

Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

La communication avec le patient dans les soins en situation d'urgence.

PELUS Victor
Formation infirmière
Promotion 2017-2020





Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

REGIONALE

Diplôme d'Etat d'Infirmier
Travaux de fin d'études :
La Communication dans les soins en situation d'urgence

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 10/05/2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Sommaire

1. Introduction	1
1.1. Le cheminement vers la question de départ.....	1
2. Cadre théorique.....	3
2.1. La relation soignant/soigné.....	3
2.1.1. La relation d'aide.....	3
2.1.2. La relation de confiance.....	3
2.1.3. L'alliance thérapeutique.....	4
2.2. La communication.....	4
2.2.1. Verbale.....	4
2.2.2. Non-verbale.....	5
2.3. Les conséquences d'un manque de communication.....	6
2.3.1. Anxiété/ stress.....	6
2.3.2. Douleur / peur.....	6
2.4. Les attitudes et valeurs soignantes.....	6
2.4.1. Positionnement et attitudes.....	7
2.4.2. Valeurs soignantes.....	7
2.5. Le contexte d'urgence.....	7
2.5.1. Définition de « l'urgence » et rôle infirmier.....	7
2.5.2. Les priorités dans un contexte d'urgence.....	8
2.5.3. Le vécu de l'IDE en situation d'urgence.....	8
2.6. Le vécu du patient.....	8
2.6.1. Vécu du patient.....	9
2.6.2. Les réminiscences de l'hospitalisation.....	9
3. Dispositif méthodologique du recueil de données.....	10
4. Analyse descriptive et interprétative des entretiens.....	11
4.1. Expérience de l'urgence.....	11
4.2. Définition de l'urgence.....	11
4.2.1. Définition de l'urgence.....	11
4.2.2. Les degrés d'urgences.....	12
4.2.3. Les types d'urgences.....	12
4.2.4. L'urgence est variée.....	12
4.3. La communication dans les situations d'urgence.....	13
4.3.1. Les types de communication.....	13
4.3.2. Le contenu de cette communication.....	14
4.3.3. La création d'une relation de confiance.....	14
4.3.4. L'adaptabilité.....	15
4.3.5. Les limites de la communication.....	16

4.4.	L'essentiel dans une situation d'urgence.	16
4.4.1.	Les soins techniques	17
4.4.2.	Les soins relationnels	17
4.4.3.	Prise en charge de la famille / l'entourage	18
4.4.4.	L'anxiété/ le stress	19
4.4.5.	La douleur	19
4.4.6.	L'entre-aide	19
4.5.	Les ressources en situation d'urgence.	19
4.5.1.	L'équipe	20
4.5.2.	Les connaissances théoriques	20
4.5.3.	L'expérience	21
4.6.	Les difficultés en situation d'urgence.	21
4.6.1.	Les manques	21
4.6.2.	Le stress	22
4.6.3.	L'entourage / environnement / locaux	22
4.7.	L'influence de la communication sur la prise en charge dans un contexte d'urgence.	23
4.7.1.	La réassurance / l'apaisement	23
4.7.2.	Un gain de temps	24
4.7.3.	Le recueil de données	24
5.	La discussion	25
5.1.	La communication	25
5.2.	L'adaptation	26
5.3.	Le contenu de cette communication	26
5.4.	L'urgence	27
5.5.	L'importance de la communication en situation d'urgence	27
5.6.	Le ressenti et la réassurance du patient	28
6.	Conclusion	29
7.	Bibliographie	30
8.	Annexes	31

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont contribué au bon déroulement de ma formation au sein de l'IFSI. Ainsi, je remercie tout particulièrement :

Ma référente de MIRSI (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers), madame Sophie BOR pour m'avoir guidé dans la construction de ce travail de recherche.

Madame Christine LE BIHAN, ma référente pédagogique pour l'intérêt porté à ma formation tant à l'école qu'en stages. Je la remercie de son soutien et de son attention prêtée au suivi pédagogique.

Maxime FRADIN, Raphaël DRISSI et Aurélie FAUVEL pour le temps consacré et la bienveillance dont ils ont fait part durant les entretiens.

Les professionnels qui m'ont encadré lors de mes stages tout au long de cette formation.

1. Introduction

Dans le cadre de ma 3^{ème} année de formation en soins infirmiers, je suis amené à réaliser un travail de recherche. Ce travail est un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers et il porte sur la communication avec le patient dans un contexte d'urgence.

Avant d'entrer en formation de soins infirmiers, j'ai toujours été attiré par les situations d'urgence. Pratiquant des sports à risques tel que le BMX (cyclisme acrobatique) ou le Parkour (gymnastique en milieu urbain), j'ai régulièrement été amené à être pris en charge par les professionnels de santé comme les pompiers et les services d'urgences. Lors de mes prises en charge, j'éprouvais un vif intérêt pour le domaine du soin, et plus particulièrement pour les infirmiers qui étaient présents autour de moi.

Ayant pour projet professionnel de travailler en tant qu'infirmier dans un service d'urgence ou de réanimation, j'ai trouvé pertinent de réaliser mon travail de recherche sur ce thème afin de mieux comprendre et gérer les situations d'urgence.

1.1. Le cheminement vers la question de départ.

Je suis parti d'une situation que j'ai vécue lors de mon stage de semestre 5, dans un service d'urgences. Nous devons poser une sonde naso-gastrique à Mr B., 84 ans, en Salle d'Accueil des Urgences Vitales. La sonde devait être posée en urgence pour éviter que Mr B. n'inhalé ses vomissements. L'infirmier étant occupé avec un autre patient, il m'a demandé de poser la sonde. C'était un soin que j'avais déjà réalisé plusieurs fois, j'étais donc relativement à l'aise. L'infirmier était juste à côté en cas de besoin et l'aide-soignante du service était avec moi lors du soin. Etant relativement stressé par le côté « urgent » de la pose, j'ai expliqué rapidement à Mr B. que j'allais devoir lui poser une sonde naso-gastrique. Celui-ci m'a répondu qu'il était d'accord et qu'il connaissait car il en avait déjà eu auparavant. Je lui ai donc rappelé succinctement que j'allais introduire une sonde par son nez, qu'elle allait arriver jusqu'à son estomac dans le but d'aspirer son contenu pour éviter d'inhaler, et donc d'aggraver son état de santé. J'ai donc pris mes mesures et commencé à introduire la sonde. Juste avant d'arriver au repère et de fixer la sonde, Mr B. commença à arracher la sonde, en disant qu'elle était bien trop grande, et qu'il n'en voulait plus. Il ne souhaitait plus que je continue le soin, malgré mes explications sur l'importance de cette sonde pour son état de santé. J'ai donc expliqué la situation à l'infirmier, et celui-ci m'a répondu que ce n'était pas grave, qu'il allait essayer par la suite. Il a bien pris le temps d'expliquer à Mr B. l'intérêt thérapeutique de cette sonde, et il lui a détaillé tout le déroulé du soin ; qu'il allait commencer par prendre des mesures pour être sûr que la sonde allait bien arriver à son estomac, en lui montrant la taille de la sonde à introduire, qu'il allait appliquer un gel anesthésiant pour faciliter le passage de la sonde et pour réduire la douleur induite par le soin, et qu'il allait ensuite introduire la sonde par la narine de son choix, et qu'une fois arrivé au carrefour aéro-digestif, il fallait que Mr B. déglutisse pour faire passer la sonde. Ensuite, il allait continuer à faire avancer la sonde jusqu'au repère, qu'il allait la fixer sur son nez à l'aide d'un sparadrap et brancher l'aspiration pour le soulager. Mr B. avait assimilé le déroulement du soin et accepta de recommencer la pose de sonde. Le soin s'est très bien déroulé, et je me suis rendu compte que toutes les explications données à Mr B. avaient porté leurs fruits.

Je me suis alors beaucoup questionné sur ma pratique, sur ma communication avec Mr B. et sur la notion « d'urgence » et sa relativité :

Qu'est-ce que communiquer, comment communiquer avec Mr B., qu'est-ce que je devais lui dire, lui expliquer ? Quelle était ma communication verbale, non-verbale ? A quel moment je devais communiquer avec lui, avant le soin, pendant le soin, après le soin ? Qu'est-ce que cette communication pouvait apporter à la prise en charge de Mr B ? Quelle était la place de cette communication ? Quels points positifs cette communication pouvait apporter à la prise en charge de Mr B ? Pouvait-il y avoir des points négatifs découlant de cette communication ? Est-ce que la communication pouvait influencer le déroulement du soin ? Et comment ? Positivement ? Négativement ? Est-ce que cette communication

pouvait favoriser la création d'une relation de confiance avec Mr B. ? Cette communication pouvait-elle faire adhérer Mr B aux soins ? Pouvait-elle interférer sur l'appréhension de la douleur de Mr B ? Je me posais aussi la question de la définition d'une situation d'urgence ? A partir de quel moment, quels critères, une situation pouvait être considérée comme "urgente" ? Quelle pouvait être l'importance d'une communication adaptée dans une situation d'urgence ? Et que pouvait-elle permettre dans une situation d'urgence ?

Tous ces questionnements m'ont amené à formuler une question de départ à mon travail de recherches, qui s'intitule : « En quoi la communication instaurée par l'infirmier influe-t-elle la prise en soin d'un patient dans un contexte d'urgence ? ».

Cette question de départ a pour but de m'aider à mieux comprendre et à cerner ce qu'est la communication et son importance dans les soins. Elle m'aidera également à mieux intégrer la notion d'urgence et ses relativités.

Enfin, ce travail de recherche doit m'aider à mieux appréhender et maîtriser les situations d'urgence afin d'améliorer et de perfectionner mes pratiques professionnelles. Il doit aussi me permettre de différencier l'aspect « technique » des soins infirmiers d'un côté et des soins dit « relationnels » avec le patient d'un autre côté, qui sont tout aussi importants dans la prise en soin en situation d'urgence. Cette notion de « relation » fait partie intégrante du rôle propre infirmier et elle fait partie de son champ de compétences. L'étudiant infirmier acquiert cette compétence au cours de sa formation par le biais de la compétence 6, intitulée « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin ». Le patient étant une personne à part entière et non pas un « objet de soin », il ressent et éprouve des émotions qui peuvent être majorées dans des situations d'urgence, qu'elles soient relatives ou vitales.

Dans un premier temps, nous allons étudier la relation soignant-soigné, à travers la relation d'aide, la relation de confiance et la notion d'alliance thérapeutique.

Dans un second temps, nous allons aborder le terme de la communication et ses diverses composantes : la communication verbale, non-verbale.

Nous allons ensuite parler des conséquences d'un manque de communication, en abordant l'anxiété, le stress, les douleurs et la peur.

Dans un quatrième temps, nous allons voir les attitudes et les valeurs soignantes, avec notamment le positionnement et les attitudes, et les valeurs soignantes.

Dans un cinquième temps nous allons aborder le contexte d'urgence, en donnant une définition de l'urgence ainsi que le rôle infirmier, en détaillant les priorités dans un contexte d'urgence et enfin le vécu de l'IDE lors de situations d'urgence.

Enfin, nous allons parler du vécu du patient avec les réminiscences de l'hospitalisation.

2. Cadre théorique

Le cadre théorique correspond aux recherches théoriques que j'ai effectuées sur les différentes notions et concepts concernant mon thème et mon questionnement de départ. Ces recherches ont pour objectif de répondre en partie à mes interrogations de départ sur le grand thème de la communication en situation d'urgence.

2.1. La relation soignant/soigné

La relation soignant-soigné est omniprésente et au cœur du métier d'infirmier. Cette relation est définie par le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers, comme un échange entre un soignant et une personne en demande de soins. Cet échange passe par la communication entre ces deux individus, qu'elle soit verbale ou non-verbale. Le soignant est présent dans le but de venir en aide à la personne soignée, mais l'union des efforts des deux personnes semble essentielle pour une prise en soins de qualité. Pour Alexandre Manoukian, la relation soignant-soigné nécessite 3 attitudes de la part du soignant, en rapport avec les valeurs soignantes :

Un engagement du soignant pour faire preuve de non-jugement, faire en sorte d'accepter la personne soignée telle qu'elle est avec son propre « mode de raisonnement », ses propres « réactions » et « sentiments ».

Faire preuve d'objectivité afin de ne pas déformer ce qui peut être « vu et entendu ».

Être disponible pour le patient, se montrer à l'écoute, présent et accessible pour celui-ci.

La relation soignant-soigné permet donc d'accompagner et de soutenir le patient vers un retour à l'autonomie en identifiant ses besoins et ses attentes en matière de soins et de relationnel.

Au cours de cette relation, d'autres types de relations peuvent se mettre en place. Nous allons parler de la relation d'aide, de la relation de confiance et enfin de l'alliance thérapeutique.

2.1.1. La relation d'aide

Au travers de la relation soignant-soigné, une relation d'aide peut s'instaurer avec le patient. En effet, cette relation est définie par le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers, comme étant une relation entre un infirmier et un patient qui a pour objectif de faire verbaliser le patient sur ses besoins et ainsi d'essayer d'y répondre au mieux. Dans cette relation d'aide, la communication « non violente » est très pertinente, elle permettra au patient de se sentir écouté, d'être pris en considération et ainsi de valoriser ses propres ressources pour répondre à ses besoins. Avec la création d'une relation de confiance, le patient s'impliquera davantage dans sa prise en charge, et elle sera moins pesante pour lui-même. Selon Carl Rogers, la relation d'aide n'implique pas de position autoritaire, les deux protagonistes sont d'égal à égal, c'est un échange où chacun peut apprendre et recevoir de l'autre. La relation d'aide a donc pour vocation de privilégier la croissance, le développement et la compréhension afin faire émerger les propres ressources du patient en l'aidant à verbaliser.

2.1.2. La relation de confiance

Au sein de la relation soignant-soigné, la relation de confiance occupe une place primordiale. Celle-ci est ainsi décrite par le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers : « la confiance relève d'une croyance spontanée ou réfléchie en la valeur éthique d'une autre personne ayant la capacité de respecter une confiance ». En d'autres termes, la confiance est une croyance qui peut être délibérée ou naturelle en l'aptitude d'une personne à garder un secret. En effet, la confiance met en sécurité et peut permettre toutes formes de confidences notamment sur les besoins ressentis par le patient ainsi que ses espérances vis-à-vis des soins.

Selon Hildegarde Peplau, il existe 4 phases dans la relation de confiance entre le soignant et le soigné :

- « - Une étape d'orientation : chacun des partenaires se présente et recherche contact et sécurité.
- Une étape de mise à l'épreuve : le soigné cherche à trouver les limites de la confiance qu'il peut avoir dans le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation.
- Une étape d'exploitation de la relation : les personnes échangent pour trouver des solutions. Chacune est acceptée telle qu'elle est.
- Une étape de fin de relation : chacun fait le bilan de ce qui s'est passé, conclut la relation et noue d'autres liens avec d'autres personnes »

La relation de confiance ne se crée pas d'emblée, elle est construite au fur et à mesure de la relation entre l'infirmier et le patient. Ce phénomène est « lent et continu », et est dépendant de l'attitude et du positionnement de l'infirmier dans la relation soignant-soigné.

2.1.3. L'alliance thérapeutique

Enfin nous allons aborder la notion d'alliance thérapeutique. Cette alliance peut exister au sein de la relation soignant-soigné seulement après avoir créé une relation de confiance avec le patient. D'après le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers et selon Stéphanie Senn et Al, la confiance est le pilier de la relation thérapeutique. La relation soignant-soigné qui est donc basée sur la confiance, permet au patient de se confier à l'infirmier pour lui permettre de répondre aux besoins exprimés par le patient qu'il ne peut résoudre seul. L'infirmier va donc chercher à soulager sa souffrance. L'alliance thérapeutique créée sur la base de la confiance, est essentielle pour que les interventions thérapeutiques soient efficaces. En effet, suite à la relation de confiance et à l'alliance thérapeutique, une relation d'aide peut être mise en place pour répondre aux besoins du patient en s'appuyant sur ses propres ressources.

Pour conclure cette partie, nous pouvons remarquer qu'au sein de la relation soignant soigné plusieurs types de relations peuvent se créer. En effet, la relation d'aide et la relation de confiance sont liées afin de créer l'alliance thérapeutique. Ces relations avec le patient ont pour objectif d'améliorer sa prise en charge globale en répondant à ses besoins.

2.2. La communication

D'après le modèle des mathématiciens Shannon et Weaver (1948) dans "La communication non verbale (CNV)" de Alric F. et Billebaut B, revue Le manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie, mensuel N°191 Octobre 2010, page 20, la communication consiste en l'envoi d'un message par l'émetteur vers le récepteur, par le biais d'un canal de communication. Le récepteur reçoit ce message, il le décode afin de le comprendre, et il peut ensuite répondre à ce message, il devient alors émetteur à son tour : c'est le feed-back.

La communication est composée de la communication verbale, de la communication non-verbale et enfin de la communication para-verbale. D'après le Pr A. Mehrabian, la communication verbale ne représente que 7% de la communication globale. 38% de la communication passe par les intonations, et enfin 55% par le langage gestuel.

2.2.1. Verbale

La communication verbale implique l'utilisation de mots et d'expressions, via l'usage de la parole.

F. Egret et A. Caillet expliquent qu'ils se sont rendu compte « que les termes qu'utilisent les professionnels spontanément sont souvent "normatifs". » et que « Nous ne sommes jamais à l'abri, tout en souhaitant bien faire, de faire "tourner en rond" l'angoisse du patient. De même que le patient est pris

aussi dans une spirale que lui-même ne peut pas toujours résoudre sans aide. Nous découvrons que la prise en charge relationnelle a besoin d'être constamment travaillée. »

En effet, en fonction des mots utilisés par les soignants, les émotions du patient peuvent varier. Ceci est notamment valable pour l'anxiété : si la communication de l'infirmier est maladroite, celle-ci peut augmenter l'anxiété du patient en situation d'urgence et au contraire, si elle est adaptée, elle peut rassurer le patient et le mettre en confiance.

F. Egret et A. Caillet insistent sur l'idée que nous devons sans cesse, en tant qu'infirmier, travailler notre prise en charge relationnelle.

2.2.2. Non-verbale

La définition de la communication non-verbale (CNV) de Philippe Turchet citée par F. Alric et B. Billebaut (2010) est : « Tout mode de communication n'ayant aucun recours au verbe, c'est-à-dire utilisé - consciemment ou non – sans le secours du langage, des mots. ». La définition de M. Phaneuf (2016) est : « La communication non verbale est un échange sans mots. La chair pense, et le corps parle, même lorsque la bouche se tait. ». Les auteurs insistent donc sur le fait que la CNV n'utilise pas le verbal, c'est-à-dire qu'elle n'utilise pas les mots ni les verbes ; cette communication passe exclusivement par le langage du corps et des expressions corporelles, du visage, des attitudes et des comportements.

F. Alric et B. Billebaut soulignent le fait que cette communication peut se faire de façon consciente ou inconsciente. En effet, M. Phaneuf (2016) énonce que « la communication non verbale révèle une bonne partie de ce que nous exprimons volontairement et même involontairement ».

F. Alric et B. Billebaut (2010) détaillent 4 composantes essentielles de la CNV : « la proxémie, la synergologie, le regard et le toucher », dont l'habillement, les odeurs, le langage corporel et les intonations. Alors que M. Phaneuf (2016), elle, énumère plus de composantes : « olfaction, parures, regard, respiration, mimiques, expressions, sourire, gestuelle, voix, mouvements du corps, démarche, posture, distance, espace, toucher, silence, bruits, coloration de la peau, les pauses ».

D'après Albert Mehrabian, cité par F. Alric et B. Billebaut (2010), la communication verbale ne représente que 7 % des messages que l'on veut transmettre. L'intonation représente 38 % du message et enfin le langage gestuel 55 %.

M. Phaneuf (2016) ne parle pas de ces pourcentages dans le chapitre que j'ai analysé, mais elle insiste sur le fait que l'on accorde bien souvent une grande importance aux mots et très peu d'importance au langage non verbal, bien qu'ils soient complémentaires. Elle ajoute également que « Le langage non verbal est un instrument par excellence de contact entre les humains et d'appui aux échanges verbaux. ». De plus, la CNV « révèle une bonne partie de ce que nous exprimons » et que « le langage non verbal est si expressif qu'il peut même parfois se passer de mots ».

F. Alric et B. Billebaut (2010) insistent sur les points suivants : la communication non verbale « a un impact majeur sur la communication, est un outil idéal pour lire l'état émotionnel du patient, est un outil pour répondre aux besoins du patient. »

En effet, M. Phaneuf (2016) dit que « comme nos expressions accompagnent, amplifient, nient ou prolongent nos paroles et qu'elles sont les véhicules de nos émotions et de nos sentiments, leur importance s'avère très grande dans la création de nos relations. »

Elle ajoute aussi qu'il est très important que l'IDE arrive à décrypter la CNV du patient pour réagir en conséquence. D'après Morris Desmond cité par F. Alric et B. Billebaut (2010), « Les signaux non verbaux [...] sont beaucoup plus efficaces que leur équivalent verbal. »

La CNV s'applique par des gestes simples, il faut juste en comprendre la signification, non seulement pour les interpréter mais aussi pour s'en servir comme outil de communication.

