle par 59% des participants, alors que la participation aux décisions concernant le traitement n'était essentielle que pour 45% des personnes interrogées. Les différences constatées entre les études qualitatives et l'enquête par questionnaire sont possiblement dues à leurs

perspectives distinctes. Les études qualitatives se sont centrées sur l'expérience des patients, alors que le groupe *CoBaTrICE* s'est intéressé aux habiletés.

L'ensemble de ces travaux mettent en évidence que les patients attribuent de la valeur à « prendre soin ». Les manifestations concrètes de cette valeur sont les habiletés professionnelles, la considération pour leur personne et une présence attentive. Ces attitudes permettent au patient de se sentir reconnu et d'avoir un sentiment de contrôle.

Quelles actions pour « prendre soin » ?

Les actions de « prendre soin » peuvent se diviser en deux catégories :

- les actions qui facilitent une attitude centrée sur la personne malade ;
- les actions qui permettent à la personne malade d'être active dans ses soins et donc d'avoir un sentiment de contrôle.

Activités centrées sur les attitudes

Il existe des recommandations sur les habitudes à prendre pour centrer les soins sur la personne. Elles sont fondées sur le principe aristotélicien que la vertu s'acquiert par l'exercice. On peut citer l'engagement de l'American College of Chest Physicians pour des soins centrés sur le patient (*patient-focused care*) [13]. Les fondements de cet engagement sont la compassion et l'attention aux besoins du patient associées à des soins basés sur des preuves. Il s'agit de « prendre soin » du patient comme s'il était un membre de sa propre famille.

Au niveau pratique, cela implique d'éviter les gestes de soins qui déshumanisent la personne comme parler d'elle sans s'adresser à elle et utiliser le tutoiement, réservé dans notre société aux enfants ou aux proches. Le respect de la dignité humaine suppose d'éviter l'exposition des parties du corps considérées comme intimes lors des soins ou des examens cliniques. Dans une étude observationnelle [14], ces expositions ont été retrouvées dans 33% des gestes techniques et dans 24,5% des repositionnements du patient. L'intrusion de soignants extérieurs au soin lors de la toilette, alors que des rideaux de protection sont tirés, s'observaient dans près de la moitié des cas (45%) [15]. Les soins d'hygiène sont un moment délicat, car l'usage du vase, l'incontinence, les lavements ou les cathéters urinaires peuvent générer des sentiments d'indignité. Les soins du corps peuvent être perçus comme un instant privilégié avec des éléments de confort comme le toucher et le massage, mais aussi comme un inconfort et une humiliation [16]. Dans le cadre d'un projet d'amélioration de la qualité des soins, la sensibilisation de l'ensemble du personnel par des mesures éducatives au respect de la dignité a permis de diminuer les expositions des parties intimes du corps [15]. Les mesures suggérées pour favoriser le respect de l'intimité sont l'usage d'une chemise d'hôpital suffisamment grande pour être couvrante et des affichettes sur les rideaux tirés rappelant aux soignants d'éviter toute intrusion inutile [14,15].

La connaissance de la personne malade est un préalable indispensable à des soins centrés sur la personne. Il existe des petits moyens comme consulter les notes du dossier et prendre des informations lors des relèves. Certains services recueillent formellement auprès des proches des informations à propos des habitudes et de l'histoire de vie du patient. Les proches permettent aux soignants de mieux percevoir la personne malade. Cette contribution des familles a été décrite aussi bien par les infirmières [17,18] que par les proches [19]. Pour les infirmières, ces échanges quotidiens leur permettaient de se faire une image de la personne malade, ce qui modifiait leur prise en soin en la rendant plus individualisée. On peut donc estimer que les familles aident les soignants à se centrer sur la personne malade lorsqu'elle est inconsciente. Les échanges entre soignants et proches doivent donc être encouragés.

