



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux, 35 033 RENNES Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'impact de l'adaptation de la communication sur la relation soignant-soigné.

Formateur référent du mémoire :

DJADAOUJEE Lisa

CHAPEL Axelle

Formation infirmière

Promotion 2018 - 2021

Le 10 mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux, 35 033 RENNES Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'impact de l'adaptation de la communication sur la relation soignant-soigné.

Formateur référent du mémoire :

DJADAOUJEE Lisa

CHAPEL Axelle

Formation infirmière

Promotion 2018 - 2021

Le 10 mai 2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

**Travaux de fin d'études :
L'impact de l'adaptation de la communication dans la relation soignant-soigné**

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 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 mai 2021.

Identité et signature de l'étudiant : CHAPEL Axelle

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. 1er : 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.

DRJSCS – MAN – Rue René Viviani – CS 46205 – 44262 NANTES cedex

Remerciements

Je tiens à remercier Lisa Djadaoudjee, formatrice référente de ce mémoire qui m'a guidée tout au long de la rédaction de ce travail, pour sa gentillesse, ses précieux conseils, et ses encouragements.

Je remercie aussi tous les professionnels de santé qui m'ont accordé de leur temps pour partager leurs expériences professionnelles et ainsi contribuer à l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Sommaire

I - Introduction	1
II - Vers la question de départ	2
1. Les situations d'appel.....	2
1.1 Maison d'accueil spécialisée	2
1.2 Urgences	3
2. Questionnements	3
3. Question de départ.....	5
II - Le cadre conceptuel	6
1. La communication	6
1.1 La communication verbale	6
1.2 La communication non verbale	8
1.3 Les outils de communication	8
2. La relation.....	10
2.1 La relation soignant-soigné	10
2.2 L'alliance thérapeutique	12
3. L'adaptation du soignant face à la nouveauté	13
3.1 L'adaptation	13
3.2 La nouveauté.....	14
3.3 La négociation	15
III - Vers l'enquête de terrain	17
1. Choix et construction de l'outil d'enquête.....	17
2. Choix des lieux et de la population	17
3. Modalités de réalisation de l'enquête	18
4. Méthodologie de l'analyse des données recueillies.....	18
5. Les limites rencontrées	19
V - L'analyse des données recueillies	20

1.	Le profil des soignants interrogés	20
2.	La place de la communication dans le soin	20
2.1	Les représentations soignantes de la notion de communication	20
2.2	La communication non verbale	21
2.3	La communication verbale.....	21
2.4	Les freins à la communication	22
3.	Qu'en est-il des émotions des soignants?.....	23
3.1	Les forces des soignants	23
3.2	Les faiblesses des soignants	23
3.3	Le sentiment d'efficacité des soignants.....	24
4.	L'adaptation des soignants	24
4.1	La place de l'équipe.....	24
4.2	Les formations	25
4.3	Les outils d'adaptation	25
4.4	Les compétences professionnelles	25
5.	L'impact de la communication sur la relation soignant-soigné	26
VI - La discussion.....		27
1.	La communication est soin	27
2.	La capacité d'adaptation, en constante évolution	28
3.	Que reste-t-il de la relation soignant-soigné dans un contexte d'adaptation ?.....	29
VII - Synthèse		31
Bibliographie		32
Annexes		35
	Annexe I) Schéma de la communication de Shannon et Weaver.....	35
	Annexe III) Guide d'entretien.....	36
	Annexe IV) Entretien retranscrit IDE 1	37
	Annexe V) Entretien retranscrit IDE 2	45
	Annexe VI) Tableau d'analyse des entretiens	52

I - Introduction

Tout au long des trois années d'études à l'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier universitaire de Rennes, j'ai pu acquérir à la fois des savoir-faire, des connaissances théoriques, mais aussi développer des aptitudes de savoir-être que requiert la profession d'infirmière.

Ce travail de fin d'études, me permet alors de réfléchir sur certaines situations qui m'ont questionnée durant mes différents stages. Ainsi, une thématique m'a souvent interpellée ; celle de la communication avec les patients. Je me suis aperçue au fil de mes expériences que nous n'avons pas tous les mêmes ressources et aptitudes de communication, et que mon manque d'expérience me fait défaut lorsque des difficultés de ce type se présentent à moi. Dans ces conditions, face à de l'agressivité, un handicap psychique, ou même lorsqu'ils font face à la barrière de la langue, les soignants doivent s'efforcer de répondre à des besoins nouveaux et particuliers. Ce mémoire est alors l'occasion pour moi de renforcer mes connaissances concernant le thème de la communication afin d'y être plus à l'aise. Il est l'aboutissement d'un an de recherches sur les stratégies d'adaptation des soignants lorsqu'ils font la rencontre de patients susceptibles de les déstabiliser, que ce soit par leur pathologie ou leur comportement.