Pour résumer, nous pouvons dire que la CNV occupe une place primordiale dans la création d'une relation de confiance, que nous n'y prêtons pas toujours assez d'attention, et qu'il est important pour l'IDE de savoir déchiffrer cette communication et de savoir l'utiliser pour répondre aux besoins du patient.

2.3. Les conséquences d'un manque de communication

Un manque de communication dans la prise en soins des patients en situation d'urgence peut avoir de nombreuses conséquences. En effet, ce manque peut majorer ou provoquer de l'angoisse, du stress, de la douleur ou de la peur.

2.3.1. Anxiété/ stress

L'une des premières conséquences d'un manque de communication en situation d'urgence est l'angoisse. Celle-ci est définie par le dictionnaire informatisé du CNRS, le Trésor de la Langue Française, comme étant « un malaise caractérisé par une peur intense accompagnée de sensations de resserrement de la région épigastrique, d'oppression respiratoire et cardiaque, de sueurs, de frissons, ou au contraire d'une sensation de chaleur... ». En d'autres termes, l'angoisse est l'expression somatique (comme des palpitations, des sueurs etc...) d'une panique extrême chez le patient. D'après l'ouvrage Manuel de psychologie, l'angoisse présente différentes formes pathologiques, celles-ci vont de la crise d'angoisse à l'anxiété chronique.

L'angoisse et l'anxiété sont couramment confondus.

Les situations d'urgences sont souvent génératrices d'anxiété, non seulement pour le patient, mais également pour sa famille et ses proches. Il n'est pas à exclure que les soignants sont également sujets à l'anxiété lors des situations d'urgence. Celle-ci peut se manifester sous des formes diverses et elle est très contagieuse. Par exemple, un patient qui semble contrôler la situation d'urgence peut très vite être touché par l'anxiété de son entourage, que ce soit sa famille, ses proches, mais aussi par l'équipe soignante.

2.3.2. Douleur / peur

Un manque de communication en situation d'urgence peut également majorer ou créer des douleurs et des peurs chez le patient. Selon le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, la peur est définie comme un « État affectif plus ou moins durable, pouvant débiter par un choc émotionnel, fait d'appréhension (pouvant aller jusqu'à l'angoisse) et de trouble (pouvant se manifester physiquement par la pâleur, le tremblement, la paralysie, une activité désordonnée notamment), qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire ».

Autrement dit, la peur peut se définir comme étant un statut émotif qui dure ou non dans le temps, qui émerge souvent par une charge émotionnelle où l'appréhension joue beaucoup. Cet état émotionnel peut se manifester de différentes manières, allant de l'anxiété jusqu'à l'angoisse, avec des troubles somatiques plus ou moins visibles (sueurs, tremblements, paralysie, palpitations etc...). Il est secondaire à la prise de conscience d'un danger ou d'une menace qui peuvent être réel ou potentiel. Pour Alain Rey, la peur plonge la personne concernée dans un sentiment d'insécurité et de désarroi.

2.4. Les attitudes et valeurs soignantes

Dans cette partie, nous allons étudier les attitudes et les valeurs soignantes qui peuvent influencer la prise en soins de patients en situation d'urgence. Nous allons notamment aborder les notions de positionnement et d'attitudes soignantes, les expressions et les valeurs soignantes.

2.4.1. Positionnement et attitudes

D'après le Grand Dictionnaire Terminologique, le savoir-être est défini comme étant la « capacité de conduite personnelle appropriée à l'emploi considéré, pour un individu (savoir accueillir une personne agressive par exemple) ». Autrement dit, le savoir-être peut-être défini comme étant l'aptitude d'un individu à avoir une posture adéquate en fonction de la situation.

Selon le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, l'écoute active est un « type d'écoute (qui) implique un silence intérieur, ce qui exclut un questionnement immédiat, le fait d'émettre ses propres idées, d'interpréter, suivant ses propres valeurs et enfin, de ne pas interrompre le flot de paroles de la personne présente. L'écoute bienveillante est une compétence indispensable à la relation d'aide, à tout entretien. L'écoute active se concrétise avec la reformulation qui résume l'histoire de la personne. L'attitude du soignant (congruence, communication para verbale) permet d'exprimer son degré d'attention pour aider et favoriser le développement de la relation. Le soignant saura rester neutre, indépendant et distinguer les sentiments de la personne soignée, des siens. »

En d'autres mots, l'écoute active consiste à écouter les dires d'une personne sans intervenir, savoir être attentif aux signes de communication verbale et non-verbale sans soumettre son propre avis sur le sujet, tout en étant impartial. L'écoute active ou « écoute bienveillante » est primordiale afin de construire une relation d'aide avec le patient. Suite à cette écoute, il est nécessaire de reformuler les idées de la personne avec nos propres mots pour s'assurer d'avoir bien perçu le sens et les paroles de celle-ci. Le comportement du soignant lors de l'écoute active est très important car son non-verbal et son para-verbal permettent de montrer le degré d'intérêt que l'on porte aux paroles du patient, car on ne peut pas le transmettre avec des mots.

2.4.2. Valeurs soignantes

D'après le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, l'empathie est « la démarche par laquelle le clinicien s'efforce d'utiliser tout le matériel apporté par son client, qu'il soit verbal ou non, pour entrer dans l'univers de celui-ci, pour voir le monde comme lui ».

C'est donc la capacité du soignant à analyser les dires et le comportement du patient afin de comprendre sa situation, d'apprécier sa vision des choses et son « univers ». Cette valeur est l'une des valeurs clés de la profession infirmière. Effectivement, l'empathie est très souvent nécessaire pour une prise en charge de qualité du patient. Il est important en tant qu'infirmier de savoir se remettre en question et s'interroger sur ses pratiques, en se mettant plus ou moins « à la place » du patient, pour essayer de comprendre la position dans laquelle il se trouve.

2.5. Le contexte d'urgence

Le contexte d'urgence est une notion primordiale de mon travail de recherche. Dans cette partie, nous allons définir « l'urgence », aborder le rôle infirmier dans les situations d'urgences, puis les priorités dans ce genre de contexte et nous parlerons enfin du vécu de l'IDE en situation d'urgence.

2.5.1. Définition de « l'urgence » et rôle infirmier

L'urgence est définie par le Dictionnaire Larousse comme étant une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. ». Dans cette définition relativement simple du dictionnaire, nous pouvons remarquer qu'elle est composée de 4 éléments importants de « l'urgence ». En effet, cette définition de l'urgence aborde la notion de pathologie, qui fait donc référence à une maladie ou un dysfonctionnement au sein de l'organisme. Suite à ce dysfonctionnement, un diagnostic est posé puis un traitement est mis en place afin de remédier à ce problème de santé. La dernière notion abordée dans cette définition de l'urgence est la notion de temps :

les actions à mettre en place doivent être rapides. En effet, lors de situations d'urgence, il faut agir vite, il n'y a pas de perte de temps possible, les actions et traitements doivent être rapidement mis en place.

La définition donnée dans le cours intitulé « L'organisation des urgences en France » de l'Unité d'Enseignement 4.3 Semestre 4 du 24/05/2019 de l' est : « L'urgence est un problème qui touche la santé de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète à tort ou à raison l'intéressé ou son entourage.

Il existe plusieurs types d'urgence : l'urgence réelle ou vraie, l'urgence fonctionnelle, l'urgence sociale, l'urgence ressentie par le malade ».

Cet apport conforte la définition donnée ci-dessus. L'urgence implique donc un problème de santé qui survient de façon inattendue. Plusieurs types d'urgences existent et la prise en charge du patient va varier en fonction du type et du degré de l'urgence.

Le rôle de l'infirmier en situation d'urgence est défini par le Code de Santé Publique par l'article R4311-14 : « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable.

Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. »

2.5.2. Les priorités dans un contexte d'urgence

D'après Steg A., les termes « accueil des urgences » ont chacun beaucoup de sens, et le terme « urgences » peut sembler prioritaire à première vue. En effet, le terme « urgence » peut s'apparenter aux soins dits « techniques », au côté « médical », thérapeutique, et cela peut sembler primordial. Mais il ne faut pas oublier le terme « d'accueil » qui est tout aussi signifiant aux urgences. Ce terme met en valeur l'aspect « psychologique » que l'on peut avoir avec le patient, « l'approche humaine » lors de son arrivée dans le service. Généralement, lorsque le patient entre aux urgences, il apporte avec lui des émotions (craintes, stress, anxiété, panique...) car ce sont des situations peu courantes et anxiogènes. L'étape d'accueil est donc indispensable pour lui permettre de verbaliser et d'extérioriser ses craintes et son ressenti, et ainsi permettre à l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation de réaliser son recueil de données.

2.5.3. Le vécu de l'IDE en situation d'urgence

Dans les situations d'urgences, les patients et leur entourage peuvent être touchés par la peur, le stress, l'anxiété voire même l'angoisse. Mais il n'est pas à omettre que les soignants ont également des émotions sensibles à celles des patients et de leur entourage, et notamment lors de situations d'urgences où « l'incertitude » et l'aléatoire sont de mise.

2.6. Le vécu du patient

Pour terminer mes recherches théoriques, j'ai voulu me pencher sur le vécu du patient. Je pense que cette notion est très importante à garder en tête pour réaliser des soins de qualité aux patients. Nous allons voir premièrement le vécu du patient à proprement parler, puis nous allons aborder la notion de réminiscence.

2.6.1. Vécu du patient

Selon Debout C., le milieu des urgences est régulièrement assimilé à la « détresse », et celle-ci peut être de diverses natures : vitale, somatique, psychologique et sociale. Les patients entrent généralement avec l'espoir d'être guéris, soulagés, et pris en considération par l'ensemble de l'équipe soignante. Être admis dans un service d'urgence place l'individu dans une dynamique de stress, d'anxiété, il se retrouve face à l'incertitude, il est dans le « mystère » car il se retrouve dans un milieu souvent méconnu et anxiogène. La façon dont ce stress et cette anxiété seront gérés par le patient dépendra de sa capacité à gérer ses émotions, mais également des relations qu'il exercera avec l'ensemble de l'équipe soignante ainsi que du contexte et du degré d'urgence dans lequel il sera admis aux urgences. En effet, la communication et les relations créées avec les membres de l'équipe joueront pour beaucoup dans le vécu du patient sur son « séjour » aux urgences. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il arrive généralement dans ce type de service pour une détresse ou une souffrance, et peu importe la nature de cette détresse, le patient attendra de pouvoir exprimer et extérioriser sa souffrance. Le patient exigera d'être entendu, écouté et que sa situation soit prise en considération, c'est donc pour cela que la qualité de la communication et de la relation avec le patient est primordiale dans les services d'urgences.

2.6.2. Les réminiscences de l'hospitalisation

Le Dictionnaire LAROUSSE définit les réminiscences comme étant un « Retour à la conscience claire de souvenirs non accompagnés de reconnaissance ». Autrement dit, les réminiscences seraient l'impression générale qu'aurait le patient de sa prise en soin, après son hospitalisation.

Les réminiscences de l'hospitalisation du patient représentent son ressenti global suite à son passage dans le service ou dans l'unité. Ces réminiscences peuvent être influencées tout au long de la prise en soin, et peuvent varier en fonction de la relation soignant-soigné mise en place, de la qualité de la communication et enfin de la relation de confiance établie entre l'infirmier et le patient.

Selon les « Recommandations Pour L'accueil D'un Patient Et De Sa Famille En Hospitalisation Au Centre Hospitalier Francois Quesnayde Mantes-La-Jolie », à l'accueil, il est important de proposer aux patients d'exprimer leur ressenti sur leur hospitalisation via le questionnaire de satisfaction.

En effet, cela fait partie des objectifs de l'accueil selon ce Centre Hospitalier : « Inciter les patients à donner leur avis sur leur séjour à l'aide du questionnaire de satisfaction ».

Le ressenti de l'hospitalisation du patient est peut-être un élément trop peu pris en compte par les équipes soignantes, car celles-ci ne bénéficient pas systématiquement d'un retour direct du patient.

3. Dispositif méthodologique du recueil de données

Question de départ : « *En quoi la communication instaurée par l'infirmier influe-t-elle la prise en soins d'un patient dans un contexte d'urgence ?* »

Mettre en situation :

- Urgence relative
- Urgence vitale

Questions principales	Questions de relance
Depuis combien de temps exercez-vous aux urgences ?	Quelles expériences de l'urgence auparavant ? Dans quels services travailliez-vous ?
Pour vous, qu'est-ce que l'urgence ?	Degré d'urgence ? urgence vitale ? urgence relative ? urgence sociale ? urgence psychiatrique ?
Pouvez-vous me parler de la dernière situation d'urgence que vous avez rencontrée ? <u>Situation d'urgence relative :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce qui a été facile ? - Qu'est ce qui a été difficile ? - Quels besoins ? - Quelles ressources ? <u>Situation d'urgence vitale :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce qui a été facile ? Qu'est ce qui a été difficile ? - Quels besoins ? - Quelles ressources ? 	Communication ? Création d'une relation de confiance ? La prise en charge globale ? Les soins techniques
Quand vous prenez soin d'un patient dans un contexte d'urgence, qu'est ce qui est important pour vous ?	Le relationnel ? Soins techniques ? La famille ? La douleur ? L'anxiété ?
Quelles sont vos ressources ? Quelles sont vos difficultés ?	Équipe, connaissances, expérience... Manque de temps, stress, manque de formation, locaux inadaptés ?
Quelle place accordez-vous à la communication ?	Les soins relationnels ? La relation de confiance ? Les outils de communication ? La relation soignant-soigné est-elle primordiale en situation d'urgence ?
La communication influe-t-elle la prise en charge dans le contexte d'urgence ?	Les soins relationnels améliorent-ils la prise en soins globale du patient en situation d'urgence ?
Dans un contexte court de prise en charge comme en service d'urgence, qu'en est-il de la relation de confiance, ou comment instaurez une relation de confiance ?	Qu'est-ce que la relation de confiance ? Quels mots utilisez-vous pour entamer la relation ? Qu'est-ce que vous expliquez au patient ? Quels sont les éléments de la situation d'urgence à prendre en compte ?
Quels sont vos besoins ? Vos manques dans les contextes d'urgence ?	Formation ? temps ? locaux adaptés ? outils de communication ?

4. Analyse descriptive et interprétative des entretiens

IDE 1 : rouge (SAMU/SMUR)

IDE 2 : (vert Sapeur-Pompier)

IDE 3 : bleu (Service d'Urgences)

4.1. Expérience de l'urgence.

J'ai choisi d'interroger les professionnels sur leurs différentes expériences professionnelles et notamment celles de l'urgence, afin d'observer s'il existe des différences de discours en fonction du niveau d'expérience de chacun.

L'IDE 1 est infirmier depuis 7 ans, avec 5 ans d'expérience aux urgences et 2 ans au SAMU/SMUR, en préhospitalier.

L'IDE 2 quant à elle est infirmière depuis 16 ans et IDE Sapeurs Pompier Volontaire depuis 16 ans également. Elle m'explique en effet que *“Sapeur-Pompier Volontaire c'est en complément de mon activité”, “au départ plutôt des missions d'intérim, un peu de partout, je me sentais plus attirée par ce qui était urgences donc c'était là qu'on m'envoyait le plus, et après j'ai fait de la rééducation fonctionnelle essentiellement”*.

L'IDE 1 et 2 ont donc tous les deux une expérience de l'urgence en préhospitalier.

Lorsque je demande à l'IDE 3 son expérience aux urgences, il me répond : *“ça va faire bientôt 3 ans [...] j'ai fait un peu de cardio avant, et un peu de SDR avant d'arriver aux urgences.”*

Ces 3 professionnels ont donc tous les 3 une expérience significative de l'urgence, que ce soit en milieu hospitalier ou en préhospitalier et plus ou moins longue. Ils peuvent donc avoir tous les 3 un avis critique sur le thème de la communication en situation d'urgence.

4.2. Définition de l'urgence

J'ai souhaité obtenir leur propre définition de « l'urgence », afin de me rendre compte de leur vision de celle-ci en tant qu'IDE. Grâce à cette définition, on se rend compte de l'idée que se fait chaque infirmier de « l'urgence », et quels sont les points importants qu'ils abordent dans leur définition.

Nous allons également étudier les différents degrés d'urgences que l'on peut rencontrer, car nous pouvons supposer que la prise en charge et les priorités ne seront pas les mêmes.

Nous verrons aussi qu'il existe différents types d'urgences, comme par exemple l'urgence somatique, l'urgence sociale ou bien l'urgence psychologique.

Enfin, nous allons voir que le thème de « l'urgence » est très vaste et varié selon les IDE interrogés.

4.2.1. Définition de l'urgence

Lorsque j'interroge l'IDE du SAMU/SMUR sur sa définition de l'urgence, celui-ci me répond que l'« Urgence, c'est vraiment une situation où un patient va présenter des décompensations, [...] qui n'est pas dans un état de santé, on va dire plutôt normal, et qui va nécessiter qu'on mette en place des actions, soit thérapeutiques directement, soit des actions pour prévenir d'éventuelles complications ».

Donc selon l'IDE 1, l'urgence incite à la mise en place d'actions d'ordres différents, en fonction des situations et de l'état de santé du patient.

Pour l'IDE Sapeur-Pompier, la principale « caractéristique du préhospitalier c'est quand même l'inattendu déjà ».

Selon elle, la principale caractéristique de l'urgence serait donc la notion d'inattendu, le fait de partir en intervention sans savoir à quoi s'attendre : « Les interventions ne sont pas toujours en adéquation avec le ticket de départ ».

Celle-ci me précise également qu'il faut agir vite en situation d'urgence, et qu'il ne faudrait pas avoir besoin de réfléchir une fois la situation analysée : « que les actions soient quand même des actions réflexes, puisqu'il n'y a pas de perte de temps à avoir ». « Il ne faut pas se poser de question, quand c'est un arrêt, c'est telle dose, telle dose... »

Enfin, l'IDE des urgences définit l'urgence ainsi : « quand une personne va être en danger pour elle-même ou pour les autres ». Il soumet donc l'idée que la notion d'urgence ne mets pas toujours le patient lui-même en danger, mais que celui-ci pourrait mettre en danger les autres, et que cela nécessite une prise en charge rapide.

4.2.2. Les degrés d'urgences

Lors de mes entretiens, les IDE m'ont expliqué qu'il existait différents degrés d'urgences, et qu'en fonction de ce degré, la prise en charge du patient n'allait pas être la même.

L'IDE 1 me dit alors que, « Dans un service d'urgence par exemple, on peut avoir l'urgent et le moins urgent ».

En effet, les situations sont différentes, et le degré d'urgence ainsi que les actions à mettre en place varient d'une situation à l'autre : « soit thérapeutiques directement, soit des actions pour prévenir d'éventuelles complications ».

L'IDE 2 m'explique qu'un infirmier Sapeur-Pompier : « part que sur de l'urgence vitale ». Elle évoque donc la notion « d'urgence vitale », en donnant des exemples de situations fréquemment rencontrées : « inconscience, accouchement inopiné, arrêt cardiaque »

Elle explique donc que le degré d'urgence varie en fonction de l'état de santé du patient : « à partir du moment où il y a de l'inconscience déjà, il y a du degré quand même... ».

Elle m'explique en effet que le médecin du SAMU/SMUR, n'est « pas toujours là dans les premières minutes ». Cette citation nous montre l'importance de la rapidité dans les situations d'urgences, où chaque minute compte.

L'IDE des urgences me dit que lorsque les patients se présentent aux urgences : « pour nous ce n'est pas forcément une urgence vitale, mais pour eux ça va être une urgence ». L'IDE 3 aborde lui aussi la notion d'urgence vitale, et il précise que toutes les situations d'urgences ne sont pas forcément des urgences vitales.

4.2.3. Les types d'urgences

L'IDE 3 est le seul à m'avoir parlé des différents types d'urgences. En effet, selon lui, « il y a plusieurs types d'urgences, il y a l'urgence somatique, [...] il y a aussi l'urgence psychologique ». Nous pouvons donc remarquer que les situations d'urgence ne sont pas toutes les mêmes, et que le motif de recours aux soins peut être différent en fonction des besoins des patients.

4.2.4. L'urgence est variée

J'ai ensuite souhaité parler de la variété de l'urgence, car lors de mes entretiens, j'ai pu me rendre compte que « l'urgence » était une notion très vaste selon les professionnels de santé. En effets, il existe

différents degrés d'urgences, différents types d'urgence, et c'est pour cette raison que chaque situation est unique et varie de l'une à l'autre.

L'infirmier 1 me dit alors que la notion de « L'urgence, c'est assez vaste comme question », et que l'« urgence ça veut tout dire et rien dire... ».

Il existe tellement de situations d'urgence différentes, que pour l'IDE 1, la notion « d'urgence » est donc difficilement qualifiable.