Les photographies du patient affichées à son chevet sont une pratique retrouvée dans bon nombre de services. Ces portraits offrent une image visuelle du patient dans son contexte de vie. À l'aide d'une enquête d'opinion par questionnaire ($n=110$), une équipe canadienne [20] s'est intéressée à l'impact de ces photographies sur les prises en soins. La presque totalité des infirmières (99%) avait déjà soigné un patient avec une photo à son chevet et avait porté attention à son contenu (97%). Elles pensaient à une forte majorité que les photos les aidaient à créer une relation avec le patient, à percevoir sa personnalité et facilitaient la communication avec la famille. Dans une seconde étude canadienne [21], réalisée auprès de parents d'enfants hospitalisés en réanimation, des différences ont été identifiées entre les familles qui affichaient des photos et les autres. Les auteurs ont constaté que les parents ($n=23$) qui affichaient des photos le faisaient pour influencer positivement les soins reçus par leur enfant, alors que les autres familles n'éprouvaient pas le besoin de le faire. Dans cette même étude, les infirmières interrogées ($n=50$) estimaient qu'une photo influençait leur soins et leur donnait un objectif à atteindre. Elles jugeaient cette pratique bénéfique pour l'enfant. Ces deux recherches suggèrent, que l'affichage d'une photographie du patient dans son environnement habituel, aide les soignants à percevoir le patient comme une personne. Elle peut être recommandée, même si l'impact réel de cette pratique sur les prises en soin reste à démontrer.

L'écriture dans un journal de bord influence l'attitude des soignants. Le journal est un cahier laissé auprès du lit du patient dans lequel les soignants et les proches écrivent régulièrement à l'intention du patient les événements du séjour. Des analyses du contenu de ces journaux ont révélé que ces écrits contenaient plus que la narration du quotidien en réanimation : des messages de soutien et des encouragements étaient transmis au patient [22,23]. Les enquêtes réalisées auprès des soignants ont confirmé que pour entrer dans cette démarche d'écriture, l'infirmière devait se centrer sur la personne malade et imaginer ce qui pouvait avoir du sens pour cette dernière [23,24]. De façon générale, les auteurs s'accordent pour considérer qu'écrire dans un journal est une démarche qui engage la personne du soignant envers le patient et non un acte technique de soins [22,25], c'est pourquoi la participation à cette écriture est basée sur le volontariat. On peut conclure que l'écriture dans un journal de bord favorise probable-

ment une posture centrée sur la personne malade, mais l'impact de cette démarche sur les prises en soins n'est pas démontré.

Activités permettant à la personne d'être active et d'avoir un sentiment de contrôle sur sa situation

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. En effet, comment peut-on avoir un sentiment de contrôle sur sa situation, si l'on ne comprend pas ce qui arrive et que l'on ne peut pas s'exprimer? Les difficultés de communication liées par exemple à la présence d'un tube endotrachéal, provoquent des sentiments de frustration et d'impuissance [26,27]. Il est donc important de proposer à la personne des moyens pour communiquer. On retrouve en réanimation essentiellement deux types d'assistance : les assistances à la phonation ou les assistances à la communication non verbale. Chez les patients trachéotomisés et ventilés, il est possible de proposer une assistance à la phonation pour autant que les cordes vocales soient fonctionnelles. Lorsque cela ne nuit pas à la sécurité, le ballonnet peut être dégonflé, même partiellement, pour ventiler le patient avec des fuites par les voies aériennes supérieures permettant une phonation. Cette vocalisation sera facilitée par l'usage d'une PEP, l'augmentation du temps inspiratoire en ventilation volumétrique ou la compensation des fuites lors de la ventilation en pression [28]. Toutefois, des sécrétions trop abondantes ou un tonus laryngé insuffisant peuvent empêcher le patient de parler. Cette technique est aussi inadaptée lorsque les patients ont une faible compliance ou une résistance pulmonaire élevée. Dans ce cas, à l'inspiration, l'air se dirigera systématiquement vers les voies aériennes supérieures où les résistances seront plus faibles que dans les voies aériennes inférieures et par conséquent le patient ne sera plus ventilé [29].

Chez les patients dépendant de la ventilation mécanique ou avec des troubles de la déglutition, l'usage d'une canule de trachéotomie à ballonnet avec un accessoire de phonation comme la canule BIVONA Aire-Cuf™ (Collin ORL) est parfois possible. Ce type de canule comporte une lumière supplémentaire aboutissant au-dessus du ballonnet. Elle permet de brancher un flux de gaz qui passe à travers les voies aériennes supérieures pour la phonation [29,30]. L'avantage de cette technique est de ne pas affecter la ventilation du patient. Toutefois, les sécrétions accumulées au-dessus du ballonnet peuvent interférer avec la phonation et boucher la lumière. Un temps d'apprentissage est nécessaire et la voix n'est que chuchotée [30].

Chez les patients trachéotomisés dont la déglutition est efficace, une canule de trachéotomie fenêtrée peut être mise en place. Le patient peut parler lorsque la lumière de la trachéotomie est bouchée avec un doigt ou un bouchon obturateur. L'usage d'une valve phonatoire permet de diminuer l'espace mort et facilite le travail respiratoire. Toutefois, ce type de valve doit s'utiliser sous surveillance avec un ballonnet obligatoirement dégonflé, car les sécrétions peuvent coller la valve et les voies aériennes ne sont pas humidifiées [30].