Suite à l'analyse de deux situations vécues en stage, en maison d'accueil spécialisée et aux urgences, je me suis questionnée sur les compétences qui m'avaient manqué pour répondre à la demande de soins des patients. Aussi, j'ai remis en cause mon manque d'expérience qui, pour moi, avait une grande place dans les difficultés rencontrées. Puis, je me suis demandée s'il existait des stratégies utilisées par les soignants, qui permettent d'assurer une prise en soin de qualité dans des situations délicates. Pour répondre à mes interrogations et construire ce mémoire, j'ai d'abord élaboré un cadre théorique avec des apports scientifiques et littéraires, sur les notions qui entourent le thème de mon mémoire : la communication, la relation soignant-soigné et l'adaptation. Ensuite, j'aborderai la phase de recherche en présentant la méthodologie utilisée, puis en analysant des entretiens réalisés avec différents professionnels, dans le but d'apporter des données du terrain. Je conclurai ce travail en confrontant les apports théoriques par rapport aux témoignages des soignants, afin d'en faire une interprétation qui me sera utile pour ma pratique professionnelle future. Cette phase me permettra aussi de faire ressortir mes idées, et de prolonger ma réflexion, dans l'éventualité de la poursuite de ce travail de recherche.

II - Vers la question de départ

1. Les situations d'appel

1.1 Maison d'accueil spécialisée

Mon premier stage d'IFSI s'est déroulé en maison d'accueil spécialisée. Il s'agit d'un lieu de vie qui accueille des personnes en situation de handicap, souffrant souvent d'une grande dépendance. Les défauts de communication de ces adultes, atteints pour la plupart de troubles du spectre autistique, étaient brillamment palliés par de multiples astuces et outils développés par les équipes soignantes. En premier lieu, les différences de communication, parfois l'absence de réponse verbale, et leurs angoisses m'ont véritablement perturbée. Un sentiment de frustration se faisait ressentir, car n'ayant aucune connaissance de leurs troubles et de leur personnalité, je me rendais compte rapidement que je ne me faisais pas comprendre et que je ne répondais pas à leurs attentes. Au fur et à mesure des jours, j'ai pu observer que chaque échange devait être personnalisé, en fonction des capacités de la personne, de l'anticipation de ses réactions, et de son émotion à l'instant présent. Pour cela, il fallait évidemment mieux connaître chaque individu.

L'équipe soignante connaissait très bien chaque résident, car ils y travaillaient depuis des années, cette adaptation semblait aisée pour eux, elle l'était moins pour moi. Les soignants adaptaient leur communication pour être compris, et pour instaurer un climat de confiance. Dans la communication orale, cela passait notamment par le tutoiement, qui m'a semblé très pertinent pour rendre l'échange accessible. Chaque mot employé se devait d'être abordable, et répété jusqu'à être compris. Différents outils étaient utilisés, tels que les pictogrammes, des petites images simples qui représentent une activité, une émotion, ou un objet, compréhensibles de tous.

Il a d'abord fallu que je me renseigne beaucoup sur les troubles que je rencontrais, notamment sur ceux qui relevaient du spectre autistique, pour ensuite me focaliser sur chacune de leur personnalité. Mais même après les cinq semaines de stage passées, je n'arrivais toujours pas à créer une relation de soin convenable selon moi, car je sentais que je n'avais pas encore acquis suffisamment de savoir-être et de savoir-faire pour être efficace lors des soins avec ce public. De plus, le manque de connaissances et de confiance en moi, particulièrement au début de cette formation en soins infirmiers, inhibaient beaucoup mes initiatives et tentatives de communication.