L'IDE 2 m'a confiée que « La caractéristique du préhospitalier c'est quand même l'inattendu »

Effectivement, les situations d'urgences varient énormément d'une situation à l'autre, et les professionnels ne savent pas toujours à quoi s'attendre lorsqu'ils partent en interventions, et peut être plus particulièrement chez les IDE Sapeurs-Pompiers. « Nous à la base on part que sur de l'urgence vitale. [...] quand on arrive, ce n'est pas forcément du vital ». Cette phrase de l'IDE 2 nous montre bien que les situations d'urgence peuvent varier.

L'IDE 3 me dit également que pour lui, « l'urgence c'est assez varié je pense ».

Les 3 IDE se rejoignent donc sur le fait que la notion « d'urgence » est quelque chose de vaste et très varié, et que d'une situation à l'autre la prise en charge ne va pas être la même. Ceci varie en fonction des besoins du patient.

4.3. La communication dans les situations d'urgence.

Ensuite, j'ai souhaité aborder la question de la communication, et notamment la communication dans les situations d'urgence. Je voulais savoir comment les infirmiers communiquent avec le patient dans ce contexte. Qu'est-ce que cette communication pouvait apporter et impliquer ?

Nous allons donc voir les types de communication utilisés par les professionnels, ainsi que leur contenu.

Puis nous parlerons de la communication et de la création d'une relation de confiance.

Et enfin, nous allons voir une compétence importante en communication : la capacité d'adaptation.

4.3.1. Les types de communication

J'ai donc voulu connaître les différents types de communication utilisés par les professionnels en situation d'urgence, afin de repérer s'il y en avait un plus utilisé que les autres.

Lorsque l'infirmier 1 me parle de sa dernière situation d'urgence vitale, il m'explique que les types de communication qu'il a utilisés étaient la « communication verbale », et la communication « non-verbale ». Il précise également que « pour entrer en communication, c'est la communication verbale, c'est vraiment la principale » avec les patients qui se présentent aux urgences.

Ensuite, il m'explique que pour adapter la communication avec les patients sourds/muets aux urgences, une infirmière des urgences communique en langage des signes, afin de maintenir un lien et une communication avec ces patients : « Une de nos collègues qui fait en langage des signes ».

L'IDE 2 ne m'a pas parlé des différents types de communication lors de mon entretien avec elle.

Lors de mon entretien, l'IDE 3 a évoqué les notions de communication verbale et non-verbale : « Il n'y a pas que l'information verbale, il y a aussi le non-verbal, on va beaucoup travailler aussi là-dessus ». Donc d'après l'infirmier des urgences, la communication non verbale reste très importante pour les prises en charge des patients.

4.3.2. Le contenu de cette communication

Puis, j'ai voulu savoir quel était le contenu de cette communication avec le patient. Que faut-il dire au patient en situation d'urgence ? Quels sont les mots à utiliser ? Quels sont les éléments à apporter au patient pour une bonne prise en charge de l'urgence ?

L'infirmier 1 m'a également parlé du contenu de sa communication avec le patient, il me dit que c'est surtout de la « Réassurance, surtout ça, vraiment explications vraiment des soins qu'on va faire, sans se cacher forcément derrière des choses, expliquer l'état de santé dans lequel il est, que si on ne faisait rien effectivement il allait décéder. ».

Ici on peut remarquer que l'infirmier du SAMU insiste sur les explications qu'il faut donner au patient, lui détailler le déroulé de la prise en soins, et qu'il ne faut pas « cacher » au patient l'état de santé dans lequel il se trouve : « C'est quand même de lui expliquer, même si on doit l'endormir, l'intuber par exemple, c'est lui expliquer qu'est ce qui va se passer, et pourquoi on le fait. ».

L'IDE 2 m'explique que la prise en charge des enfants se déroule généralement mieux lorsque l'on prend le temps de discuter avec eux : « chez les enfants, des fois rien que de détendre un petit peu, de pouvoir parler tranquillement [...] ça marche plutôt bien. ». Selon elle, la parole joue beaucoup dans la prise en soin.

Elle m'explique aussi que notre communication va se faire en fonction des dires du patients : « c'est vraiment au vu de ce qu'ils vont dire qu'on va partir dans un sens ou dans un autre ».

L'IDE 3 rejoint l'infirmier 1 sur le fait qu'il faut donner des explications au patients sur les soins réalisés et qu'il faut lui expliquer son état de santé, qu'il soit bon ou mauvais : « donc il faut quand même lui dire les choses, en disant que c'est quand même grave ce qu'il a [...] on va le rassurer en lui disant que l'on s'occupe bien de lui, lui expliquer ce qu'on lui fait », « rien que lui expliquer ce que tu fais, pourquoi tu le fais, ça aide quand même pas mal ».

4.3.3. La création d'une relation de confiance

L'IDE 1 me raconte que lors d'une prise en charge SAMU/SMUR, au début le patient était plutôt agressif envers l'équipe : « plutôt menaçant, insultant », mais que par la suite, « la relation de confiance c'est beaucoup fait, on a utilisé pas mal de techniques pour l'apaiser, pour lui expliquer quand même la situation, qui était grave, et finalement il s'est plutôt laissé faire et nous a plutôt remercié on va dire, sur la fin. »

Ici, nous pouvons remarquer que l'infirmier utilise la communication pour rassurer le patient, pour l'apaiser afin qu'il accepte les soins et soit en confiance. Nous pouvons également relever que grâce à cette communication, l'infirmier crée une relation de confiance avec le patient, et que cela améliore considérablement la prise en soins du patient car il finit par accepter les soins proposés. Il ajoute aussi que « Même si on est en urgence vitale, savoir expliquer, ça permet de rassurer aussi le patient et souvent les soins se passent mieux. » et que selon lui, « Si on ne communique pas avec le patient, pour moi on loupe quelque chose, c'est quand même la base d'une relation de confiance qu'on essaie d'avoir avec le patient » « La communication [...] permet quand même de mettre les gens en confiance ». « Créer quand même une relation de confiance pour que ça se passe le mieux possible ».

L'IDE 2 me dit que généralement, la création d'une relation de confiance « ça se passe plutôt bien », qu'il faut parfois « accompagner les gens, désamorcer » et qu'« ils sont quand même très demandeurs d'un accompagnement ». Elle ajoute que « globalement la relation de confiance elle s'instaure assez facilement ».

L'IDE 2 nous a expliqué que généralement, la relation de confiance s'installe assez facilement, et que les gens cherchent souvent à être rassurés et accompagnés, d'où l'importance de cette relation de confiance.

Elle explique enfin « que c'est la première chose, si on n'essaye pas de mettre une relation de confiance dès le départ et de désamorcer et de soulager [...] c'est difficile. ».

Enfin, l'IDE 3 m'explique que « Sur la plupart des situations d'urgence comme ça, c'est ne pas faire paniquer le patient [...] on va le rassurer ». Il me dit aussi que de « Revenir sur les choses mine de rien ça rassure énormément », « tu leur expliques ce que tu fais, pourquoi tu le fais, et t'essayes de leur donner des informations », et que « plus tu leur expliques, plus finalement ils vont avoir confiance en toi, parce qu'ils vont comprendre ce que tu leur fais, [...] ils vont être moins stressés, ça met de la confiance ».

L'infirmier des urgences nous explique ici qu'il ne faut pas engendrer de stress supplémentaire à la situation, et qu'il faut au contraire essayer de rassurer au maximum le patient pour entrer dans une relation de confiance avec lui. En lui expliquant les soins et les choses mises en place, le patient va beaucoup gagner en confiance.

4.3.4. L'adaptabilité

Lors de mes entretiens, je me suis rendu compte que les infirmiers m'ont parlé de la capacité d'adaptation, et notamment le fait de savoir adapter sa communication en fonction du patient que l'on a en face de nous lors des soins.

L'IDE 1 me raconte alors une de ses prises en soins et qu'il faut « vraiment essayer de s'adapter aussi à sa communication, parce qu'au début il était plutôt insultant, donc c'est quand même remettre un cadre, pas forcément se laisser insulter non plus, et après ça s'est plutôt bien fait... ».

L'IDE 1 m'explique donc l'intérêt de s'adapter à la communication de la personne que l'on a en face de nous. En effet, si le patient se montre agressif, il ne faut pas se montrer agressif en retour, mais plutôt adapter sa communication afin que la situation se déroule pour le mieux.

Ensuite, l'IDE 2 allant dans le même sens, me dit que : « même pour les gens alcoolisés, si ça monte, si ça monte, et que vous montez aussi, et là, si on n'essaye pas de désamorcer, ça peut très vite mal finir... », « donc tout de suite on se braque et on les braque, on n'obtient plus rien. » Cette citation de l'infirmière nous montre bien qu'il est vraiment nécessaire d'adapter sa communication en fonction des patients que l'on prend en soins, car sinon la prise en soins peut rapidement se compliquer, notamment avec les personnes alcoolisées selon les dires de l'infirmière.

L'infirmière 2 finit par me dire qu'en « fonction de ça on s'oriente [...] c'est vraiment au vu de ce qu'ils vont dire qu'on va partir dans un sens ou dans un autre ». Cette citation nous montre bien cette capacité d'adaptation qui est nécessaire pour certaines prises en soins.

Enfin, l'IDE 3 me raconte une prise en charge compliquée au sein des urgences et il m'explique que « Dans ces cas-là tu ne vas pas l'empêcher d'aller fumer, par contre tu limites le temps ». « Tu t'adaptes en fait, comme partout mais en fait tu t'adaptes à chaque situation aussi. » L'IDE 3 me parle donc d'une situation où la communication et la prise en soin étaient compliquées parce que le patient n'adhérait pas aux soins, et il souhaitait sortir fumer. L'infirmier a donc fait preuve d'adaptabilité pour satisfaire le besoin de fumer du patient, tout en pouvant continuer les surveillances qu'il devait réaliser.

4.3.5. Les limites de la communication

J'ai ensuite voulu savoir quelles étaient les limites de la communication en situation d'urgence, car nous pouvons nous douter que la communication peut parfois ne mener à rien avec certains patients. Le patient n'est pas réceptif à la communication et donc la création d'une relation de confiance se complique.

L'IDE 1 me confie alors que la communication « ne fonctionne pas tout le temps mais là pour le coup ça a fonctionné », dans la situation qu'il me racontait.

L'infirmier me précise tout de même que la communication possède ses limites et que cela ne fonctionne pas dans toutes les situations et avec tous les patients :

« Certains peuvent être agressifs ou autre »

Il me dit aussi que « Des fois on a beau communiquer, de toute façon, des fois on peut avoir un mur presque en face, où là on sait qu'au bout d'un moment ça ne servira presque plus à rien de continuer dans la communication, puisque derrière on a pas du tout l'effet qu'on recherche ».

Quant à l'IDE 2, elle me dit : « Je n'ai jamais vu, ou à part dans les situations où les gens sont alcoolisés, où le contact est difficile ». Cette citation de l'infirmière nous montre encore que la communication a des limites, et que dans certaines situations, il est compliqué de la mettre en place. D'autant plus que chaque situation est différente :

« C'est difficile, les situations vont vraiment changer d'une à l'autre. », « Donc tout de suite on se braque et on les braque, on n'obtient plus rien. ». Si le lien établi dès le début avec le patient n'est pas de bonne qualité, la prise en soins peut réellement se compliquer par la suite.

L'IDE 3 m'explique une situation qu'il a vécu avec un patient, où la communication était entravée : « comme il était intubé, il était forcément sédaté, donc c'était limité » Ici, l'IDE 3 nous explique que lorsque le patient est intubé et sédaté, la communication trouve ses limites, il est alors beaucoup plus compliqué de rentrer en communication avec lui, et la communication ne sera donc pas la même.

L'infirmier me dit aussi que si le patient ne comprend pas l'intérêt et l'objectif des soins, la communication peut se compliquer : « communication, dans un premier temps ça a été un peu galère parce qu'il ne comprenait pas pourquoi on le traitait », « plus compliqué parce qu'il voulait en faire un peu qu'à sa tête ».

Il m'explique enfin que comme nous l'avons vu, la communication n'est pas toujours possible : « des fois la communication elle n'est pas possible, soit par rapport à des démences, par rapport au motif d'entrée, par rapport à pleins de choses... »

4.4. L'essentiel dans une situation d'urgence.

J'ai également souhaité connaître les priorités de professionnels lorsqu'ils sont en situation d'urgence.

Je voulais savoir quelle était la place de la communication dans leur prise en charge. Comment arrivent-ils à combiner les soins techniques, les soins relationnels, la prise en charge de la famille, l'anxiété et la douleur ? Ces éléments qui sont régulièrement retrouvés dans les situations d'urgences. Comment réussir à créer un équilibre pour aboutir à une prise en soins de qualité ?

Lors de mes entretiens, je me suis rapidement rendu compte qu'il existait vraiment 2 éléments essentiels pour une prise en soin de qualité dans un contexte d'urgence. Il s'agit des soins techniques et des soins relationnels.

L'IDE 1 me raconte qu'« Il y a deux choses, que je mets à peu près au même niveau, [...] c'est tout ce qui est relationnel, [...] et cette partie technique. [...] Les deux se valent. »

L'IDE 2 me dit quant à elle que « C'est difficile de mettre quelque chose en avant, parce que les situations sont différentes, donc c'est compliqué. Ils n'ont pas tous la même demande. On peut vraiment partir d'un contexte, où la famille est complètement paniquée, et là pour le coup il va déjà falloir désamorcer ça, ou des situations où c'est plutôt bien géré et le relationnel va passer un peu après. ».

L'IDE 3 m'explique lui que « ça va dépendre après du motif d'entrée [...] si c'est des détresse psy [...] il faut beaucoup jouer sur le relationnel [...] une personne qui fait une dissection aortique, tu vas pas le faire du tout de la même façon ».

Nous allons donc dans un premier temps aborder les soins techniques, dans un second temps nous allons parler des soins relationnels.

Ensuite nous allons nous pencher sur la prise en charge de la famille et de l'entourage.

Puis nous allons voir les notions d'anxiété, de stress et de douleurs. Et enfin, nous allons parler de l'entre-aide en situation d'urgence.

4.4.1. Les soins techniques

Nous allons voir ci-dessous que les soins techniques peuvent occuper une place importante dans la gestion d'une situation d'urgence, et que les infirmiers y prêtent beaucoup attention.

L'IDE 1 m'explique qu'en situation d'urgence, il y a quand même « Cette partie technique, parce que si on ne fait rien, en fait l'état du patient va s'aggraver voire aller jusqu'au décès. ». Ici, l'infirmier montre bien que dans une situation d'urgence vitale, les soins techniques restent très importants, car c'est le but premier de la prise en soin, réussir à « contrôler » l'état de santé du patient, pour éviter qu'il ne s'aggrave.

Il précise aussi qu'en fonction de l'état de santé du patient, nous allons avoir plus ou moins de communication : « quand le patient est inconscient, on va avoir un peu moins de communication forcément avec lui, et peut être se concentrer un peu plus sur la partie technique. »

L'IDE 2 me dit que « Parfois malheureusement l'urgence fait que le côté technique va passer avant le relationnel ». « Le côté technique quand même » « Sur des arrêts pour le coup [...] c'est le côté technique qui prime ». Grâce à ces citations, il est facile de se rendre compte que dans des situations d'urgences vitales, le côté technique va souvent prendre le dessus sur les soins relationnels.

Enfin, l'infirmier des urgences m'explique que pour « une personne qui fait une dissection aortique, [...] tu ne vas quasiment pas parler au patient, sauf une fois qu'il est à peu près stabilisé », « c'est tellement urgent qu'on ne va quasiment pas lui parler ». Il nous confirme également par cette citation que lorsque l'urgence est vitale, les soins techniques vont être plus importants, et que les soins relationnels vont passer après, une fois le patient et l'urgence stabilisée.

4.4.2. Les soins relationnels

Nous allons ensuite parler des soins relationnels, qui sont tout de même très importants selon les infirmiers interrogés, comme nous allons le voir ci-dessous.

En effet, l'IDE 1 me précise que lorsque l'état de santé du patient le permet, les soins relationnels sont un élément important pour une prise en charge de qualité, car ces soins permettent de mettre en confiance le patient et de le rassurer. Il me dit alors que « Quand la personne est consciente, tout ce qui est relationnel, réassurance du patient, surtout dans l'urgence vitale, bien expliquer ». La communication est : « primordiale » selon cet infirmier. Il précise ainsi : « autant faire les soins techniques c'est bien, mais si on ne communique pas avec le patient, pour moi on loupe quelque chose », « si on ne rentre pas dans la communication, moi à mon sens, dans le sens que j'ai du soin, on loupe une étape importante.

« Ça permet quand même de mettre les gens en confiance ». Il explique ici, que les soins relationnels sont une étape très importante de la prise en soins.

Ensuite, l'IDE 2 m'explique que « sur un enfant qui souffre, le relationnel il va être primordial !! » « Il y a des situations d'urgences qui ne se gèrent que par la communication d'ailleurs ». L'infirmière m'explique lors de l'entretien que les soins relationnels sont primordiaux pour la prise en charge, et particulièrement chez les enfants, avec qui la communication aide beaucoup. Elle me dit également que certaines situations d'urgence ne se gèrent d'ailleurs qu'avec l'aide des soins relationnels.

Enfin, l'IDE 3 me signale que « si c'est des détresses psy, mine de rien les IMV il faut beaucoup jouer sur le relationnel, parce que sinon ça ne passe pas. ». Cet infirmier m'explique qu'en fonction du motif d'entrée, on va plus ou moins utiliser les soins relationnels. En effet, comme il le dit plus haut, si le patient vient aux urgences pour une détresse psychologique, les soins relationnels vont être primordiaux pour la prise en soin.

4.4.3. Prise en charge de la famille / l'entourage

J'ai ensuite voulu aborder la question de la prise en charge de la famille et de l'entourage, car ces éléments me semblaient importants pour une prise en soin de qualité.

L'infirmier du SAMU/ SMUR ne m'a pas parlé de la prise en charge de la famille dans cette partie de l'entretien.

L'infirmière Sapeur-Pompier me dit que « Sur des arrêts pour le coup, le relationnel on l'aura mais avec la famille en aval. » La communication est « primordiale » selon l'IDE 2 : « que ce soit dans les situations... Enfin toutes, de manière différente mais toutes ! Parce que pour le coup, soit la personne est en arrêt et ça va être l'entourage, soit c'est les enfants, ça va être avec les parents plus l'enfant ». Ici, l'IDE nous explique qu'en fonction de la situation, les interlocuteurs ne vont pas être les mêmes, chaque situation et chaque cas sont différents, et donc la prise en charge de l'entourage et de la famille varie.

« Les parents paniqués, donc la difficulté ben c'était la gestion des parents ». « L'entourage, la souffrance de la famille [...] difficile à gérer. ». L'infirmière m'explique que dans certaines situations, l'entourage et la famille peuvent être compliqués à gérer, c'est la raison pour laquelle il faut toujours les prendre en considération lors des situations d'urgence.

Enfin, l'infirmier des urgences m'explique que « les familles de toute façon on va toujours les voir après coup, on s'occupe d'abord du patient, et les familles on peut les voir une heure ou deux après, mais ça n'est pas notre priorité sur le moment ». « Les familles, elles arrivent généralement dans un deuxième temps, et après en fonction des situations elles peuvent arriver avant, et on peut aller les chercher pour avoir des infos »

Pour l'IDE 3, la priorité dans une urgence vitale n'est pas la prise en charge de la famille, mais bien de stabiliser l'urgence du patient avant de prendre en charge son entourage. Il explique en effet que la famille va être prise en charge seulement après s'être occupé du patient.

Il me dit également que la communication « est hyper importante ! Même avec la famille, vu que je n'en ai pas beaucoup parlé jusqu'à maintenant, des fois il y a des patients où on n'a rien du tout [...] et la famille dans ces cas-là peut nous donner des informations qui vont accélérer le truc forcément ». L'infirmier nous explique que la prise en charge de la famille et de l'entourage reste tout de même primordiale, et que dans certaines situations, ils peuvent être un atout pour la prise en charge du patient, en apportant certaines informations.

4.4.4. L'anxiété/ le stress

J'ai ensuite souhaité aborder les notions d'anxiété et de stress, car nous pouvons nous douter que les situations d'urgences peuvent être anxiogènes, non seulement pour le patient, sa famille, son entourage, mais également pour les soignants qui gèrent cette situation.

L'infirmier 1 m'explique que les patients « sont stressés, généralement quand on arrive aux urgences, on arrive plutôt dans un climat où on n'est pas très rassuré, si on vient aux urgences, donc on a besoin dès l'accueil de créer une relation de confiance. ». Dans cette phrase, l'infirmier exprime le fait que les patients sont stressés en arrivant aux urgences, qu'ils ne sont pas dans un climat de confiance, d'où l'importance de le créer dès l'entrée du patient pour une bonne prise en soin.