Chez les patients intubés ou incapables de bénéficier d'une technique de phonation, diverses méthodes ont été étudiées par améliorer l'aspect instrumental de la communication. Les moyens de communication les plus couramment utilisés par les patients sont des mouvements de la tête, des gestes et l'articulation de mots avec leurs lèvres [31,32]. D'autres techniques, d'apparence très simples, sont usitées comme les questions « oui-non » en entonnoir ou la lecture labiale. Les questions en entonnoir sont des questions formulées de façon à permettre au patient d'acquiescer ou de refuser par un geste signifiant oui ou non. Les questions deviennent plus précises pour cibler exactement ce que le patient cherche à dire. La lecture labiale est pratiquée par un bon nombre de soignants avec des résultats variables selon les individus. Ces méthodes sont utilisées au quotidien, pourtant leur usage n'est actuellement pas enseigné, mais acquis en situation. Elles demandent un engagement de la part du soignant qui doit chercher à comprendre la personne malade. Ces techniques paraissent toute simples, mais demandent un savoir-faire, c'est pourquoi les proches peuvent éprouver des difficultés à les utiliser et préfèrent d'autres méthodes comme les alphabets ou les pictogrammes [33,34].

Une équipe américaine a testé l'usage de petits ordinateurs spécialement conçus pour faciliter la communication en réanimation. Les patients ($n=11$) ont utilisé essentiellement cet appareil avec leurs proches, mais préféraient les gestes ou l'articulation des mots avec les infirmières. Ces dispositifs sont complexes et nécessitent un temps d'apprentissage. On peut ajouter que ce type d'appareil est coûteux et fragile, résistant mal aux désinfectants de surface couramment utilisés en réanimation. La solution consiste peut-être à mettre à proposer aux patients divers outils simples pouvant être choisis en fonction de leurs capacités et du message à communiquer. Toutefois, même les moyens simples demandent des capacités motrices et de la concentration. L'écriture nécessite une coordination motrice. L'utilisation de tablettes avec des alphabets ou des pictogrammes demande la capacité de désigner les lettres et de l'attention. Malgré cela, l'usage d'un pictogramme plastifié, contenant des mots clefs pré-imprimés comme « douleurs », « soif », « peur », « m'asseoir », « appeler mes proches »... et un alphabet, a été évalué positivement par un échantillon de 29 patients intubés [35]. Cet outil permettait aux patients de communiquer plus rapidement leurs besoins et leur donnait un sentiment de contrôle. Dans le cadre d'une recherche-action [33], une équipe de soins a opté pour une « boîte de communication » disponible au chevet du patient contenant un gros feutre, un plan dur, divers modèles d'alphabet et de pictogrammes, ainsi qu'un imagier. Le contenu de cette boîte était plastifié, résistait aux désinfectants couramment utilisés et le coût raisonnable (environ 15 euros pour une boîte). Patients, soignants et familles étaient satisfaits. En résumé, des outils de communication peuvent faciliter l'expression des besoins chez les patients intubés et donc leur donner un peu de contrôle sur leur situation.

La physiothérapie de mobilisation précoce permet une récupération fonctionnelle et favorise l'autonomie des patients. Des études observationnelles récentes [36,37] ont démontré que la mobilisation active dès les premiers jours en réanimation est faisable, sans danger et permet le retour