1.2 Urgences

En stage aux urgences lors du semestre 5, j'ai souvent été confrontée à l'impatience des malades. La douleur et l'anxiété sont en effet source d'agressivité. Par exemple, un matin, Mme M se présente aux urgences pour lombalgies. Cette patiente était déjà connue de l'hôpital, avec Dr. B, un chirurgien du rachis, qui lui avait soumis une semaine avant, au cours d'une consultation, qu'une intervention chirurgicale serait à envisager. Celui-ci lui avait demandé de passer par les urgences si ses douleurs se majoraient. Je m'occupe donc d'installer Mme M dans un box, et commence à faire son accueil. Je comprends rapidement que l'entretien va être difficile. En effet, Mme M a le visage fermé, ne me regarde pas et déambule dans la salle d'examen. Elle répond à mes premières questions concernant son identité, mais s'énerve dès que je lui en demande plus concernant sa venue. Elle me dit que je devrais déjà tout savoir puisqu'elle est déjà patiente à l'hôpital, et que la prise en soins par le chirurgien Dr B. devrait être immédiate. De plus, lorsque j'essaie de faire mes différents examens cliniques tels que la neurologie, elle me répète que cela ne sert à rien, et que tout ce que j'entreprends est inutile.

J'ai été déstabilisée par ce comportement agressif, et je me retrouvais sans moyen de négociation face à cette patiente, même en essayant de calmer les choses. La patiente ne me laissait pas lui expliquer le but de mes actions, elle n'était pas réceptive, je me sentais impuissante pour désamorcer cette situation. Je voyais qu'elle n'avait ni confiance en moi, ni confiance en l'hôpital, qui n'était selon elle pas efficace face à ses maux. La relation que j'essayais d'établir ne portait pas ses fruits, la patiente ne m'écoutait pas, et n'était pas prête à adopter une relation donnant-donnant. Suite à cela, et constatant mon échec, j'ai demandé à l'infirmière du secteur de venir m'aider pour communiquer avec cette patiente, et la situation s'est débloquée assez rapidement, mais il a fallu que je me mette en retrait pour que l'infirmière puisse reprendre la situation en main et pose le cadre avec la patiente.

2. Questionnements

Malgré nos compétences, il arrive que nous soyons mis en difficultés dans ce type de situations, par le patient, sa famille, son handicap, son angoisse, son histoire... Nous pouvons alors être déroutés et cela pousse notre remise en question. Selon Alexandre Manoukian, psychologue et formateur des personnels soignants : « Ces situations forcent les équipes à développer des attitudes relationnelles adaptées, car au-delà de ces oppositions, un sens peut toujours être trouvé et

permettre de faire évoluer la situation. À ce moment, la relation devient une véritable négociation. »
(2014, p.6)

Différentes questions ont émergé suite à cette réflexion. Premièrement sur la communication en elle-même :

- Qu'est-ce que la communication ?
- Communique-t-on seulement avec des mots ? De quelle manière peut-on communiquer ?
- Communique-t-on tous pareil ?
- Comment adapter notre communication ? Pourquoi doit-on l'adapter ?

Au décours des deux situations que j'ai exposées précédemment, mais aussi suite à bien d'autres, je me suis posée différentes questions en lien avec la relation soignant-soigné :

- Quelle place prend la communication dans les relations avec les patients ?
- Pourquoi est-ce que j'éprouve des difficultés à communiquer avec le patient ?
- Comment puis-je avoir une communication plus efficace avec les patients ?
- Le patient ressent-il que je me sens en difficulté ? Si oui, aura-t-il tout de même confiance en moi ?
- Est-ce que cela impacte la relation que j'ai avec le patient ?
- Comment faire pour obtenir l'écoute du patient ?
- Quelle attitude adopter face à l'agressivité potentielle ?

Ensuite, différentes questions me sont venues, en lien avec le sentiment d'efficacité, souvent revu à la baisse dans ces situations :

- Mon soin est-il qualitatif même si je n'ai pas le sentiment d'être efficace ?
- Peut-on réaliser un soin si on n'arrive pas à communiquer ?
- Le soin abouti-t-il toujours lorsqu'on se sent en difficulté pour communiquer ?
- Comment faire pour être mieux comprise ou mieux comprendre l'autre ?
- Quels mots employer pour avoir une communication efficace ?
- Quand est-ce justifié de passer le relais à un collègue ?

De plus, j'ai pu constater que j'étais davantage en difficulté dans les situations où je ne connaissais pas les patients. Sans compter mon manque d'expérience, le fait de ne pas connaître leur profil, leur personnalité, et de pouvoir anticiper leur réaction était une véritable difficulté pour m'adapter à eux.