Ensuite l'IDE 2 me raconte des situations récurrentes chez les Sapeurs-Pompiers où « Vous partez sur détresse respi, et vous arrivez c'est quelqu'un qui hyperventile, et qui est juste hyper stressé en fait ! ». Cette citation de l'IDE 2 nous montre que le stress peut entraîner des problèmes somatiques comme des détresses respiratoires chez certains patients. L'urgence étant naturellement source de stress, il faut l'éviter au maximum pour améliorer la prise en soin.

Enfin, l'infirmier des urgences m'explique que « plus tu leur expliques, plus finalement ils vont avoir confiance en toi [...] ils vont être moins stressés. » L'IDE 3 aborde la notion de stress chez les patients, en expliquant que grâce à la relation de confiance, le stress du patient pouvait être amené à diminuer, d'où l'importance de la création d'une relation de confiance avec le patient, surtout dans les situations d'urgences.

4.4.5. La douleur

J'ai ensuite voulu parler de la douleur, car je m'étais rendu compte pendant mes stages que la douleur est une composante très fréquente dans notre métier, et qu'il était vraiment nécessaire de la prendre en compte. Malheureusement, les infirmiers que j'ai interrogé ne m'ont pas beaucoup parlé de la douleur lors de mes entretiens.

En effet, au cours de l'entretien, l'IDE 1 et 3 n'ont pas évoqué la notion de douleur dans les situations d'urgence.

L'IDE Sapeur-Pompier me dit par contre qu'« Il y a des gens, les douleurs thoraciques ce n'est pas une douleur thoracique avec une suspicion d'infarctus, c'est une grosse crise d'angoisse. ». Cette citation nous montre que la douleur en situation d'urgence peut être provoquée par le stress induit par cette situation.

4.4.6. L'entre-aide

L'infirmier 3 est le seul à m'avoir parlé de l'entre-aide au sein de l'équipe. Il explique qu'en situation d'urgence, et notamment l'urgence vitale, l'entre-aide avec les membres de l'équipe soignante est primordiale, mais que celle-ci implique en revanche une certaine communication entre les soignants.

Il me dit en effet qu'« Après ce qui est super important dans les situations d'urgences, surtout si c'est de l'urgence vitale, c'est l'entre-aide entre médecin/infirmier/aide-soignant, l'avantage des urgences c'est qu'on n'est jamais tout seul, mais du coup par contre il faut communiquer aussi ! » « Quand tu es en difficulté, le nombre fait que si tu as une question, tu peux demander à ton collègue ».

4.5. Les ressources en situation d'urgence.

J'ai également voulu connaître les ressources à disposition des soignants lorsqu'ils sont amenés à travailler en situation d'urgence. Quels étaient les éléments qui pouvaient leur venir en aide pour leurs prises en soins ?

C'est la raison pour laquelle nous allons aborder les thèmes de l'équipe, des connaissances théoriques, et de l'expérience : les 3 principales ressources en situations d'urgence d'après les IDE que j'ai interrogé.

4.5.1. L'équipe

Nous allons voir que l'équipe fait partie des ressources évoquées par les infirmiers lors de mes entretiens. En effet, les membres d'une équipe soignante doivent pouvoir compter les uns sur les autres dans les situations d'urgences.

L'IDE 1 n'a pas parlé de l'équipe pour évoquer les ressources en situation d'urgence.

Par contre, l'IDE 2 m'explique qu' « au niveau accompagnement, on a quand même systématiquement les médecins au bout du fil, au niveau du 15, si on a un gros soucis et qu'on gère pas, on peut quand même être conseillé par les médecins... ».

Elle me raconte aussi qu'elle n'est jamais seule en intervention : « moi je me déplace toujours en équipe, je ne suis jamais seule, soit il y a un équipier qui est avec moi, une équipe pompière, donc oui, on a au moins ça ».

Elle m'informe aussi que les Sapeurs-Pompiers ont « la possibilité quand c'est des interventions difficiles, de pouvoir faire des retours d'expériences, donc avec une psychologue, elle nous donne la possibilité de désamorcer un petit peu, de rediscuter à distance... », « avoir l'avis de chacun, voilà, comment toi tu as géré ça, comment ça a été » « La simulation et le partage avec les autres sur les situations un peu similaires oui ça aide quand même !! »

Enfin, l'IDE 3 me dit que « comme ressources, mine de rien ce qui peut aider c'est qu'on est nombreux, et même quand tu es en difficultés, le nombre fait que si tu as une question, tu peux demander à ton collègue, lui il saura, [...] tu demandes à ton collègue aussi, on arrive à bidouiller comme ça, et puis mine de rien on a une très bonne ambiance même avec les médecins, ce qui va beaucoup nous aider sur la prise en charge, il n'y a pas de barrière avec les médecins ».

Il apporte beaucoup d'importance à « La communication entre collègues et médecins, on est vraiment une équipe, on communique énormément entre nous ».

4.5.2. Les connaissances théoriques

Lorsque l'on parle de connaissances théoriques, nous pouvons évoquer notamment les différentes formations à disposition du personnel soignant.

Ces formations peuvent être très bénéfiques pour les soignants et peuvent leur apporter des connaissances, des savoir-faire et des savoirs-être importants pour les prises en charge en situation d'urgence.

En effet, l'IDE1 me parle des différentes formations qui peuvent être utiles dans les situations d'urgences : « on a pas mal de formations ici [...] être recyclé de la FGSU plus régulièrement, [...] on a des formations spécifiques [...] formation SAUV, on a des vidéos aussi, [...] formations sur l'agressivité, parce qu'il y en a beaucoup aux urgences, formation de l'accueil des urgences, formations sur les maladies infectieuses, formation risque attentat, situations sanitaires exceptionnelles, formations NRBC. ». Ce nombre important de formations permet aux soignants d'avoir des connaissances particulières dans chaque situation.

Lorsque je parle des ressources en situations d'urgence à l'IDE 1, celle-ci me répond notamment que les protocoles sont très utiles, et qu'il faut en connaître certains pour ne pas perdre de temps : « C'est des protocoles et il y en a un certain nombre où voilà, il ne faut pas se poser de questions », « on a environ une vingtaine de protocoles, après on les connaît pas tous par cœur [...] mais par exemple celui

de l'arrêt cardiaque, ou de la douleur, ce sont des protocoles tellement utilisés, qu'on les connaît sur le bout des doigts. », « Les ressources techniques, on a tout ce qui est écrit, tout est écrit donc pour le coup on ne se pose pas trop de questions ».

Enfin, l'IDE 3 ne me parle pas des connaissances théoriques lorsque que l'on aborde le thème des ressources en situation d'urgence.

4.5.3. L'expérience

J'ai ensuite abordé le thème de l'expérience avec les professionnels, car nous pouvons supposer qu'avec l'expérience acquise au fil du temps, les prises en charge en urgence sont facilitées par « l'habitude ».

Effectivement, l'IDE du SAMU/SMUR m'explique que « travailler dans l'urgence, en soit ce n'est pas ce qu'il y a de forcément plus compliqué, quand on commence à être habitué »

Ensuite, l'infirmière Sapeur-Pompier IDE 2 m'explique aussi que l'expérience est une ressource en situation d'urgence, et qu'à force de pratiquer, nous nous habituons et que les actions à mettre en place se font plus facilement : « ça va faire 15 ans que je suis dans cette activité-là, donc les arrêts cardiaques chez les personnes de 80-90 ans c'est plus facile, ça en déroule quoi ! ». Elle me dit aussi que « La pratique c'est toujours bon, pour le coup il y a quand même certaines situations qu'on ne rencontre pas tous les jours, même si l'arrêt cardiaque j'en ai minimum 1 par mois, c'est pour ça que celui-ci il déroule, que je n'ai pas de difficultés et je ne me sens pas en difficultés sur ces situations-là. ». Elle m'explique aussi que « Par contre la pédiatrie, oui, parce que c'est des situations qu'on ne rencontre pas tous les jours, et pour le coup la ressource après c'est difficile de s'exercer ».

Elle m'informe enfin que les Sapeurs-Pompiers font « de la simulation aussi, avec des situations d'agressivité, donc pour le coup on reproduit certaines situations et on essaye de se trouver des façons d'agir et de se donner des pistes pour avoir de la transférabilité sur d'autres situations »

En revanche, l'IDE 3 ne parle pas non plus de l'expérience comme ressource lors de notre entretien.

4.6. Les difficultés en situation d'urgence.

Une fois les ressources des soignants connues, j'ai voulu savoir quelles étaient les principales difficultés rencontrées par les infirmiers en situation d'urgence.

Nous allons donc voir les manques évoqués par les soignants lors de leurs prises en soins.

Puis nous allons parler de la notion de stress.

Et enfin, l'entourage, l'environnement et les locaux des urgences.

4.6.1. Les manques

Les soignants m'ont fait part d'éléments qui pouvaient manquer pour améliorer leurs prises en soins, et notamment un manque de formations.

En effet, l'IDE 1 m'explique que « dans un service d'urgence, des fois ce qui manque un peu c'est par rapport à l'afflux de patients, le nombre qu'on peut être, faire des soins on va dire, plus de qualité, plutôt que de travailler à la chaîne, c'est peut-être la plus grosse difficulté qu'on peut avoir. »

Il explique également qu'ils disposent d'« une formation sur la communication, alors peut-être avoir une formation spécifique en plus, justement dans ce contexte d'urgence. »

Ensuite, l'IDE 2 me dit que dans « tout ce qui est communication, on a encore beaucoup à apprendre [...] on a eu quelques brèches en communication, donc je pense que oui, il y a toujours à apprendre ». Elle me parle aussi « de communication thérapeutique, l'hypnose, je pense que ce serait génial, j'ai voulu faire la formation l'année dernière mais ça a un coût important » « il y a énormément de choses à

apprendre là-dessus, il y a un travail important, et tout ce qui est hypnose, dans le domaine de l'urgence c'est très très peu utilisé, à tort ! »

Ici, l'infirmière Sapeur-Pompier me fait part de la difficulté d'obtenir des places dans des formations qui seraient susceptible de l'intéresser, comme des formations en communication thérapeutique et en hypnose.

Quant à l'IDE 3, il m'explique qu'aux urgences, « on perd beaucoup de temps », et que généralement, « les difficultés ça va être le nombre de patients, la plupart du temps parce que faut réussir à tout gérer très rapidement, en peu de temps, avec un nombre de patients qui peut être illimité, dans le fond ». Il ajoute que « le monde c'est vraiment compliqué » et que « plus il y a de monde, moins tu as le temps, plus tu cours partout et moins tu as le temps de communiquer ».

Enfin, il me dit qu'au « niveau formation c'est sûr que c'est un peu compliqué parce qu'on n'en a pas tant que ça », « si on avait des formations agressivité on gagnerait plein de temps »

4.6.2. Le stress

J'ai ensuite voulu savoir si le stress induit par les situations d'urgences pouvait poser des difficultés aux soignants.

L'IDE du SAMU/SMUR n'a pas abordé le sujet lors de mon entretien avec lui.

Cependant, l'IDE 2 évoque cette notion à travers diverses citations : « les parents paniqués [...] le stress, [...] le fait que c'était un enfant rajoute un peu de difficultés malgré tout ». « Les cris, les hurlements, la panique, le stress, [...] je pense qui est difficile à gérer. » « Les situations d'urgences font que déjà, il y a un degré de stress ». Elle explique en effet que les situations d'urgences sont de base, source de stress, et que c'est quelque chose de compliqué à gérer.

Enfin, l'IDE 3 me dit que : « sur la plupart des situations d'urgences comme ça, c'est ne pas faire paniquer le patient ». Il faut donc limiter au maximum le stress chez le patient et son entourage pour une meilleure prise en charge globale.

4.6.3. L'entourage / environnement / locaux

J'ai ensuite voulu parler de l'entourage et de l'environnement qui pouvaient parfois poser problème lors des prises en charge dans l'urgence.

Lorsque l'IDE 1 me raconte sa dernière intervention avec le SMUR, il m'explique que « tous les gens nous regardaient, presque prenaient des photos [...] c'était un peu perturbant, après l'urgence en elle-même c'est plutôt bien fait, je n'ai pas eu de soucis majeurs, mais c'est plus l'environnement autour de moi qui m'a perturbé » il me dit aussi qu'« après de faire les soins en eux-mêmes, ce n'était pas forcément ce qu'il y avait de plus compliqué, mais c'était plus la gestion d'un peu tout, la gestion un peu de l'environnement autour de l'urgence ».

Il insiste sur le fait que « C'est plus vraiment des fois les environnements autour qui peuvent être perturbant dans ce qu'on a l'habitude de faire ».

Il me dit enfin : « Après dans l'urgence vraiment vitale, par exemple aux urgences, la seule difficulté qu'on ait, c'est des fois qu'on soit trop nombreux à vouloir gérer l'urgence en elle-même. Du coup on se marche un petit peu sur les pieds, ce qu'on n'a pas forcément au SMUR, où en gros on a une équipe, et que ce soit de l'urgence vitale ou pas, on va savoir ce que chacun fait, ce qu'on a un peu plus de mal seulement sur l'urgence vitale aux urgences. »

L'infirmière Sapeur-Pompier m'explique que c'est « après, quand la situation est terminée, et qu'il faut gérer la famille c'est plus compliqué », dans la situation qu'elle me raconte, et me dit aussi que la principale « difficulté c'était la gestion des parents » et que dans son « activité ce qui a été toujours le

plus difficile à gérer je dirais que c'est plus l'entourage, parce que pour le coup je pense que quand on est dans les soins, on est beaucoup dans la technique, il y a comme une barrière quelque part ». Elle insiste à de nombreuses reprises sur le fait que « C'est plus l'entourage, la souffrance de la famille [...] qui est difficile à gérer. ».

« Ce qui est plus difficile c'est l'aspect humain, où parfois la souffrance des familles est parfois difficile à encaisser », « ce n'est pas toujours facile », l'aspect humain est parfois difficile ». On sent bien à travers ses dires que l'humain et le relationnel sont parfois compliqués à gérer.

Elle précise enfin que « Dans certaines situations, l'entourage peut être aidant, et dans d'autres non, c'est parfois l'entourage le problème ».

Enfin, l'IDE 3 me raconte une de ses situations où : « c'était plus complexe finalement dans la mise en place de la situation ». Il explique que réaliser les soins n'était pas forcément compliqué, mais que la difficulté était plus dans la mise en place du matériel et de la situation en général.

Il précise qu'il « [...] faut communiquer aussi ! Donc tu as des endroits comme le déchoc où c'est plus facile parce qu'on est tous ensemble, les modules longs c'est plus compliqué forcément ». Il m'explique en effet que les locaux des urgences facilitent la communication dans certains endroits comme le déchocage, et au contraire, dans les modules, la communication est plus compliquée. Il ajoute enfin qu'« Au niveau des locaux, c'est clair qu'ils sont beaucoup trop petits, c'est mal fichu, le déchoc est loin donc isolé, sachant que c'est l'endroit où on peut avoir le plus besoin de ses collègues, les modules, la plupart des patients sont dans les couloirs, donc niveau confidentialité c'est compliqué [...] rien que le fait d'être dans le couloir, tu ne peux pas communiquer avec le patient comme tu veux ». Nous pouvons donc remarquer que la communication avec le patient peut être entravée selon l'infirmier, par le « simple fait » que les patients se trouvent dans les couloirs. Comme nous l'explique l'infirmier, cela porte atteinte à la confidentialité des informations médicales pour les patients des urgences.

4.7. L'influence de la communication sur la prise en charge dans un contexte d'urgence.

Pour finir l'analyse de mes entretiens, j'ai voulu connaître, toujours selon les IDE interrogés, quelle pouvait être l'influence de la communication sur la prise en charge, dans un contexte d'urgence.

A cette question, les infirmiers ont abordé les notions de réassurance du patient, de l'apaisement, d'un gain de temps pour la prise en charge et enfin du recueil de données.

4.7.1. La réassurance / l'apaisement

Lors des entretiens, les IDE m'ont expliqué que la communication dans les situations d'urgences permettait de rassurer le patient, mais aussi de l'apaiser lui et son entourage ou sa famille. En effet, l'infirmier du SAMU/SMUR m'explique que la communication a une influence sur la prise en charge, que « ça permet de rassurer les patients, et que si on ne communique pas, des fois, les patients peuvent être un peu plus agressifs et du coup on ne va pas réussir forcément ses soins techniques derrière ». Il précise que « C'est vraiment cette mise en confiance du patient qui est primordiale et dès le début ».

L'infirmière Sapeur-Pompier n'a pas réellement parlé de réassurance lors de l'entretien. En revanche, l'infirmier des urgences me dit que ce qu'il « aime bien c'est quand même revenir sur les choses, et mine de rien ça rassure énormément le patient ». En effet, il m'explique lors de l'entretien, que par exemple sur une urgence vitale, l'équipe va d'abord essayer de stabiliser le patient, et qu'une fois le patient stabilisé, il allait revenir sur les éléments de la prise en charge avec le patient, afin qu'il comprenne les soins prodigués.

4.7.2. Un gain de temps

La communication dans les soins d'urgences permet de gagner du temps pour la prise en charge selon un infirmier des urgences. Les IDE 1 et 2 n'ont pas apporté la notion de gain de temps grâce à la communication dans les situations d'urgences.

Néanmoins, l'infirmier 3 m'explique que la communication, notamment avec la famille, pouvait accélérer la prise en charge, car elle permet d'obtenir des informations précieuses pour la suite des soins : « La famille dans ces cas-là peut nous donner des informations qui vont accélérer le truc forcément. ». Il ajoute enfin que « Forcément parce qu'on gagne du temps, plus on communique, plus on va gagner du temps, et que ce soit avec les différents partenaires, même avec le patient [...] mais tout ça permet de gagner du temps, et c'est du temps pour le patient ! ».

4.7.3. Le recueil de données

Les infirmiers ont ensuite amené la notion de recueil de données lorsque l'on parlait de l'influence de la communication en situation d'urgence. En effet, ils m'ont expliqué que la communication permettait d'obtenir des informations utiles pour la prise en soin, sur le contexte, les traitements, les circonstances, les antécédents etc...

L'infirmier 1 m'explique que le service des urgences dispose d'« un logiciel en plus pour faire de la traduction, propre aux urgences, monté par une infirmière des urgences d'ailleurs, et du coup ça permet quand même de pouvoir traduire pas mal de choses, et de ne pas passer à côté d'éléments importants. ». Il explique ici qu'ils ont les moyens de contourner la barrière de la langue, afin de pouvoir communiquer avec le patient plus ou moins correctement, et d'obtenir tous les éléments susceptibles d'être intéressants pour la prise en charge.

L'infirmière 2 m'explique que dans une situation d'urgence, il faut « écouter déjà, écouter parce que déjà ils ont un contexte, une situation à raconter, ils ont pleins de choses à dire souvent [...] rien que l'écoute, savoir le contexte, la situation, comprendre ce qu'il s'est passé, juste avant qu'on arrive, donc déjà là ça aide énormément, à réaliser le truc, voir... », elle ajoute que « ça donne tout ».

Enfin, l'IDE 3 me dit que la communication est « Hyper importante !! Même sur les traitements aussi, le patient aussi peut nous donner des informations donc ça joue aussi... ». Il précise aussi que « Surtout les urgences vitales, les urgences relatives si on n'a pas tout tout de suite ça peut arriver et on peut s'en passer entre guillemets, mais les urgences vitales chaque minute compte, donc plus on a les informations vite, plus ça avance ! ». Là encore, l'infirmier des urgences insiste sur le fait que la communication permet d'obtenir des informations utiles pour la prise en charge, et que généralement, plus on les a vite, plus c'est bénéfique pour le patient.

5. La discussion

Afin d'achever mon travail de fin d'études, je vais confronter les points de vue des professionnels du terrain avec mes recherches théoriques afin de pouvoir me positionner en tant que futur professionnel. L'objectif étant d'essayer de répondre à ma question de départ « **En quoi la communication instaurée par l'infirmier influe-t-elle la prise en soin d'un patient dans un contexte d'urgence ?** » et la conduire vers une problématique de recherche.

A travers mon cadre théorique, j'ai pu trouver des éléments pouvant éclaircir ma question de départ. Les professionnels m'ont également apporté des éléments de connaissance qui seront utiles à ma future pratique professionnelle.

5.1. La communication

Les expériences que j'ai vécu sur les terrains de stages lors de ma formation, m'ont fait prendre conscience que ma communication avec les patients n'était pas toujours adaptée, et particulièrement lors des situations d'urgence. J'ai alors compris l'importance de notre communication, en tant qu'infirmier, lorsque l'on prend un patient en soin. De nombreux travaux et de nombreuses études sur le thème de la communication la rendent très intéressante à mon goût, comme par exemple le modèle de communication des mathématiciens Shannon et Weaver (1948), ou encore les ouvrages de Margot Phaneuf sur le sujet.

J'ai pu remarquer lors de mes recherches que les auteurs et les infirmiers interrogés sur le terrain étaient plutôt d'accord pour dire que nous ne prêtons pas assez d'intérêt à notre communication, de manière générale, et plus particulièrement à notre langage non-verbal. En effet, nous pouvons penser que l'essentiel de notre communication se trouve dans l'usage des mots, alors que c'est en réalité le langage non verbal qui dévoile le plus d'informations.