à une marche plus rapide. Dans une étude observationnelle prospective non randomisée, la présence d'une équipe de physiothérapie de mobilisation dédiée à la mobilisation a permis de raccourcir la durée de séjour en réanimation et le séjour hospitalier pour les patients en insuffisance respiratoire [38]. Dernièrement, une étude randomisée a étudié un programme multidisciplinaire de mobilisation précoce et de stimulation aux gestes de la vie quotidienne ($n=49$) versus un traitement de mobilisation et de soins planifiés par les cliniciens en charge du patient ($n=55$) [39]. Le programme de mobilisation précoce consistait en une mobilisation passive au lit des patients inconscients, puis dès que possible des exercices actifs étaient débutés au lit. Des exercices assis au bord du lit, puis des transferts lit-fauteuil suivaient ; ils étaient associés à une participation aux activités de la vie quotidienne. Finalement, des exercices de préparation à la marche étaient réalisés. Chez les patients bénéficiant de l'intervention, la physiothérapie était débutée après 1,5 jours, alors que dans le groupe témoin la physiothérapie ne débutait qu'après 7,4 jours. Les résultats ont démontré une diminution de la durée de l'état confusionnel ($p=0,03$), une diminution de la durée de la ventilation mécanique ($p=0,05$) et un état fonctionnel meilleur à la sortie de l'hôpital. Ces résultats suggèrent qu'un programme d'activité précoce améliore non seulement l'état physique du patient, mais aussi son état mental. Les raisons sont probablement multifactorielles. La mobilisation, même passive, est une forme de stimulation sensorielle qui peut permettre au patient de mieux réintégrer son schéma corporel, de percevoir les limites de son corps et de se recentrer. La position assise permet de recruter un maximum d'unités motrices par la stimulation de réflexes et la sollicitation de chaînes neuromusculaires préexistantes ; sans avoir à demander des mouvements analytiques difficiles à comprendre et à reproduire pour le patient. Ce dernier est sollicité de façon globale et fonctionnelle. Une reprise d'activité physique pendant la journée favorise certainement le maintien ou le rétablissement d'un rythme nyctéméral. La participation aux activités de la vie quotidienne donne des repères spatiotemporaux et favorise l'autonomie. La physiothérapie de mobilisation active est une activité dont les risques sont actuellement faibles [40] et les bénéfices prometteurs, c'est pourquoi la mise en place d'un programme multidisciplinaire de mobilisation précoce peut être recommandée.

D'autres activités, faisant partie de l'arsenal des habiletés techniques des soignants, permettent de renforcer le sentiment de contrôle des patients. On peut citer l'analgésie autocontrôlée (pompe PCA) ou le bio feed-back lors des sevrages ventilatoires difficiles. Ces techniques concernent des populations de patients de réanimation dont les facultés cognitives sont conservées et ne peuvent s'appliquer à tous. Leur description dépasse le cadre de cet article.

Pour conclure

Se centrer sur la personne malade et favoriser son autonomie ne sont qu'une partie de « prendre soin ». Il s'agit, dans la mesure du possible, de respecter les choix du patient, voire de lui en offrir. Au quotidien, les activités de soins centrées sur la personne sont difficiles à instaurer. Au nom

Tableau 2 Synthèse des activités proposées (niveau de preuves).

Favoriser des attitudes centrées sur la personne soignée	Soigner l'autre comme s'il était un membre de sa famille (bas) Respecter l'intimité – facilitée par l'usage de chemise couvrante, de rappel visuel sur les paravents et une éducation du personnel (modéré) Favoriser les contacts entre les soignants et les proches (modéré) Afficher des photos du patient avant son hospitalisation. (modéré) Écrire dans un journal de bord (modéré)
Favoriser l'autonomie des patients	Développer les assistances à la phonation lors de ventilation mécanique (modéré) Mettre à disposition divers moyens instrumentaux pour faciliter l'expression du patient (alphabet, pictogramme, tablettes et gros feutre) (modéré) Instaurer un programme multidisciplinaire de mobilisation précoce et de participation aux activités quotidiennes (élevé)

des bonnes pratiques et des données probantes, tout est régenté en réanimation : la hauteur du dossier de lit, le produit de rince-bouche, les heures de présence des proches, la méthode de sevrage ventilatoire, etc. La culture des services de réanimation est-elle actuellement adaptée à des soins centrés sur les besoins et les souhaits de la personne ? La mise en place et le développement de soins centrés sur la personne passent peut-être par l'acquisition de bonnes habitudes comme le suggère Aristote. Il existe des moyens pour aider les soignants à mieux percevoir la personne derrière le patient de réanimation et ils se doivent probablement d'être recommandés même si leur niveau de preuve n'est pas élevé (Tableau 2). Certaines activités de soins, qui promeuvent l'autonomie du patient, ont certainement un impact sur le bien-être psychique des patients. Certaines, comme un programme d'activités et de mobilisation dès le début du séjour en réanimation, ont même un impact sur le devenir fonctionnel des patients.

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt.

Références

- [1] Kottow MH. Between caring and curing. *Nursing Philos* 2001;2:53–61.

- [2] Collière M-F. *Soigner. Le premier art de la vie*. Paris: InterEditions; 1996.
- [3] Lavoie M, De Koninck T, Blondeau D. The nature of care in the light of Emmanuel Levinas. *Nursing Philos* 2006;7:225–34.
- [4] Hesbeen W. *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris: InterEditions Masson; 1997.
- [5] Svandra P. *Éloge du soin: une éthique au coeur de la vie*. Paris: Seli Arslan; 2009.
- [6] Wahlin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care-an interview study. *Intensive Crit Care Nurs* 2006;22(6):370–7.
- [7] Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24(5):300–13.
- [8] Johnson P. Reclaiming the everyday world: how long-term ventilated patients in critical care seek to gain aspects of power and control over their environment. *Intensive Crit Care Nurs* 2004;20(4):190–9.
- [9] Karlsson V, Forsberg A. Health is yearning-experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24(1):41–50.
- [10] Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Of vigilance and invisibility-being a patient in technologically intense environments. *Nurs Crit Care* 2007;12(3):151–8.
- [11] McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M, Hudson J. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs* 2002;18(1):27–36.
- [12] 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.
- [13] Irwin RS. Patient-focused care: the 2003 American College of Chest Physicians Convocation Speech. *Chest* 2004;125(5):1910–2.
- [14] Turnock C, Kelleher M. Maintaining patient dignity in intensive care settings. *Intensive Crit Care Nurs* 2001;17(3):144–54.
- [15] Diby M, Jehanne R, Maury S, Salive S, Zouyene Z, Huwiler P, et al. Is the respect of the intensive care unit patient possible? *Intensive Care Med* 2004;30(Suppl 1):S40.
- [16] Lomborg K, Bjorn A, Dahl R, Kirkevoeld M. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *J Adv Nurs* 2005;50(3):262–71.
- [17] Williams CM. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care* 2005;10(1):6–14.
- [18] Engstrom A, Soderberg S. Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *J Clin Nurs* 2007;16(9):1651–9.
- [19] McAdam JL, Arai S, Puntillo KA. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2008;34(6):1097–101.
- [20] Neto C, Shalof T, Costello J. Critical care nurses' responses to patient photographs displayed at the bedside. *Heart Lung* 2006;35(3):198–204.
- [21] Macnab AJ, Emérton-Downey J, Phillips N, Susak LE. Purpose of family photographs displayed in the pediatric intensive care unit. *Heart Lung J Acute Crit Care* 1997;26(1):68–75.
- [22] Roulin MJ, Hurst S, Spirig R. Diaries written for ICU patients. *Qual Health Res* 2007;17(7):893–901.
- [23] Guillon A, Mathieu-Fritz A. Quand les patients hospitalisés (re)deviennent des personnes: la mise en place de journaux de bord dans un service de réanimation. *Cairn-Réseaux* 2008;151:91–137.
- [24] Roulin MJ. Le journal de bord pour les patients de soins intensifs. *Krankenpfl Soins Infirm* 2008;101(12):47–9.
- [25] Backman CG, Walther SM. Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive Care Med* 2001;27(2):426–9.
- [26] Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J. Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart Lung* 2004;33(5):308–20.
- [27] Menzel LK. Ventilated Patients' Self-Esteem during Intubation and after Extubation. *Clin Nurs Res* 1999;8(1):51–68.
- [28] Hoit JD, Banzett RB, Lohmeier HL, Hixon TJ, Brown R. Clinical ventilator adjustments that improve speech. *Chest* 2003;124(4):1512–21.
- [29] Gonzalez-Bermejo J, Prigent H. Optimisation de la phonation sous ventilation artificielle. *Rev Mal Respir* 2005;22(4):683–6.
- [30] Hess DR. Facilitating speech in the patient with a tracheostomy. *Respir Care* 2005;50(4):519–25.
- [31] Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2004;13(3):210–8, quiz 9-20.
- [32] Wojnicki-Johansson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive Crit Care Nurs* 2001;17(1):29–39.
- [33] Roulin MJ, Mouron F, Simon L. Communiquer avec les patients intubés. *Krankenpfl Soins Infirm* 2004;97(11):54–6.
- [34] Happ MB, Roesch TK, Garrett K. Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study. *Heart Lung* 2004;33(2):92–101.
- [35] Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. Communication boards in critical care: patients' views. *Appl Nurs Res* 2006;19(4):182–90.
- [36] Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L, et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med* 2007;35(1):139–45.
- [37] Thomsen GE, Snow GL, Rodriguez L, Hopkins RO. Patients with respiratory failure increase ambulation after transfer to an intensive care unit where early activity is a priority. *Crit Care Med* 2008;36(4):1119–24.
- [38] Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med* 2008;36(8):2238–43.
- [39] Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009;373(9678):1874–82.
- [40] Stiller K. Safety issues that should be considered when mobilizing critically ill patients. *Crit Care Clin* 2007;23(1):35–53.