En effet, d'après Albert Mehrabian, cité par F. Alric et B. Billebaut (2010), la communication verbale ne représente que 7 % des messages que l'on veut transmettre. L'intonation représente 38 % du message et enfin le langage gestuel 55 %.

Les infirmiers ont insisté sur le fait qu'il fallait être attentif à notre communication verbale et non-verbale, mais qu'il fallait également essayer d'analyser la communication du patient, afin de « cerner » au mieux la situation et le ressenti de celui-ci. Cette notion est appelée Feed Back par les mathématiciens Shannon et Weaver (1948). En effet, ils expliquent que la communication consiste en l'envoi d'un message par l'émetteur vers le récepteur, par le biais d'un canal de communication. Le récepteur reçoit ce message, il le décode afin de le comprendre, et il peut ensuite répondre à ce message, il devient alors émetteur à son tour : c'est le feed-back.

En effet, grâce à ce travail de recherche, j'ai pris conscience que la communication non-verbale pouvait, sans le vouloir, faire passer énormément de messages à notre interlocuteur, et inversement, d'où l'importance d'y prêter une attention particulière. En effet, l'équipe soignante mais aussi le patient, communiquent énormément à l'aide du langage non-verbal, et ce, presque toujours inconsciemment.

Je pense que prendre conscience de notre communication non-verbale mais aussi de celle du patient peut être une ressource non-négligeable pour une prise en soin de qualité. Dans l'un de ses ouvrages, M. Phaneuf (2016) insiste sur le fait que l'on accorde bien souvent une grande importance aux mots et très peu d'importance au langage non verbal, bien qu'ils soient complémentaires. Elle ajoute également que « Le langage non verbal est un instrument par excellence de contact entre les humains et d'appui aux échanges verbaux. ». De plus, la CNV « révèle une bonne partie de ce que nous exprimons » et que « le langage non verbal est si expressif qu'il peut même parfois se passer de mots ».

J'ai également pu me rendre compte grâce à ce travail de recherche en soins infirmiers, que la communication était l'un des vecteurs principaux de la création d'une relation de confiance. En effet, mes recherches et mes analyses d'entretiens m'ont confirmé que pour créer une relation de confiance avec un patient, la communication entre les 2 protagonistes était obligatoire, qu'elle soit verbale ou non-verbale. Si l'infirmier et le patient ont du mal à communiquer, la relation de confiance aura beaucoup de mal à se mettre en place.

Comme l'explique Hildegard Peplau, il existe 4 phases dans la relation de confiance entre le soignant et le soigné :

- « - Une étape d'orientation : chacun des partenaires se présente et recherche contact et sécurité.
- Une étape de mise à l'épreuve : le soigné cherche à trouver les limites de la confiance qu'il peut avoir dans le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation.
- Une étape d'exploitation de la relation : les personnes échangent pour trouver des solutions. Chacune est acceptée telle qu'elle est.
- Une étape de fin de relation : chacun fait le bilan de ce qui s'est passé, conclut la relation et noue d'autres liens avec d'autres personnes »

La relation de confiance ne se crée pas d'emblée, elle est construite au fur et à mesure de la relation entre l'infirmier et le patient. Ce phénomène est « lent et continu », et est dépendant de l'attitude et du positionnement de l'infirmier dans la relation soignant-soigné.

Les entretiens avec les infirmiers m'ont également prouvé que la communication pouvait par contre, avoir certaines limites, et qu'elle n'était pas toujours possible. Plusieurs raisons ont été avancées par les infirmiers, comme par exemple la barrière de la langue, les problèmes de confidentialité, les démences, ou les personnes alcoolisées.

5.2. L'adaptation

Lorsque la communication avec un patient est compliquée à mettre en place, l'infirmier doit faire preuve d'adaptation, pour parvenir à communiquer au mieux avec le patient.

Lors de ma formation et de mes stages, j'ai pu m'apercevoir que la capacité d'adaptation était primordiale pour exercer la profession infirmière. En effet, j'ai remarqué que peu importe le lieu d'exercice, il faut toujours être capable de s'adapter aux situations auxquelles nous avons à faire face. Il en est de même pour la communication ; j'ai rapidement compris qu'il fallait toujours adapter sa communication en fonction de notre interlocuteur, pour que la relation soignant-soigné se déroule au mieux.

Les professionnels interrogés me l'ont également fait remarquer. En effet, si le patient est amené à être agressif ou violent, il ne sert à rien d'aller dans son sens, il vaut mieux adapter sa communication pour essayer d'apaiser la situation.

J'ai pu m'en rendre compte pendant l'un mes stages, lors d'une prise en charge d'un patient alcoolisé et violent. J'ai compris que la communication n'était pas bonne et qu'elle n'allait mener à rien, et je l'ai adaptée au mieux pour améliorer la situation, et la suite s'est plutôt bien passée.

5.3. Le contenu de cette communication

En effectuant mes recherches théoriques, je n'ai trouvé que très peu d'éléments concernant le contenu de la communication entre l'infirmier et le patient en situation d'urgence.

Je n'ai pas trouvé de réelles informations sur ce qu'il fallait dire au patient pendant une situation d'urgence. J'attendais donc avec impatience les réponses des soignants à cette question, car lorsque

j'étais confronté à ce genre de situations, j'étais mal à l'aise car je ne savais que dire au patient, et par conséquent, je me concentrais plus sur les soins techniques que sur ma communication. Et cela pouvait être délétère pour la prise en soin du patient.

Néanmoins, les professionnels m'ont expliqué qu'il fallait expliquer les soins que l'on faisait au patient, lui apporter des informations sur sa prise en charge, quel était son état de santé. Toutes ces informations données au patient vont lui permettre de mieux comprendre les soins, de le rassurer et voir même de le mettre en confiance pour qu'il puisse participer aux soins et se rendre acteur par la suite.

Effectivement, lors de mes recherches, Stéphanie Senn et Al expliquaient que la confiance est le pilier de la relation thérapeutique. L'alliance thérapeutique créée sur la base de la confiance est essentielle pour que les interventions thérapeutiques soient efficaces. Suite à la relation de confiance et à l'alliance thérapeutique, une relation d'aide peut être mise en place pour répondre aux besoins du patient en s'appuyant sur ses propres ressources.

Cette notion de « rendre acteur » le patient est pour moi très importante car elle implique le fait que le patient n'est pas un « objet de soin », mais bien une personne à part entière et qu'il est absolument nécessaire qu'une communication s'installe entre l'infirmier et le patient pour faire avancer la prise en charge. Walter Hesbeen l'explique d'ailleurs dans « Education Thérapeutique et Vulnérabilité » : « Il est très facile, notamment à cause de notre langage et de notre jargon professionnel, de s'adresser à l'autre en oubliant que cet autre est un sujet et de le réduire de ce fait, à la maladie, à l'objet maladie. Je rappelle encore une fois que le malade n'est pas la maladie qu'il a. Le choix des mots est tout-à-fait déterminant dans la qualité de la relation à l'autre, dans l'image que cela renvoie sur la façon que l'on a de considérer l'autre. ».

5.4. L'urgence

Lors de mon stage en service d'urgences et grâce aux contenus théoriques apportés par ma formation, j'ai compris qu'il existait plusieurs types et plusieurs degrés d'urgences. En effet, mes recherches sur le sujet et les entretiens que j'ai entrepris m'ont eux aussi mené vers cette conclusion.

Les infirmiers m'ont interpellé sur le fait que, en fonction du degré et du type d'urgence, la prise en charge du patient et de son entourage ne va pas être du tout la même. Ils m'ont d'ailleurs précisé qu'en fonction de la situation la place des soins relationnels et des soins techniques allaient s'adapter.

5.5. L'importance de la communication en situation d'urgence

Les infirmiers interrogés sont allés dans le même sens que mes recherches théoriques, sur l'idée que la communication en situation d'urgence pouvait permettre de récolter des informations primordiales pour la prise en soin. En effet, en communiquant avec le patient, nous pouvons obtenir dès le début de la prise en charge des informations pouvant influencer ou non la suite de la prise en soin. Le recueil de données effectué à l'admission du patient des urgences est donc primordial, non seulement car elles seront utiles pour la prise en charge, mais également parce qu'il permet de créer un premier lien avec le patient, qui est selon moi très important. Je pense que c'est souvent le premier contact avec l'équipe soignante qui compte pour le patient, d'où cette nécessité d'offrir un accueil de qualité aux patients qui se présentent aux urgences.

L'accueil pourrait se définir comme étant le fait de recevoir un patient au sein des urgences, de créer un climat de confiance le plus rapidement possible afin de rassurer le patient qui n'est pas toujours à l'aise par rapport au monde hospitalier. Lors de l'accueil du patient, l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation doit rapidement identifier le motif d'entrée du patient aux urgences, il doit définir un code d'urgence en fonction de l'état de santé du patient, et ensuite l'orienter en fonction de ses données. L'IDE doit également recueillir un maximum d'informations sur les antécédents du patient, et ses facteurs de risques qui seront utiles dans la suite de la prise en charge. L'accueil du patient aux urgences est le premier

contact de celui-ci avec l'équipe soignant : ce sera sans doute le souvenir qu'il aura de son passage dans cette unité, il est donc primordial pour un IAO de réserver le meilleur accueil aux patients et de le mettre en confiance, en se présentant, en étant à l'écoute de ses dires et en expliquant le déroulement de la prise en soin.

5.6. Le ressenti et la réassurance du patient

Après réflexion, je me suis aperçu que les infirmiers ne m'ont pas parlé du ressenti du patient. Ils m'ont expliqué que les situations d'urgences étaient naturellement sources de stress, chez les patients mais aussi chez les soignants, et qu'il fallait essayer de faire baisser cette tension pour aider à la prise en charge. Par contre ils n'ont pas évoqué le fait que le ressenti du patient pouvait être influencé tout au long de la prise en charge, et particulièrement par la communication. Le vécu émotionnel du patient est une problématique intéressante car nous pouvons difficilement nous en rendre compte lors des soins. Je pense que le vécu et le ressenti sont des éléments personnels et intimes qu'il est difficile de partager pour les patients.

Lors de mes recherches théoriques, je me suis aperçu que le milieu des urgences était très régulièrement assimilé à la détresse, et que les patients qui venaient aux urgences attendaient d'être pris en compte et soulagés.

Le milieu hospitalier souvent peu connu par les patients, les placent dans une dynamique de stress et d'anxiété. Comme le confirment mes recherches, je pense qu'il est très important de prendre en compte le patient dans sa globalité, et d'obtenir rapidement une relation de confiance, pour que le patient soit réassuré dès son admission et ses premiers contacts avec l'équipe soignante. Il est ici question de prendre en compte les émotions transmises par le patient et d'essayer de l'aider à les gérer s'il n'y arrive pas seul, pour que sa prise en charge ne reste pas qu'un mauvais souvenir, qu'il se sente bien accueilli, écouté et pris en considération dans son ensemble lors des soins.

La façon dont la relation entre le soignant et la personne soignée est établie joue beaucoup sur le ressenti de l'hospitalisation du patient. A son arrivée, le patient a besoin d'être pris en considération, d'être compris, de confier ce qu'il ressent, et je pense que l'équipe soignante doit faire le nécessaire pour satisfaire ces besoins. L'infirmière Sapeur-Pompier disait d'ailleurs lors de mon entretien, qu'il était très important de se montrer à l'écoute et disponible pour le patient. L'infirmier doit donc faire preuve de différentes compétences relationnelles comme l'empathie, la discrétion, le respect et une grande qualité d'écoute.

En réalisant mes recherches et entretiens sur le sujet, je me suis rendu compte que la réassurance du patient dans un contexte d'urgence était un élément essentiel pour une prise en charge de qualité. Je me suis aperçu que nous ne pouvions obtenir cette réassurance du patient que si une relation de confiance s'était établie au préalable. Les infirmiers et mes recherches m'ont fait comprendre que la communication était le facteur principal pour la création d'une relation de confiance. En effet, en expliquant les soins et le déroulé de la prise en charge, le patient possède des informations qui le rassurent, il se sent pris en considération et entre donc dans un climat de confiance avec les soignants.

Nous pouvons alors nous demander, en tant qu'infirmier, qu'en est-il de la prise en considération des émotions du patients dans les soins ? Que pouvons-nous mettre en place pour gérer ces émotions lorsqu'une situation le nécessite ?

6. Conclusion

Ce travail de recherche marque la fin de mes trois années en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Cette formation a permis de me construire une identité professionnelle au travers de mon parcours de stages riches et variés. En effet, des situations m'ont interpellé et questionné, notamment l'influence de la communication avec le patient dans les situations d'urgences. Face à ce genre de situation, je me suis rapidement demandé comment avoir une communication de qualité pour favoriser la prise en soin du patient.

Tout d'abord, ce travail de recherche m'a permis de découvrir une nouvelle facette de moi-même. N'ayant pas un vif intérêt pour la lecture mais étant naturellement curieux sur les sujets qui m'intéressent, je me suis étonné tout au long de ce travail à prendre du plaisir en effectuant mes lectures et recherches.

Ensuite, mes principales difficultés ont été lors des recherches théoriques. En fait, je me suis rendu compte que ces notions sont très conceptuelles, alors que nous les utilisons tous les jours sans nous en rendre compte. En les analysant, j'ai eu du mal à les appliquer à une relation de soin concrète. Mais au fur et à mesure du temps, les notions et concepts se sont précisés et j'ai su faire des liens entre la pratique et les notions théoriques.

Et puis les entretiens avec les professionnels de terrain ont été une partie du mémoire que j'ai particulièrement apprécié, car les informations délivrées par les infirmiers-ères étaient très concrètes et concordantes. Il était alors facile de faire du lien avec des situations que j'avais pu rencontrer sur mes lieux de stages et que je pourrais rencontrer à nouveau tout au long de ma carrière professionnelle.

Au travers de la réalisation de ce mémoire - situations vécues en stages, questionnements, recherches et découvertes - j'ai pu recueillir de nombreux éléments qui vont m'être bénéfiques lors de mon exercice professionnel en tant qu'infirmier. La communication avec le patient étant au cœur de ce métier, je trouvais nécessaire d'approfondir ces notions et d'améliorer mes compétences dans ce domaine afin d'établir une communication et donc une relation adaptée avec la personne soignée.

A l'issue de ce travail de recherche, un questionnement demeure tout de même. Celui-ci concerne la prise en considération des émotions du patient dans le soin, par l'infirmier.

7. Bibliographie

Ouvrages

Paillard, C. (2015). Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers, Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné (2^{ème} édition). Noisy-le-Grand : Setes

Valette, P. (2013). Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique. Paris, France : Presses universitaires de France. Pages 103-104.

Allin-Pfister Anne-Claude, Wolters Kluwer France (2008), éditions LAMARRE, "Situations d'urgence, Situations de soins, La collection qui bouge!", page 158.

Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné Rencontre et accompagnement*. Paris, France : Gaetan Morin Cheneliere Education.

Articles de revues

LODIER, F. (2018). L'accueil des patients aux urgences, un défi. Revue Soins, N°825 Mai 2018, page 29

Maillard Acker C. (2018). L'accueil des patients aux urgences, un défi. Revue Soins, N°825 Mai 2018, page 32

Steg A. (2018). L'accueil des patients aux urgences, un défi. Revue Soins, N°825 Mai 2018, page 34

Debout C. (2018). L'accueil des patients aux urgences, un défi. Revue Soins, N°825 Mai 2018, page 15

Delaby S. (2018). L'accueil des patients aux urgences, un défi. Revue Soins, N°825 Mai 2018, page 34

F. Egret et A. Caillet. (2010). Le manipulateur et la relation avec le patient. Revue Le manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie, mensuel N°191 Octobre 2010, page 13.

Alric F. et Billebaut B. (2010). La communication non verbale (CNV). Revue Le manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie, mensuel N°191 Octobre 2010, page 24

Dictionnaire

Urgence. (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704?q=urgence#79758>

Réminiscence. (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%c3%a9miniscence/68007?q=r%c3%a9miniscences#67254>

Pages WEB

Groupe de travail, Piloté par A. Domenech et MC. Blanchon. (2014) Recommandations pour l'accueil d'un patient et de sa famille en hospitalisation au centre hospitalier François Guesnayde Mantes-la-jolie . Repéré à

(<https://solidarites-sante.gouv.fr/img/pdf/recommandations11.pdf>),

Hesbeen, W. (2016). Journée Régionale d'Education Thérapeutique-Education Thérapeutique et Vulnérabilité, « Penser une relation de soin soucieuse de ce qui est vécu par chacun ». Repéré à

http://www.utep-besancon.fr/UTEP_fichup/938.pdf)

Code de la santé publique. (2020). Article R4311-14 Repéré à

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

8. Annexes

ANNEXE I : situation d'appel

ANNEXE II : analyse des entretiens

ANNEXE III : entretien N°1, IDE SAMU/SMUR

ANNEXE IV : entretien N°2, IDE SAPEUR-POMPIER

ANNEXE V : entretien N°3, IDE URGENCES

ANNEXE I : situation d'appel

La situation que je vais décrire se passe dans un service d'urgences, pendant mon stage de semestre 5, lors de ma 8ème semaine de stage. Je suis de matin (7h00 – 14h00) en Salle d'Accueil des Urgences Vitales Médicales (SAUV). Comme son nom l'indique, cette salle accueille les personnes qui ont besoin de soins d'urgences vitales. Il est environ 13h00 lorsque la situation se passe. Les personnes présentes sont un médecin, une aide-soignante, un infirmier et moi-même.

Nous accueillons Mr B., 84 ans en SAUV, pour une suspicion de sepsis sur une infection nosocomiale à la suite d'une opération de l'appareil digestif. Mr B. présente une tension en dessous des normes habituelles, (85/57), des pics fébriles à 40,3°C, des frissons, des difficultés et un tirage respiratoire avec une saturation en oxygène à 88%, de fortes nausées, un Glasgow 15 ainsi que des douleurs abdominales. A son arrivée en SAUV, nous scopons Mr B., nous le mettons sous 4 L/min d'O₂ avec des lunettes à oxygène et l'installons en position demi-assise. Le médecin prescrit en urgence des gaz du sang, un bilan sanguin avec des hémocultures, la pose de 2 voies veineuses périphériques (VVP), une pose de sonde naso-gastrique ainsi qu'un scanner.

Une fois le bilan sanguin et les gaz du sang effectués, les VVP posées et le scanner passé, le médecin me demande de poser très rapidement la sonde naso-gastrique pour éviter que Mr B inhale ses vomissements.

L'infirmier me demande alors si j'en avais déjà posé, je lui réponds que oui, que j'en avais déjà posé plusieurs auparavant et que je me sentais capable de la poser seul, le temps qu'il aille aider le médecin pour un autre soin au poste d'à côté.

J'ai donc préparé mon matériel pour la pose de sonde naso-gastrique : j'ai vérifié que l'aspiration était fonctionnelle, préparé une sonde CH 18, de la xylocaïne visqueuse, des compresses, des gants, du sparadrap ainsi qu'un fond de verre d'eau.

L'aide-soignante est restée avec moi pour poser la sonde. J'étais un peu stressé car je sentais bien qu'il fallait aller vite pour mettre la sonde en place, même si j'étais à l'aise avec ce soin.

J'explique alors à Mr B. que l'on allait devoir lui poser une sonde naso-gastrique, et je lui demande s'il savait en quoi cela consistait, il me répond que oui, qu'il en avait déjà eu auparavant.

Étant donné le contexte d'urgence, et le fait que Mr B. connaissait déjà ce dispositif, je me suis dit que ça ne servait pas grand-chose de « perdre du temps » à lui expliquer tout le procédé pour la pose, ce que j'ai regretté par la suite.... Je me suis contenté de lui expliquer que j'allais introduire une sonde par une de ses narines, qu'elle allait descendre jusqu'à son estomac afin d'aspirer son contenu. Je lui ai également dit qu'il allait garder une petite gorgée d'eau dans la bouche, et que lorsqu'il allait sentir la sonde arriver dans sa gorge il allait pouvoir avaler l'eau pour faciliter le passage de la sonde. Il m'a répondu qu'il était d'accord.

Sans expliquer à Mr B., j'ai commencé à prendre mes mesures, du lobe de l'oreille jusqu'à l'aile du nez, puis de l'aile du nez jusqu'au sternum, en ajoutant plus ou moins 10 cm pour arriver jusqu'à l'estomac. J'ai ensuite appliqué de la xylocaïne visqueuse sur le bout de la sonde pour anesthésier et faciliter le passage de la sonde. L'aide-soignante avait prévu un haricot pour que Mr B. puisse vomir en cas de besoin. Durant cette préparation, je n'ai pas cherché à rassurer Mr B. j'étais très concentré sur ce que je faisais car il fallait aller vite.

J'ai demandé à Mr B. s'il était prêt, si l'on allait pouvoir commencer à poser la sonde : il acquiesça. Je lui ai également demandé de pencher légèrement sa tête en avant, et j'ai commencé à introduire la sonde dans sa narine droite. Je demandais en même temps à Mr B. si tout allait bien, il me répondait d'un signe de tête que oui. Une fois que j'ai senti une petite résistance pour introduire la sonde, j'ai demandé à Mr B. d'avalier la gorgée d'eau qu'il avait en bouche, ce qu'il fit mais je n'ai pas réussi à faire passer la sonde.

J'ai donc demandé à Mr B. de reprendre une petite gorgée d'eau en bouche et lui ai dit que l'on allait réessayer. Il m'a répondu qu'il était d'accord, et que pour le moment ça allait.

Mr B. a avalé la gorgée quand il le souhaitait et j'en ai donc profité pour introduire la sonde un peu plus loin. A ce moment-là, Mr B. s'est mis à avoir des vomissements fécaloïdes. L'aide-soignante tendait le haricot sous le menton de Mr B. pour qu'il puisse vomir dedans, mais ce dernier vomissait au-dessus du haricot, et donc par conséquent sur lui-même. Lorsqu'il vomissait j'en ai « profité » pour continuer d'introduire la sonde, j'étais stressé, j'avais peur qu'il inhale, il fallait aller vite. D'un côté je sentais bien que le soin était très traumatique pour Mr B., mais d'un autre côté il fallait absolument poser cette sonde pour sa santé. Mr B. commençait à se débattre, il voulait arracher la sonde, il disait que la longueur de la sonde était trop importante, qu'il fallait arrêter, tout en vomissant. Je n'avais pas pris le temps au début du soin de lui expliquer que j'avais pris mes mesures, et que je n'introduisais pas la sonde sans savoir jusqu'où j'allais aller.

La situation ne me donnait pas réellement envie de continuer à introduire la sonde, mais le médecin avait bien insisté sur la nécessité de celle-ci. L'aide-soignante tenait la main gauche de Mr B. avec une main et tendait le haricot avec l'autre main, pendant que je tenais la main droite de Mr B. et introduisais le peu de sonde qu'il restait pour arriver au repère. J'essayais d'expliquer à Mr B. que je comprenais que ça n'était pas agréable, mais que cette sonde était vraiment nécessaire pour sa santé, et qu'il avait fait le plus dur, qu'il ne restait vraiment plus grand chose à introduire pour arriver au repère. Mais celui-ci me répondait que c'était beaucoup trop grand, qu'il fallait arrêter et qu'il ne voulait plus de cette sonde, tout en vomissant et en se « débattant ».

J'ai fini par réussir à introduire la sonde jusqu'au repère, il ne me restait plus qu'à la fixer avec du sparadrap, ce que j'ai expliqué à Mr B., j'étais content d'avoir fini. Mais celui-ci a arraché la sonde le temps que je pose le sparadrap sur celle-ci : elle était sortie au 3 quarts. J'ai donc expliqué à Mr B. qu'on allait s'arrêter là pour le moment, que je sentais bien qu'il n'était pas apte à réitérer ce soin, mais que c'était vraiment dommage car malgré tout cela, nous avions réussi à poser la sonde jusqu'au repère, qu'il me restait juste à la fixer, et qu'elle aurait permis de le soulager de ses douleurs abdominales, ses nausées et vomissements.

J'étais déçu car j'avais le sentiment d'avoir raté mon soin, et qu'en plus j'avais été très invasif pour Mr B., ce qui était le cas, mais étant donné le contexte d'urgence, je m'étais dit que plus vite la sonde serait posée, plus vite Mr B. allait être soulagé, et il n'allait plus risquer d'aggraver son état de santé en inhalant ses vomissements. Je m'étais bien rendu compte que Mr B. n'était plus compliant dès le milieu du soin, mais je me disais qu'il avait passé le plus dur, qu'il allait être soulagé par la suite, que c'était pour son bien et qu'étant donné ses vomissements pendant le soin, c'était plus qu'urgent d'avoir la sonde en aspiration en place, c'est donc pour ces raisons que j'ai décidé de continuer. Mon objectif était de soulager Mr B. de ses nausées et de ses douleurs abdominales au plus vite, de ne pas risquer d'aggraver son état de santé. J'étais très mal à l'aise pendant toute la 2ème partie du soin car au début, Mr B. était compliant, il était d'accord avec la pose de cette sonde, et puis d'un coup il l'a refusé catégoriquement. Je n'attendais qu'une chose, c'était d'arriver au repère, de fixer la sonde et de la brancher en aspiration pour finir ce soin.

Malheureusement, cela ne s'est pas déroulé comme prévu, et le fait de voir un homme de 84 ans se débattre, vomir et refuser un soin invasif tel que celui-ci, qui était pourtant plus que nécessaire pour maintenir son état de santé me rendais mal à l'aise. J'avais également pris en compte le fait qu'il ne restait plus que quelques centimètres à introduire, et que le plus dur était passé.

L'infirmier a réessayé de poser la sonde quelques minutes plus tard, en prenant bien le temps d'expliquer au patient chaque étape de la préparation du soin, ses intentions, pourquoi et comment il faisait les choses afin que Monsieur B. comprenne l'intégralité du soin et soit compliant tout au long de celui-ci. C'est sans doute grâce à cette communication et cette forme d'alliance thérapeutique que l'infirmier avait créé qu'il a pu poser la sonde sans problèmes.

Avec le recul, je me suis rendu compte que j'aurais sans doute dû prendre un peu plus de temps pour expliquer à Mr B. que ce soin n'allait certainement pas être agréable, bien prendre le temps de lui expliquer et lui montrer la longueur de la sonde à introduire pour qu'elle arrive bien dans l'estomac, lui expliquer que j'avais bien pris mes mesures, que je savais ce que je faisais, que ça n'était pas la première fois que je posais ce type de sonde, et que ça allait bien se passer malgré tout. Mais le contexte d'urgence et le fait qu'il m'ait dit qu'il connaissait ce soin, qu'il en avait déjà eu auparavant m'ont incité à ne pas partir de zéro pour lui donner toutes les explications sur ce soin. Après réflexion, il n'y a pas beaucoup de points positifs à retenir de cette situation, si ce n'est le fait que j'ai réussi à prendre en compte qu'il faut prendre le temps de bien expliquer les choses au patient, le déroulement du soin, ce que je fais, ce que je compte faire et écouter le ressenti du patient, même dans un contexte d'urgence. Tout ceci afin d'obtenir le consentement du patient tout au long du soin.

Grâce à cette situation, j'ai bien compris que la préparation et l'explication du soin dans sa globalité est aussi importante que le soin en lui-même, et que la communication avec le patient était primordiale pour qu'il accepte et participe au soin, ceci, même en situation d'urgence.

ANNEXE II : analyse des entretiens

Catégories/ Axes de recherches	Thèmes	IDE 1	IDE 2	IDE 3	Points communs/ divergences	Éléments nouveaux
Expérience professionnelle de l'urgence		7 ans de diplôme, 5 ans aux urgences et 2 ans au SAMU/SMUR : préhospitalier	16 ans de diplôme, SPV depuis 16 ans : préhospitalier missions d'intérim en urgence -l'expérience est une ressource importante	3 ans de diplôme, 2 ans aux urgences	-expériences variées de l'urgences, en préhospitalier ou non	-l'urgence préhospitalière
Définition de l'urgence	-degré d'urgence -urgence vitale -urgence relative -urgence sociale -urgence psychiatrique	- vaste comme question/urgence ça veut tout dire et rien dire... -urgence : une situation où un patient va présenter des décompensations, il n'est pas dans un état de santé normal, avec la nécessité qu'on mette en place des actions : - thérapeutiques directement -soit des actions pour prévenir	-le pré hospitalier est particulier, comme caractéristique principale : l'inattendu -intervention réelles pas toujours en adéquation avec le motif de départ -actions du domaine du réflexe -pas de temps à perdre -certaine autonomie en liens avec de nombreux protocoles -absence de médecin chez les SPV -situations prévalentes : la	“quand une personne va être en danger pour elle-même ou pour les autres” -plusieurs types d'urgences : Urgence somatique, psychologique, urgence vitale -inquiétude -urgence est variée	-l'urgence est vaste -différents types et degrés d'urgence -notion de rapidité -inattendu -notion de douleur -particularité du préhospitalier -notion de stress/inquiétude	-actions du domaine du réflexe -connaissances théoriques/pratiques -protocoles d'urgences -pas de perte de temps -pas toujours de médecin avec les SPV -SPV partent que sur de l'urgence vitale -inconscience

		<p>d'éventuelles complications</p> <p>-il existe l'urgent et le moins urgent</p> <p>-si les patients se présentent aux urgences, c'est qu'ils en éprouvent le besoin</p>	<p>douleur ou l'arrêt cardiaque -IDE SPV ne partent que sur de l'urgence vitale - inconscience = degré d'urgence important</p>			
<p>La communication dans les situations d'urgences</p>	<p>-La communication</p> <p>-La création d'une relation de confiance</p> <p>-La prise en charge globale</p> <p>-Les soins techniques</p>	<p>-communication verbale</p> <p>-communication non-verbale</p> <p>-réassurance</p> <p>-explications sur les soins prodigués, sur l'état de santé</p> <p>-s'adapter à la communication de l'autre</p> <p>-la communication peut rassurer le patient</p>	<p>-la communication peut permettre de négocier dans certaines situations.</p> <p>-la communication permet d'accompagner les patients.</p>	<p>-communication verbale</p> <p>-communication non-verbale</p> <p>-communication au sein de l'équipe</p> <p>-La communication avec le patient apporte également des informations pour la PEC.</p>	<p>-communication verbale, non-verbale</p>	<p>-communication au sein de l'équipe</p> <p>-s'adapter à la communication du patient</p> <p>-la négociation</p>

<p>L'essentiel dans une situation d'urgence</p>	<ul style="list-style-type: none"> -le relationnel -les soins techniques -la prise en charge de la famille/entourage -la douleur -l'anxiété 	<p>Deux choses essentielles et égales en situation d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le relationnel, la réassurance -les soins techniques <p>-si patient inconscient : plus concentré sur les soins techniques, moins de communication</p>	<p>-Difficile de mettre quelque chose en avant, car toutes les situations sont différentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -les patients n'ont pas tous la même demande <p>2 éléments ressortent :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le relationnel -les soins techniques 	<p>-dépend du motif d'entrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> -relationnel -soins techniques <p>-l'entre-aide au sein de l'équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> -relationnel -soins techniques 	<p>-notion d'inconscience.</p> <p>-l'essentiel en situation d'urgence dépend souvent du motif d'entrée, mais globalement : relationnel/soins techniques</p> <p>-entre-aide au sein de l'équipe</p>
<p>Les ressources en situations d'urgence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -équipe -connaissances -savoir-faire -expérience 	<ul style="list-style-type: none"> -formations -formation agressive 	<p>-L'expérience est une ressource importante</p> <p>-Outils/ Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> -simulation de situation d'agressivité qui permettent de reproduire certaines situations (plus de pratique/expérience), de trouver des façons d'agir, pour avoir de la transférabilité sur d'autres situations. <p>-avis de chacun sur la situation, avis</p>	<ul style="list-style-type: none"> -l'adaptabilité -l'équipe -bonne ambiance au sein de l'équipe 	<p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> -avis partagés -concertation entre équipe -la simulation est une aide pour s'entraîner : transférabilité -l'adaptabilité

			partagé, ressenti etc... -l'entourage peut être aidant ou non dans les situations d'urgences			
Les difficultés en situation d'urgence	-manque de temps -stress -manque de formations - locaux/environnement inadaptés	<u>Obstacles :</u> -nombre important de patients -parfois trop de personnel soignant sur une même situation peut être délétère pour la PEC	<u>Obstacles :</u> -entourage -situation d'urgence en elle-même car source importante de stress	<u>Obstacles :</u> -confidentialité -locaux inadaptés -manque de temps -transferts de boxes -nombre de patients	-nombres de patients	-confidentialité -l'entourage
La place de la communication en situation d'urgence	-les soins relationnels -la relation de confiance -les outils de communication -la relation soignant-soigné	-La communication est primordiale -les soins techniques ne suffisent pas, l'aspect relationnel et la communication sont essentiels pour la prise en charge globale du patient. -la communication est la base d'une	-La communication en situation d'urgence est primordiale. Et ce dans toutes les situations d'urgences, vitales ou non. Et de manière différente en fonction des situations. Que ce soit avec l'entourage, les parents, les enfants, les personnes alcoolisées....	-La communication est très importante -Avec le patient, la famille, l'entourage -Parfois la communication est impossible avec les patients -Communiquer avec la famille permet d'apporter des informations	-le stress -la communication est primordiale en situation d'urgence -la communication est la base d'une relation de confiance -la communication permet d'apaiser, d'atténuer les situations complexes -communication permet de mettre les patients en confiance. -la relation de confiance permet une	-communication primordiale dans toutes les urgences, différemment. -communication avec l'entourage, les parents, les personnes alcoolisées -la communication permet la négociation -le refus de soins -les patients ressentent leurs problèmes comme une urgence

		<p>relation de confiance</p> <p>-la communication est une étape importante du soin.</p>	<p>-Au cas par cas, chaque prise en soins est différente</p>	<p>importantes pour la prise en charge</p> <p>-la communication peut être altérée par le manque de temps</p>	<p>meilleure prise en charge</p> <p>-expérience permet de mieux gérer les situations</p>	<p>-agressivité</p> <p>-démences</p> <p>-alcoholisation</p> <p>-avis partagé, concertation en équipe</p> <p>-chaque prise en charge est différente</p> <p>-l'entourage peut être compliqué à gérer en préhospitalier</p> <p>-parfois la communication est impossible</p> <p>-la famille/entourage est une source importante d'informations</p>
<p>L'influence de la communication sur la prise en charge dans le contexte d'urgence</p>	<p>-prise en charge globale</p>	<p>-la communication permet de mettre les gens en confiance, surtout en situations d'urgence où les patients sont stressés, ils ne sont pas rassurés</p>	<p>-La communication permet de ne pas bloquer la situation, d'essayer de l'arranger pour que la prise en charge se déroule au mieux pour le patient. La communication permet d'apaiser les situations, pour</p>	<p>-La communication influe forcément sur la prise en charge</p> <p>-La communication permet de gagner du temps pour la prise en charge et donc pour le patient</p>	<p>-mettre en confiance</p>	<p>-le refus de soins</p> <p>-patients alcoolisés</p> <p>-la négociation</p> <p>-restreindre la communication parfois</p>

			<p>éviter que ça ne dégénère. La communication permet également la négociation, chez les patients en refus de soins.</p>	<p>-parfois obligé de restreindre la communication.</p>		
<p>La relation de confiance en contexte d'urgence</p>	<p>-définition de la relation de confiance -techniques de mise en place -explications</p>	<p>-la communication est la base d'une relation de confiance</p> <p>-la relation de confiance permet que la prise en charge se passe le mieux possible.</p> <p>-la relation de confiance est recherchée par les soignants</p>	<p>-la relation de confiance débute par l'écoute du patient</p>	<p>-contexte d'urgence vraiment court -la relation de confiance se crée en : -expliquant se que l'on fait -pourquoi on le fait -donner des informations -parfois compliqué -les explications permettent la mise en confiance, que les patients comprennent. -la relation de confiance permet au patient d'être acteur -la relation de confiance fait diminuer le stress</p>		

Les besoins/Les manques en contexte d'urgence	-formations -temps -outils de communication -locaux	-formation sur la communication en situations d'urgence -besoin de s'adapter à chaque situation	-travailler sur la communication -formation communication thérapeutique -formation hypnose	-manques de formations (formation agressivité) -manque de temps locaux pas adaptés (problème de confidentialité)	-manques de formations	-formation agressivité -la confidentialité aux urgences -transfert de boxes -formation communication en situation d'urgence -formations sur la communication thérapeutique/ sur l'hypnose
--	--	--	--	---	------------------------	---

ANNEXE III : entretien N°1, IDE SAMU/SMUR

Moi : Ok, alors du coup depuis combien de temps t'exerce aux urgences ?

IDE : Euh ça fait... J'suis arrivé en 2015 aux urgences, donc ça fait 5 ans que je suis aux urgences, et euh 2 ans que je fais du SAMU.

Moi : Ok, ça marche

IDE : Et 7 ans que je suis diplômé.

Moi : ok. Euh pour toi qu'est-ce que c'est l'urgence ?

IDE : L'urgence, alors c'est... c'est assez vaste comme question, euh, urgence, c'est vraiment une situation où un patient va présenter des décompensations, quelque chose qui n'est pas du tout euh... dans un état de santé, on va dire plutôt normal, euh et qui va nécessiter qu'on mette en place des actions, alors soit thérapeutiques directement, soit euh des actions pour prévenir d'éventuelles complications et encore éventuelles, voilà, après euh... urgence ça veut tout dire et rien dire... Dans un service d'urgences par exemple, on peut avoir l'urgent et le moins urgent... Euh voilà. Je ne sais pas si ça répond à ta question...

Moi : Si si ouai ! et euh, et du coup est-ce que tu peux me parler de la dernière situation d'urgence relative que t'as rencontrée ? Et me dire un peu qu'est-ce qui a été tes facilités, tes difficultés, quels besoins, quelles ressources... ?

IDE : Euh, tu veux une situation d'urgence ici ou au..., parce que ma dernière c'était au SMUR

Moi : Euh ici ou au SMUR, oui bah oui au SMUR du coup.

IDE : euh, samedi, donc du coup samedi dernier, AVP moto, avec plusieurs fractures ouvertes, de nuit, euh, patient plutôt stable, mais effectivement les chevilles et tibias qui n'étaient pas en très très bon état, euh après ce qui m'as posé, enfaite ce pourquoi j'ai choisi cette situation, ça m'a un petit peu choqué parce que c'était un petit peu dans un, j'allais pas dire dans un quartier résidentiel, mais un petit peu en dehors de la ville, mais autour il y avait plusieurs maisons, où tous les gens nous regardaient, presque prenait des photos, il y avait les gendarmes qui étaient là, qui étaient sur leurs téléphones aussi, donc ils ne faisaient rien, donc c'était un peu, c'était un peu perturbant. Après euh... on a plutôt, l'urgence en elle-même c'est plutôt bien fait, je n'ai pas eu de soucis majeurs, mais c'est plus l'environnement autour moi qui m'a perturbé.

Moi : ok, d'accord oui. Et du coup la dernière situation d'urgence vitale que tu as vécue ?

IDE : euh...urgence vitale euh...qu'est-ce que j'ai vécu...euh...faut que je réfléchisse un peu...ici...état de choc hémorragique, ici par plaie par arme blanche, euh, on a dû poser un garrot, sur un bras d'ailleurs, on a du poser un garrot, transfuser parce que ça avait saigné pas mal... euh on était d'ailleurs plusieurs infirmiers, après la situation en elle-même, c'est plutôt bien gérée, mais euh... gros risque hémorragique, enfin grosse grosse hémorragie, malgré le garrot à gérer, d'ailleurs y'avait bras et abdo, euh.. Chez un prisonnier, donc assez compliqué de gérer entre les menottes, le fait que quand même il n'était pas dans un très très bon état, de gérer euh... voilà, après de faire les soins en eux-mêmes, ce n'était pas forcément ce qu'il y avait de plus compliqué, mais c'était plus la gestion d'un peu de tout, c'est encore la même chose hein... la gestion un peu de l'environnement autour de l'urgence. Travailler dans l'urgence, en soit-ce n'est pas ce qu'il y a de forcément plus compliqué, quand on commence à être habitué, mais c'est plus vraiment des fois les environnements autour qui peuvent être un peu plus perturbant dans ce qu'on a l'habitude de faire.

Moi : ok ça marche, et du coup au niveau de la communication, de la création d'une relation de confiance, et tout... tu n'as pas eu de soucis pour ça ?

IDE : euh avec le patient au début non, enfaite si, au début si, plutôt menaçant, insultant, après comme il a quand même très vite compris que si on faisait rien il était en train de mourir, il avait pas trop envie de mourir donc après la relation de confiance c'est beaucoup fait, on a utilisé pas mal de techniques pour l'apaiser, pour lui expliquer quand même la situation, qui était grave, et finalement il s'est plutôt laisser faire et nous a plutôt remercié on va dire, sur la fin.

Moi : Ok ça marche et c'est quoi comme techniques du coup que vous avez utilisé ?

IDE : Euh ben communication verbale, non-verbale, réassurance, surtout ça, vraiment explications vraiment des soins qu'on va faire, que voilà, sans se cacher forcément derrière des choses, expliquer l'état de santé dans lequel il est, que si on faisait rien effectivement ben il allait décédé, donc euh... Vraiment essayer de s'adapter aussi à sa communication, parce qu'au début il était plutôt insultant, donc c'est quand même remettre un cadre, pas forcément se laisser insulter non plus, et après ça c'est plutôt bien fait... alors ça fonctionne pas tout le temps mais là pour le coup ça a fonctionné.

Moi : ok, et du coup quand tu prends quelqu'un en soins dans un contexte d'urgence, qu'est ce qui est important pour toi ? enfin le plus important ? Les soins techniques, le relationnel...

IDE : Ouai, pour moi ce qui est le plus important, alors, il y a deux choses, que je mets à peu près au même niveau, c'est forcément, quand la personne est consciente, euh tout ce qui est relationnel, réassurance du patient, surtout dans l'urgence vitale, bien expliquer, et y'a aussi quand même cette partie technique, parce que si on ne fait rien, enfaite l'état du patient va encore, va s'aggraver voire aller jusqu'au décès, donc forcément je mettrais les deux sur un pied d'égal. Les deux se valent, après effectivement, quand le patient est inconscient, on va avoir un peu moins de communication forcément avec lui et peut être se concentrer un peu plus sur la partie technique, mais quand le patient est plutôt conscient, c'est quand même de lui expliquer, même si on doit l'endormir, l'intubé par exemple, c'est lui expliquer qu'est ce qui va se passer, et pourquoi on le fait. Même si on est en urgence vitale, savoir expliquer, ça permet de rassurer aussi le patient et souvent les soins se passent mieux.

Moi : oui, ok sinon est-ce que vous avez des ressources ou des difficultés, des formations, savoir-faire, savoir-être... ?

IDE : Euh, sur l'urgence en général ou sur l'urgence vitale ?

Moi : Euh ben l'urgence en générale plutôt.

IDE : Après on a pas mal de formations ici, on a la chance, déjà c'est un peu plus facile pour être recycler de la AFGSU plus régulièrement, normalement c'est tous les 4 ans, souvent ils respectent les 4 ans, après on a des formations spécifiques, par exemple pour aller en SAUV, il faut la formation SAUV, on en a 2 maintenant, on a des vidéos aussi, sur comment, au niveau du matériel, comment faire les préparations, sur tout ce qui est drain thoracique, KT central, euh, on a des formations sur l'agressivité, parce qu'il y en a beaucoup aux urgences, euh la formation de l'accueil des urgences, qui dure quand même une semaine, euh, après euh... on a en ce moment un petit peu, toutes les formations sur les maladies infectieuses, pour le coup on est en plein dedans. On a quand même des formations aussi sur tout ce qui est risque attentat, sur situations sanitaires exceptionnelles, euh de plus en plus quand même, risques, des formations sur les NRBC aussi, tout ce qui est plutôt risque chimique. Tout ça ça peut arriver, des fois on est un petit peu en pré-alerte, on va dire, généralement, derrière ça se passe bien, on n'a pas forcément besoin d'intervenir, mais ça peut... ça peut arriver.

Moi : Ok, et du coup au contraire, est-ce que vous avez des difficultés, des manques, des choses euh...

IDE : On va dire dans un service d'urgence, des fois ce qui manque un peu c'est par rapport à l'afflux de patients, le nombre qu'on peut être, faire des soins on va dire plus de qualité, plutôt que de travailler à la chaîne, c'est peut-être la plus grosse difficulté qu'on peut avoir. Après dans l'urgence vraiment vitale, par exemple aux urgences, la seule difficulté qu'on ait, c'est des fois qu'on est trop nombreux à

vouloir gérer l'urgence en elle-même. Du coup on se marche un petit peu sur les pieds, ce qu'on n'a pas forcément au SMUR, où en gros on a une équipe, et que ce soit une urgence vitale ou pas, on va toujours être une équipe, et du coup on va savoir ce que chacun fait, ce qu'on a un peu plus de mal seulement sur l'urgence vitale aux urgences.

Moi : Ça marche, vous avez un peu de mal à communiquer sur savoir qui fait quoi...

IDE : Ouai, tout le monde veut un peu faire sauf que du coup si tout le monde fais ben au bout d'un moment il n'y a plus vraiment rien qui est vraiment fait pour le patient.

Moi : Du coup dans la prise en soin des patients, quelle place tu accordes à la communication ?

IDE : Euh, pour moi ça paraît primordial de... autant faire les soins techniques c'est bien, mais si on ne communique pas avec le patient, pour moi on loupe quelque chose, c'est quand même la base d'une relation de confiance qu'on essaie d'avoir avec le patient. Si on ne communique pas avec lui, alors même des fois si y'en a certains qui peuvent être agressif ou autre, si on ne rentre pas dans la communication, moi à mon sens, dans le sens que j'ai du soin, on loupe une étape importante. Ça permet quand même de mettre les gens en confiance, surtout quand ils sont stressés, généralement quand on arrive aux urgences, alors il y a ceux qui effectivement viennent des fois pour rien, mais on arrive plutôt dans un climat où on n'est pas très rassuré, si on vient aux urgences, donc on a besoin dès l'accueil de créer une relation de confiance, pour que les gens, alors même s'ils savent tous qu'il faut effectivement attendre un peu aux urgences, ça je pense que maintenant toute la population le sait à peu près, eh ben on essaie de créer quand même une relation de confiance pour que ça se passe le mieux possible.

Moi : Ok, est-ce que du coup cette communication elle influe dans la prise en charge, dans le contexte d'urgence ?

IDE : Pour moi oui, parce que ça permet de rassurer les patients, et que si on ne communique pas, ben des fois, les patients peuvent être un peu plus agressifs, et du coup on ne va pas réussir forcément ses soins techniques derrière. C'est vraiment cette mise en confiance du patient qui est primordial et dès le début, car si on commence plutôt mal, généralement ça va être compliqué de créer une relation de confiance derrière. Si on se met des obstacles dès le début de la relation, on va avoir derrière, on va avoir un peu plus de mal à gagner la confiance du patient. Alors que si on le fait dès le début, alors ça peut être par plusieurs mécanismes, si on le fait dès le début généralement ça se passe plutôt bien. Sauf exception, des fois on a beau communiquer, de toute façon, des fois on peut avoir un mur presque en face, où là on sait qu'au bout d'un moment ça ne servira presque plus à rien de continuer dans la communication puisque derrière on a pas du tout l'effet qu'on recherche.

Moi : Ça revient un petit peu au même du coup, c'était dans un contexte court de prise en charge, comme dans un service d'urgence, qu'en est-il de la relation de confiance, comment l'instaurer-vous ?

IDE : Souvent c'est de la communication verbale, pour entrer en... c'est vraiment la principale, après effectivement on a plein de patients différents, donc des fois..., on a une de nos collègues qui fait en langage des signes, quand elle est là, effectivement, quand il y a des personnes où il y a besoin, ben si elle travail on va essayer de l'appeler pour que les gens se sentent encore plus en confiance, si ils se disent tiens il y a quelqu'un qui peut communiquer avec moi alors que des fois la communication peut être difficile. Les gens qui ne parlent pas Français, on essaye euh... on a un logiciel en plus pour faire de la traduction, propre aux urgences, monté par une infirmière des urgences d'ailleurs, et du coup ça permet quand même de pouvoir traduire pas mal de choses, et de ne pas passer à côté d'éléments importants.

Moi : Et il n'y a pas de traducteurs du coup qui se déplacent en cas de besoins ?

IDE : On peut, si on a besoin dans la prise en charge, on a sur l'hôpital, une liste en fonction des langues que l'on a besoin, et des gens, on peut, c'est notre cadre qui gère ça, elle peut très bien les appeler pour qu'ils se déplacent, pour venir aux urgences pour faire la traduction.

Moi : Et du coup c'est par exemple des infirmières de l'hôpital qui peuvent avoir une double nationalité ou qui parlent une autre langue qui vont se déplacer ?

IDE : C'est souvent ça. Souvent des gens qui ont soit la double nationalité, soit qui parlent vraiment les langues et qui sont inscrit, c'est comme si c'était un registre, en fonction des langues, qui peuvent être joignables, et s'ils travaillent, on peut essayer de rentrer en communication avec eux, généralement on essaye de faire comprendre, soit le patient a par exemple quelqu'un de son entourage qui parle Français, donc on va rentrer en communication avec, mais si il n'y a vraiment personne, on peut rentrer en communication comme ça avec des gens qui travaillent dans l'hôpital, et qui peuvent venir faire la traduction.

Moi : Ok ça marche, et du coup ma dernière question, qui revient un peu à celle que j'avais déjà posée, quels sont vos besoins, vos manques, dans les contextes d'urgences ? Par rapport à la communication surtout

IDE : Euh...alors on a une formation sur la communication, alors peut être avoir une formation spécifique en plus, justement dans ce contexte d'urgence. Après je pense que ça dépend aussi de la personnalité de chacun, chacun rentre en communication d'une manière différente avec les gens, je pense qu'à partir du moment où quand on va faire nos soins, on va prendre en charge les gens, même dans l'urgence vitale d'ailleurs, à partir du moment où on met en place une communication, alors des fois effectivement elle peut être pas forcément adaptée à la situation, mais à partir du moment où on s'adapte justement à cette situation, on arrivera toujours à rentrer en communication, alors des fois effectivement ça marche, des fois ça ne marche pas, mais on arrivera toujours à mettre une communication en place, pour faciliter justement nos soins techniques, par exemple en urgence vitale, après tout ce contexte s'effondre un petit peu effectivement, si on est sur une personne inconsciente, la communication des fois va être plus non-verbale en fonction des gens, il y a des gens qui ont besoin d'être rassurés, y'a des gens, des fois sur du tactile, ils aiment bien être rassurés, notamment les personnes âgées, ça dépend vraiment de la personne et de la personnalité qu'on a en face.

Moi : Bon ben très bien, j'ai fini mes questions, merci beaucoup pour tes réponses !

ANNEXE IV : entretien N°2, IDE SAPEUR-POMPIER

Moi : Alors du coup je voulais savoir ça fait combien de temps que tu... enfin j'avais mis « que tu exerçais » aux urgences, mais du coup en tant que pompier ?

IDE : Euh... **Novembre 2004, en tant qu'infirmier sapeur-pompier volontaire.**

Moi : Ok ça marche, et avant vous avez fait quoi comme service ?

IDE : Avant 2004 ? ben enfaite sapeur-pompier volontaire c'est en complément de mon activité, donc avant je n'avais pas beaucoup de diplôme enfaite, mais à côté, ben au départ plutôt des missions d'intérim, un peu de partout, je me sentais **plus attirée par ce qui était urgences donc c'était là qu'on m'envoyait le plus**, et après j'ai fait de la rééducation fonctionnelle essentiellement.

Moi : D'accord très bien... Pour vous qu'est-ce que c'est « l'urgence » ?

IDE : **Alors le préhospitalier c'est particulier** pour le coup, euh, la caractéristique du préhospitalier c'est quand-même **l'inattendu déjà**, même si on a un ticket de départ, ce n'est quand même pas toujours ce qu'il y a marqué sur le ticket qu'on a... Les interventions ne sont pas toujours en adéquation avec le ticket de départ, ben l'inattendu, que **les actions soient quand même des actions réflexes**, puisqu'il n'y a **pas de perte de temps** à avoir, pour le coup, nous en plus on a une certaine **autonomie**, pour le coup, donc il y a certaines choses où il faut vraiment que ça soit du **domaine du réflexe**, c'est **des protocoles** et il y en a un certain nombre où voilà, **il faut pas se poser de question** et euh... quand c'est un arrêt, c'est telle dose, telle dose, telle dose... avec en plus ce bémol c'est que nous n'avons **pas de médecin**. Enfin pas toujours. Parce que si on en a un c'est un médecin du SAMU, et il n'est pas toujours là dans les premières minutes.

Moi : Et c'est tout sur protocoles que vous allez agir ?

IDE : Ouai, on a environ une **vingtaine de protocoles**, après on ne les connaît pas tous par cœur, puisque comme dans pleins d'endroits, on n'utilise pas tous les protocoles en permanence, et il faut qu'ils soient réactualisés, enfin pour se remettre dedans. Mais par exemple celui **de l'arrêt cardiaque, ou de la douleur, ce sont des protocoles qui sont tellement utilisés, qu'on les connaît sur le bout des doigts**. Et que voilà, c'est en fonction de telle et telle, enfin il y a un algorithme bien définit, et il faut respecter tous les critères. Si c'était ça votre question...

Moi : Euh oui, oui oui, j'entendais aussi par-là, les différents degrés d'urgences, et notamment l'urgence relative et l'urgence vitale.

IDE : Ben nous à la base on part **que sur de l'urgence vitale**. Alors après quand on arrive, ce n'est pas forcément, du coup, du vital, mais nous il y a déjà, il y a un certain nombre de critères qui font que déjà, si ces critères-là ne sont pas, ne sont pas là, on ne va pas partir... Alors il y a inconscience, accouchement inopiné, arrêt cardiaque, alors après il y a quand même quelques notions de douleur où il n'y a pas d'urgence vitale, mais déjà il y a ce critère là les trois quarts du temps, donc pour moi l'urgence, déjà, à partir du moment où il y a de l'inconscience déjà, y'a du degré quand même...

Moi : Ok, et du coup, est-ce que vous pouvez me parler de la dernière situation d'urgence que vous avez rencontrée ? En détaillant une situation d'urgence relative et une vitale. Mais du coup peut être que la vitale ?

IDE : Euh ben les **2 dernières c'était de l'urgence vitale**, euh...

Moi : Et du coup qu'est-ce qui a été facile, difficile ?

IDE : Euh ben l'avant dernière, un bébé de 19 mois, convulsions hyperthermiques, depuis au moins une demi-heure, donc **enfant inconscient, les parents paniqués, donc la difficulté** ben c'était la **gestion des parents, le stress**, personnellement je **n'avais jamais perfusé un bébé**, donc il a fallu que ça se fasse... donc le **côté technique quand même**, euh voilà, et puis le fait que **c'était un enfant rajoute un peu de difficultés** malgré tout. Puisque voilà, ce n'est pas forcément ce qu'il y a de plus facile, et puis la toute dernière, un arrêt cardiaque. Après, des difficultés euh... bah ça va faire **15 ans que je suis dans cette activité-là** donc les arrêts cardiaques chez les personnes de 80-90 ans c'est **plus facile** à... enfin ça en déroule quoi ! **On est plus dans la technique, bon après quand la situation est terminée et qu'il faut gérer la famille c'est plus compliqué, mais dans un premier temps on est avant tout dans la technique donc...**

Moi : D'accord, ça marche... Est-ce que du coup vous avez des besoins ou des ressources qui vous manquent pour prendre en charge les urgences vitales comme ça ?

IDE : Bah la **pratique c'est toujours bon**, pour le coup y'a quand même **certaines situations qu'on ne rencontre pas tous les jours**, donc voilà, même si l'arrêt cardiaque j'en ai minimum 1 par mois, c'est pour ça que celui-ci il déroule, que je n'ai pas de difficultés et je ne me sens pas en difficultés sur ces situations-là. Par contre la pédiatrie, oui, parce que c'est des situations qu'on ne rencontre pas tous les jours, et pour le coup la ressource après c'est difficile de s'exercer, pour le coup sur de la pédiatrie. Et puis, dans **mon activité ce qui a été toujours le plus difficile à gérer je dirais que c'est plus l'entourage**, parce que pour le coup je pense que **quand on est dans les soins, on est beaucoup dans la technique, il y a comme une barrière quelque part**, donc voilà, il faut faire telle et telle chose, il faut perfuser, il faut passer tant de mg, calcul de doses etc... **il faut que ça déroule**, et c'est plus voilà, **l'entourage, la souffrance de la famille, les cris, les hurlements, la panique, le stress, c'est juste ça je pense qui est difficile à gérer**.

Moi : Ok, et du coup la création d'une relation de confiance dans ce genre de situation, ça se fait comment ?

IDE : Avec la famille ?

Moi : Oui, et avec le patient aussi ?

IDE : Oui ben après, oui globalement ça se passe plutôt bien, et je me suis vu dans certaines situations rester juste pour justement, plus avoir ces soins, ils sont terminés, quand on est en préhospitalier, le médecin arrive, l'anesthésiste, qui vont prendre le relais sur le côté technique, et puis nous on va rester plus pour tout ce qui est à côté, accompagner les gens, désamorcer, mais généralement oui, ça se passe bien, ils sont quand même très demandeur d'un accompagnement. Je n'ai jamais vu, ou à part dans les situations où les gens sont alcoolisés, où le contact est difficile, globalement la relation de confiance elle s'instaure assez facilement.

Moi : Ok ça marche. Et quand vous prenez soin d'un patient dans un contexte d'urgence, qu'est-ce qui est important pour vous ?

IDE : Dans quel sens ?

Moi : Par exemple le relationnel, les soins techniques, la famille, la douleur, l'anxiété, le stress... qu'est-ce qui est primordial pour vous ?

IDE : Bah c'est **difficile de mettre quelque chose en avant, parce que les situations sont différentes**, donc c'est compliqué. Ils n'ont pas tous la même demande, ils n'ont pas tous euh... On peut vraiment partir d'un contexte, où **la famille est complètement paniquée**, et là pour le coup il **va déjà falloir désamorcer ça**, ou des situations où c'est plutôt bien gérer où le relationnel va passer un peu après, et puis **parfois malheureusement ben l'urgence fait que le côté technique va passer avant le relationnel**, sur des arrêts pour le coup, le relationnel **on l'aura mais avec la famille en amont**, et puis c'est avec le **côté technique**

qui prime sur un enfant qui souffre, le relationnel il va être primordial ! Parce que c'est la première chose, si on n'essaye pas de mettre une relation de confiance dès le départ et de désamorcer et de soulager, donc chez les enfants, des fois rien que de détendre un petit peu, de pouvoir parler tranquillement, on agit souvent beaucoup avec le MEOPA, ça marche plutôt bien, donc ça c'est difficile, les situations vont vraiment changées d'une à l'autre.

Moi : J'avais rajouté aussi, quelles sont vos ressources et vos difficultés ?

IDE : Bah les ressources techniques ?! ou... Toutes ?

Moi : Oui toutes les ressources, j'avais par exemple l'équipe, les connaissances, l'expérience etc...

IDE : Alors euh, bah les ressources techniques, on a tous ce qui écrit, tout est écrit, donc pour le coup on ne se pose pas trop de questions. On a quand même au niveau accompagnement, on a quand même systématiquement les médecins au bout du fil, au niveau du 15 si on a un gros souci et qu'on gère pas, on peut quand même être conseillé par les médecins, moi je me déplace toujours en équipe, c'est-à-dire que je ne suis jamais seule, jamais jamais seule, donc ça peut être différent soit s'il y a un équipier qui est avec moi, une équipe pompier avec moi, donc oui, on a au moins ça, et puis on a la possibilité quand c'est des interventions difficiles, de pouvoir faire des retours d'expériences. Sur les grosses grosses interventions, c'est possible. Donc avec une psychologue euh, il y a possibilité de ça. Il y a 1 an, la psychologue a pris contact avec nous, elle nous appelle, elle nous donne la possibilité de désamorcer un petit peu, de rediscuter... à distance.

Moi : D'accord très bien ! Et avez-vous au contraire des difficultés au quotidien pour prendre soin dans les situations d'urgences ?

IDE : Ben de manière générale, je dirais que non, ce qui est plus difficile c'est l'aspect un peu humain, où parfois la souffrance des familles est parfois difficile à encaisser, mais sinon voilà, même chez les gens qui ont 80 ans, je ne dirais pas que c'est la perte de la personne, parce que malgré tout ils ont vécu ce qu'ils avaient à vivre, quand ils ont 80-90 ans, on n'a pas établi de liens avec eux nous, on est vraiment beaucoup dans le technique, il y a des gens, on est là pour les sauver et on fait de notre mieux. Mais de voir, les gens qui les entourent, des fois c'est des couples qui ont toujours vécu ensemble, ça fait 40 ans de mariage, et qui viennent de perdre leur conjoint, et qui s'effondrent, ce n'est pas toujours facile. Puis bon, on les laisse parfois avec cette personne décédée au domicile, donc oui l'aspect humain est parfois difficile, cette souffrance-là, quand on connaît les gens malgré tout, parce que les trois quarts du temps on ne les connaît pas, mais ça arrive qu'on ait un lien plus ou moins éloigné avec les gens, donc ça peut être difficile par contre...

Moi : Oui c'est sur... Je voulais savoir aussi, quelle place vous accordez à la communication dans les situations d'urgences ?

IDE : Bah primordial !! pour le coup, que ce soit dans les situations... enfin toutes hein, de manière différente, mais toutes ! Parce que pour le coup, soit la personne est en arrêt et ça va être l'entourage, soit ben c'est les enfants, ça va être avec les parents plus l'enfant... Et puis même pour les gens alcoolisés, si ça monte, si ça monte, et que vous montez aussi, et là, si on n'essaye pas de désamorcer, ça peut très très mal finir... Et puis en plus il y a beaucoup de négociation hein, c'est des gens qui ne veulent pas toujours venir, qui ne veulent pas toujours venir pour les soins, donc tout de suite on se braque et on les braque, on n'obtient plus rien.

Moi : Et est-ce que du coup vous avez des outils de communication, pour aider à communiquer avec les patients ?

IDE : Des outils techniques ou des outils euh...

Moi : Oui, des outils techniques ou bien des savoir-faire, savoir-être...

IDE : Alors là pour le coup, c'est pareil, ça dépend, alors savoir-faire euh... on fait de la **simulation** aussi, donc avec des **situations d'agressivité**, et tout ça, donc pour le coup on **reproduit certaines situations**, et on essaye de se trouver des **façons d'agir**, et de **se donner des pistes** pour avoir de la **transférabilité sur d'autres situations**. Donc ça ça aide quand même ! Et puis avoir **l'avis de chacun**, voilà, comment toi tu as géré ça, comment ça a été ? Donc on arrive à se trouver des pistes comme ça, et en interventions, c'est vrai que c'est **vraiment au cas par cas**, quand on se rends compte par exemple que **les parents peuvent être aidants, ils restent, quand on se rend compte que ça monte dans les tours on les écarte**, après il y a **l'expérience aussi** qui fait que, voilà, dans certaines situations l'entourage peut être aidant, et dans d'autres non, est des fois c'est parfois **l'entourage le problème**. Donc il faut isoler les gens, et puis **les situations d'urgences** font que déjà il y a un **degré de stress** donc euh... là c'est **vraiment au cas par cas**, mais la **simulation et le partage avec les autres sur les situations un peu similaires oui ça aide quand même !**

Moi : D'accord, et la communication influe-t-elle sur la prise en charge dans le contexte d'urgence ?

IDE : **Oui complètement !**

Moi : ça améliore ? s'il n'y en a pas ça peut nuire ?

IDE : Certaines interventions ne sont que... vous partez sur une détresse respi, et vous arrivez c'est quelqu'un qui hyperventile, et qui est juste **hyper stressé** en fait ! Il y a des gens, les douleurs thoraciques ce n'est pas une douleur thoracique avec une suspicion d'infarctus, c'est **une grosse crise d'angoisse**, donc oui, il y a des **situations d'urgence qui ne se gèrent que par la communication** d'ailleurs ! Donc oui ça euh... **c'est clair et net !!**

Moi : Et dans un contexte court de prise en charge, comme dans un service d'urgence ou ici, en préhospitalier, qu'en est-il de la relation de confiance, et comment l'instaurez-vous ?

IDE : **Ecouter déjà, écouter, parce que déjà ils ont un contexte, une situation à raconter, ils ont plein de choses à dire souvent, donc que ce soit sur la douleur ou sur autre chose, ils ont déjà plein de chose à...** et puis voilà, en **fonction de ça on s'oriente**, donc c'est **vraiment au vu de ce qu'ils vont dire qu'on va partir dans un sens ou dans un autre**, mais euh, là vraiment ça donne tout, puisque pour le coup c'est là qu'on se rends compte que quand ils vous appellent, ben typiquement, pour une douleur thoracique, vous partez là-dessus **et vous les écoutez, et au final ils vont vous dire qu'ils se sont engueulés avec leur conjoint, que ça va pas, que il y a du stress au travail, que pour le coup déjà, rien que l'écoute, savoir le contexte, la situation, comprendre ce qu'il s'est passé, juste avant qu'on arrive, donc déjà la ça aide énormément, à réaliser le truc, voir...**

Moi : Ça marche, et pour finir, quels sont vos besoins, vos manques, dans les contextes d'urgences ? Le manque de formation ? De temps ?...

IDE : Alors je pense que **tout ce qui est communication, on a encore beaucoup à apprendre**, je pense, puisque pour le coup pour avoir fait un DU de simulation, on a eu quelques **brèches en communication**, donc je pense que oui, il y a **toujours à apprendre**, parce que voilà, **tout évolue** et que voilà, il y a des mots, je pense en terme de **communication thérapeutique, l'hypnose**, je pense que ça serait génial, j'ai voulu faire la formation l'année dernière mais ça a **coûté important**, mais ça je pense que voilà, pour le coup tout ce qu'on entend sur **traiter la douleur par l'hypnose, sur il y a des mots qu'il ne faut pas dire**, voilà, quand on dirige parfois **notre questionnaire**, finalement, ils **sont pratiquement obligés de dire oui**, alors que voilà, finalement on cible sur des choses et voilà, est ce que **vous avez pas mal, ils retiennent que mal**, je pense qu'il y a **énormément de choses à apprendre** la dessus, il y a un **travail important**, et tout ce qui est **hypnose, dans le domaine de l'urgence c'est très très peu utilisé, à tort !!! à tort !!** je pense... vraiment ! Donc il y a un **boulot à faire là-dessus**.

Moi : Ça marche, et bien merci beaucoup, est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter ou non ?

ANNEXE V : entretien N°3, IDE URGENCES

Moi : Depuis combien de temps tu exerces aux urgences ?

IDE : Euh ça va faire bientôt 3 ans.

Moi : 3 ans ? Ok, et depuis que tu es diplômé tu as juste bossé aux urgences ou... ?

IDE : Euh non, j'ai fait un peu de cardio avant, et un peu de SDR avant d'arrivé aux urgences.

Moi : Ok ça marche, et pour toi, qu'est-ce que c'est l'urgence ?

IDE : ben c'est quand une personne va être en danger pour elle-même ou pour les autres, après il y a plusieurs types d'urgences, il y a l'urgence somatique, mine de rien aux urgences on voit qu'il y a aussi l'urgence psychologique, et la plupart des gens ils viennent aux urgences parce que mine de rien ils ont des inquiétudes sur leurs urgences, donc pour nous c'est pas forcément une urgence vitale, mais pour eux ça va être une urgence parce qu'ils pensent qu'ils nécessite quand même de venir aux urgences. Donc l'urgence c'est assez varié je pense.

Moi : ok, est-ce que tu peux me parler du coup de la dernière situation d'urgence que t'as rencontré ? d'une urgence relative et puis d'une urgence vitale.

IDE : alors attends il faut que ça me revienne... De toute façon ça va être probablement une situation de déchoc, ça c'est sûr et certain, mais euh... je suis en train de réfléchir hein... de toute façon il faut que ça en soit une qui m'as marqué quoi... si, il y en a une, c'était plus par rapport à sa complexité, vu que c'était une urgence vitale, c'était assez complexe, c'était un patient qu'on a du intubé assez rapidement, parce qu'il était en forte dyspnée, sauf que ce monsieur-là, on suspectait aussi un AVC, donc ce qui veut dire IRM, donc c'était plus complexe finalement dans la mise en place de la situation, où passer un IRM à quelqu'un d'intubé c'est hyper compliqué, on ne peut pas rentrer dans l'IRM, si le patient commence à décompenser, il ne peut pas rentrer dedans, il est intubé ce qui complexifie énormément la mise en place, donc on perd beaucoup beaucoup de temps, on ne peut avoir rien de métalleux, donc tout ce qui est aiguille tout ça, ça dégage, donc voilà, cette situation-là était assez galère, en plus je crois que de mémoire il avait une hyperglycémie, donc il y a pleins de trucs qui faisait que voilà... On avait dû passer quand même deux heures dans l'IRM, donc heureusement ça s'est bien passé, mais mine de rien c'était un peu galère quoi...

Moi : ouai ok... Et du coup oui, en termes de communication, et de relation de confiance avec le patient, comment ça s'est passé ?

IDE : La pour le coup comme il était intubé, il était forcément sédaté, donc c'était limité, après sur la plupart des situations d'urgence comme ça c'est ne pas le faire paniquer le patient, donc il faut quand même lui dire les choses, en disant que c'est quand même grave ce qu'il a donc ça généralement c'est le médecin qui s'en charge, c'est pas forcément nous, nous on va plus passer après coup, on va plus le rassurer, le médecin va lui expliquer, nous on va le rassurer, en lui disant qu'on s'occupe bien de lui, donc on va pas lui dire qu'on va le sauver hein, ça c'est clair et net, parce que sinon c'est un coup à ce que tu te plante, t'as l'air bête quoi... Mais il faut quand même le rassurer en lui disant qu'on s'occupe bien de lui, lui expliquer ce qu'on lui fait, parce que mine de rien, des fois on fait beaucoup de choses, surtout au déchoc, je pense que t'avais pu t'en rendre compte pendant ton stage, où on fait beaucoup de choses en peu de temps, le patient ne comprends rien, on peut être à trois ou quatre autour de lui, en même temps, on lui pose sa perf, on lui mets de l'oxygène, on lui pose un scope et tout, ça fait beaucoup de choses, mais moi ce que j'aime bien, c'est quand même revenir sur les choses, et mine de rien ça rassure énormément le patient. Rien que lui expliquer ce que tu lui fais, pourquoi tu lui fais, ça aide quand même pas mal !

Moi : Ok, et du coup la dernière situation d'urgence relative ? Que tu as rencontré, ou qui t'as choqué... ?

IDE : Urgence relative c'est encore plus dur ça...

Moi : Ahah ben oui, et du coup plus axé sur la communication et la relation de confiance.

IDE : Il y en a tellement d'urgences relatives, qu'il faut s'en souvenir d'une s'est compliqué, on se les mélange un peu des fois... finalement c'est une situation d'urgence basique quoi ?

Moi : Oui oui !

IDE : Une que je me souviens... Un monsieur, c'était encore une hyperglycémie, qui était acide forcément, qui en plus avait des douleurs abdos, je n'ai pas su la fin du coup, ce patient là en plus il voulait tout le temps aller fumer, donc ce qui complexifiait encore le truc, parce que mine de rien, quand tu le mets sous pousse seringue électrique d'insuline et qu'il a son hydrat et tout ça... et que ça t'embête un peu qu'il parte fumer, que tu sais pas où il est, c'était un peu galère... Et du coup communication, dans un premier temps ça a été un peu galère parce qu'il ne comprenait pas pourquoi on le traitait pour sa glycémie, parce que c'était un monsieur qui était diabétique, donc rien que ça c'était... Non mais c'est parce que je n'ai pas fait mon insuline... Donc mine de rien il faut lui expliquer que le fait qu'il n'ait pas fait son insuline ça provoquait plus ou moins le truc, qu'aller fumer c'était compliqué parce que nous fallait qu'on suive sa glycémie, qu'on suive sa douleur abdo, fallait qu'on suive tout ça, et chez ce patient là c'était un peu plus compliqué parce qu'il voulait en faire un peu qu'à sa tête... Donc dans ces cas-là tu ne vas pas l'empêcher d'aller fumer, par contre tu limite le temps. Là le but c'était de limiter le temps chez ce patient là parce que dans tous les cas je ne l'aurais pas tenu, et au bout d'un moment ça aurait complexifier le truc... de le tenir.

Moi : d'accord, j'avais mis aussi, quand vous prenez soin d'un patient dans un contexte d'urgence, qu'est-ce qui est important pour vous ? le plus important ?

IDE : d'urgence vitale ou relative ?

Moi : N'importe, j'avais précisé les soins techniques, la famille, la douleur, l'anxiété...

IDE : Ca va dépendre après du motif d'entrée, si c'est des détresse psy, mine de rien les IMV il faut beaucoup joué sur le relationnel, parce que sinon ça passe pas, une personne qui fait une dissection aortique, tu vas pas le faire du tout de la même façon, tu vas quasiment pas parler au patient, sauf une fois qu'il est à peu près stabilisé, parce que c'est tellement urgent que on va quasiment pas lui parler, les familles de toute façon on va toujours les voir après coup, on s'occupe d'abord du patient et les familles on peut les voir une heure ou deux heure après, mais ca n'est pas notre priorité sur le moment. Après ce qui est super important dans les situations d'urgences, surtout si c'est de l'urgence vitale, c'est l'entraide entre médecin/infirmier/aide-soignant, l'avantage des urgences c'est qu'on n'est jamais tout seul, mais du coup par contre il faut communiquer aussi ! Donc t'as des endroits comme le déchoc où c'est plus facile parce qu'on est tout le temps ensemble, les modules longs c'est beaucoup plus compliqué, forcément, donc oui on ne va pas forcément s'organiser de la même façon en fonction du motif d'entrée. Tu t'adapte en fait, comme partout mais enfaite tu t'adapte à chaque situation aussi quoi.

Moi : Ok, quelles sont vos ressources et vos difficultés ? au sein des urgences...

IDE : Les difficultés clairement ca va être le nombre de patient, la plupart du temps parce que faut réussir à tout gérer très rapidement, en peu de temps, avec un nombre de patients qui peut être illimité, dans le fond, et puis il y a des fois où tu fais pas le malin parce que tu as un patient qui est un peu limite limite, et que c'est compliqué, moi je me rappelle toujours d'une nuit où c'était très compliqué parce que j'avais à ce moment la 25 patients à moi tout seul, j'en avais 2 sous pousse seringue d'insuline, donc logiquement on est censé surveiller minimum toute les heures, il y en avait un qui était sous potassium

donc là t'es obligé de surveiller ton scope tout le temps, t'es obligé de faire tout ça, il y avait des patients qui étaient un peu plus compliqué, qui venait te voir toutes les 2 minutes parce qu'ils attendaient leur tour, donc forcément ça prenait du temps, donc oui, le monde c'est vraiment compliqué, après comme ressources, mine de rien ce qui peut aider c'est qu'on est nombreux, et même quand tu es en difficultés le nombre fait que si tu as une question, tu peux demander à ton collègue, lui il saura, si t'es en galère parce que tu peux pas, ben tu demandes à ton collègue aussi, on arrive à bidouiller comme ça, et puis mine de rien on a une très bonne ambiance même avec les médecins, une ambiance qui est bonne et qui va énormément aider sur la prise en charge, il n'y a pas de barrière avec les médecins, donc tu lui dis clairement que tu pourras pas tout faire d'un coup, donc je commence par quoi ? Elle va te dire par quoi tu vas commencer etc... Donc mine de rien c'est des ressources aussi

Moi : Ok, et quelle place accordes-tu à la communication ?

IDE : Elle est hyper importante ! même avec la famille, vu que je n'en ai pas beaucoup parlé jusqu'à maintenant, des fois il y a des patients où on n'a rien du tout, il arrive donc des fois la communication elle n'est pas possible, soit par rapport à des démences, par rapport au motif d'entrée, par rapport à plein de choses... Et la famille dans ces cas-là peut nous donner des informations qui vont accélérer le truc forcément. Même sur les traitements aussi... Le patient aussi peut donner des informations donc ça joue aussi... Mais il n'y a pas que l'information verbale, il y a aussi le non-verbal, on va beaucoup travailler aussi là-dessus, et puis la communication entre collègues et médecins, on est vraiment une équipe, l'avantage c'est qu'on est vraiment des grosses équipes et que du coup, on communique énormément entre nous ! Donc franchement on fait l'alliance des trois, donc les familles elles arrivent généralement dans un deuxième temps, et après en fonction des situations elles peuvent arriver avant, et on peut aller les chercher pour avoir des infos...

Moi : Et du coup est-ce que cette communication elle influe sur la prise en charge dans le contexte d'urgence ?

IDE : Forcément parce qu'on gagne du temps, plus on communique plus on va gagner du temps, et que ce soit avec les différents partenaires, même avec le patient, si tu cherches vraiment, alors des fois on est obligé de les restreindre un petit peu parce que voilà, c'est l'urgence, et des fois ils veulent nous raconter toute leur vie, donc oui j'ai eu ça il y a des années, j'ai eu ça, j'ai eu ça... sauf que c'est pas le problème actuel, on le verra mais dans un deuxième temps, mais c'est pas le problème actuel quoi, mais tout ça ça permet de gagner du temps, et c'est du temps pour le patient. Surtout sur les urgences vitales, les urgences relatives, si on n'a pas tout de suite ça peut arriver et on peut s'en passer entre guillemets, mais les urgences vitales chaque minute compte, donc plus on a les informations vite, plus ça avance !

Moi : ok, et oui, dans un contexte court de prise en charge comme dans un service d'urgence, qu'en est il de la relation de confiance ? Comment l'instauré-vous, la mettez en place ?

IDE : Alors oui pour le coup c'est vraiment court, les patients on les a rarement plus de 12 heures maximum, sauf quand on va à l'UH, mais c'est un peu différent. C'est comme je te disais tout à l'heure, tu leur expliques ce que tu fais, pourquoi tu le fais, et t'essaie de leur donner des informations, alors des fois c'est compliqué, surtout quand ils viennent nous voir toutes les 30 secondes, et maintenant on attend quoi, et maintenant on attend quoi ? Donc des fois c'est compliqué, mais après je pense que oui, plus tu leur expliques, plus finalement ils vont avoir confiance en toi, parce qu'ils vont comprendre ce que tu leur fait, et quand ils comprennent ce qu'on leur fait, ils vont avoir moins de questions, ils vont être moins stressé, ça met de la confiance. Pour moi c'est ce qui compte le plus pour la relation de confiance.

Moi : Ok ça marche, et du coup dernière question, quels sont vos besoins, vos manques ? dans le contexte d'urgence, ou aux urgences en général ?

IDE : Pas évident comme question parce que finalement on s'adapte tellement tout le temps que...

Moi : Ben oui c'est sûr, j'avais précisé en termes de temps, de formations, les locaux adaptés, les outils de communication...

IDE : ca niveau formation c'est sûr que c'est un peu compliqué parce qu'on en as pas tant que ça par an, les places de formations sont sur tout l'hôpital don ça coute cher, la rien que la, si on avait des formations agressivité on gagnerais pleins de temps parce que mine de rien quand tu gères une personne agressive, ben les autres tu t'en occupe pas vraiment, parce que ça prend du temps, au niveau des locaux, c'est clair qu'ils sont beaucoup trop petits, c'est mal fichu, le déchoc est loin donc isolé, sachant que c'est l'endroit où on peut avoir le plus besoins de tes collègues, les modules, la plupart des patients sont dans les couloirs, donc niveau confidentialité c'est compliqué, t'es obligé de faire du transfert de boxes donc ça complique le truc, les outils de communication, déjà, rien que le fait d'être dans le couloir, tu peux pas communiquer avec le patient comme tu veux non plus, t'es obligé de le bouger dans un boxe etc... donc rien que ça... on leur parle à la plupart, mais bon... De toute façon c'est le monde qui bloque, plus il y a de monde, moins tu as le temps, plus tu cours partout, et moins tu as le temps de communiquer au final... alors que c'est ce qui va t'aider le plus sur les prises en charges de l'urgence. Après, une personne tu peux prendre 5 minutes à lui expliquer ce qui lui arrive finalement et après elle va arrêter de venir t'interrompre, donc euh voilà

Moi : D'accord très bien, est-ce que tu as d'autres choses à rajouter ?

IDE : Euh non c'est bon !

Moi : D'accord eh bien merci beaucoup pour tes réponses !!

Titre : La communication entre infirmier / patient dans un contexte d'urgence.

Mon travail de fin d'étude concerne la communication entre l'infirmier et le patient en situation d'urgence. La communication est au cœur du métier d'infirmier. Malheureusement, elle est parfois mise de côté au profit des soins techniques, lors des urgences vitales notamment. La communication est un élément primordial pour une relation soignant-soigné de qualité.

La question de départ de ce travail de recherche est : « En quoi la communication instaurée par l'infirmier influe-t-elle la prise en soin d'un patient dans un contexte d'urgence ? ». Le but de ces recherches est de prendre conscience de l'intérêt de la communication dans une situation d'urgence. Comprendre pourquoi l'infirmier et le patient doivent communiquer dans la relation soignant-soigné. Comment l'infirmier doit communiquer avec le patient, à quoi doit-il prêter attention. Qu'est-ce que cette communication va apporter à la relation de soins ?

Afin de confronter mes recherches théoriques et la réalité du terrain, j'ai interrogé 3 infirmiers travaillant dans le domaine de l'urgence : un infirmier du SAMU / SMUR, une infirmière Sapeur-Pompier et un infirmier travaillant aux urgences.

Ce travail de recherches m'a apporté de nombreux éléments pour améliorer ma communication avec le patient lors des soins en situation d'urgence. Néanmoins, ce travail a soulevé d'autres questionnements concernant la gestion des émotions par le patient lors de ces situations d'urgences.

MOTS CLES : Communication / Urgence / Relation soignant-soigné / Réassurance / Relation de confiance

Titre : Communication between nurse and patient in emergency context.

My essay is dealing with communication between nurse and patient in emergency context. Communication is the core of nurse activity. Unfortunately, it is sometime sidelined in favour of technical cares, as in critical emergencies. Communication is a major element for a good patient-caregiver relationship.

The main purpose of this research work is : « How communication set by the nurse is impacting the care in an emergency context ? ». The goal is to become aware of the interest of communication in emergencies situations. To understand why nurse and patient should communicate in their relationship. How nurse has to communicate with patient, to what he has to pay attention for. What this communication is going to bring to caring relationship ?

In order to confront my researchs to the field, I interviewed 3 nurses working with emergency on a daily basis : one at the SAMU/SMUR, a other one who is firefighter, and finally a nurse at the emergency department.

These researchs gave me several elements to improve my communication with the patient during emergencies situations, and raised other questionings about emotional management by the patient during these emergencies situations.

KEY WORDS : Communication / Emergency / Relation between carer and cared patient / Reassure / Trust relationship