3. Question de départ

L'analyse de ces deux situations et de ces questionnements m'a permis d'arriver à la question de départ suivante :

En quoi l'adaptation de l'infirmier.e à des situations de communication nouvelles impacte-t-elle la qualité de la relation soignant-soigné ?

II - Le cadre conceptuel

Suite à l'élaboration de cette question de départ, pour tenter de la définir au mieux, j'ai choisi d'analyser différents concepts afin d'amorcer ce travail de recherche. En première partie, j'aborderai le thème de la communication. En effet, cette notion est un concept très abordé en littérature, que ce soit en psychologie ou en philosophie. Pour ce faire, je tâcherai d'explorer les différentes facettes de la communication, telles que la communication verbale, non verbale, ainsi que les différents outils utilisés pour communiquer. En seconde partie, je m'arrêterai sur la notion de relation. Je parlerai alors de ce qu'est la relation soignant-soigné, et de la relation thérapeutique. Puis en troisième partie, qui sera la dernière de ce cadre théorique, je développerai l'idée de l'adaptation du soignant dans le cadre de difficultés de communication. J'ai choisi d'éclaircir ce sujet, en passant par l'explication des termes d'adaptation, de nouveauté, puis de négociation. Ce dernier terme évoque selon moi les différentes stratégies que met en place un soignant lorsqu'il fait face à une grande difficulté de communication.

1. La communication

1.1 La communication verbale

À l'heure actuelle, nous disposons de moyens de communication efficaces. Il est paradoxal de faire le constat des nombreuses difficultés de communication que nous pouvons rencontrer. Paul Watzlawick, psychologue professeur de l'école Palo Alto, ayant participé à développer une théorie de la communication, explique qu'un de ses principes fondamentaux est simplement : « On ne peut pas ne pas communiquer. » (Picard et Marc, 2013, p.64). Nous nous demanderons alors : qu'est ce que la communication ? Et comment communique-t-on ?

Le dictionnaire Larousse propose la définition suivante pour le terme communication : « Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse. » Celui-ci vient du latin « communicare » qui signifie « mettre en commun ». La communication est donc le processus de mise en commun d'informations, dont l'objectif principal est de faire passer un message (une connaissance, une émotion, son identité, sa personnalité) et de créer une relation de dialogue.

Les acteurs de la communication sont l'émetteur et le récepteur. Ces deux protagonistes

échant, dans une situation, un contexte particulier. Ils interagissent tous deux, avec leurs émotions, sensibilités, et leur individualité... Ce sont tout autant de facteurs susceptibles de parasiter cet échange. Plus précisément, selon le modèle du schéma de la communication de Shannon et Weaver¹ présenté en 1948, deux individus échangent dans un contexte particulier :

- **L'émetteur** : il cherche à faire passer un message.
- **Le canal** : il peut utiliser différents canaux (la parole, l'écrit, le toucher...). L'émetteur va aussi utiliser différents codes pour optimiser la compréhension de son message. Nous allons voir que différents supports coexistent quand on communique, et différents signaux envoyés à notre interlocuteur se croisent. En effet, on peut parler de communication verbale et/ou non verbale.
- **L'encodage** : ces codes (langues, expressions...) doivent être connus du récepteur pour être compris.
- **Les bruits** : ils peuvent parasiter cette compréhension. Il s'agit là de tout ce qui peut perturber un échange : le bruit, le stress, l'obnubilation, la proxémie...
- **Le récepteur** : il reçoit et interprète ce message, avec ses références, ses représentations et ses connaissances.
- **Le feedback** : il est utile à l'émetteur, pour s'assurer que son message a été reçu et compris. Il s'agit alors de la réponse (verbale ou corporelle) du récepteur. Adapter sa communication c'est s'assurer d'être compris, que notre message soit transmis et assimilé.

La communication verbale est la communication exprimée par la parole ou par l'écrit. Elle est faite de signes linguistiques qui constituent le langage : mots, phrases qui permettent d'exprimer à l'autre des idées, des pensées, de lui faire passer un message, d'entrer en relation avec lui.

Psychologues et psychiatres recommandent en effet une écoute attentive ; c'est-à-dire une écoute compréhensive et aidante correspondant à la perception juste de la façon dont l'autre définit la situation, le contexte et la relation. Cela demande la capacité à synthétiser les propos entendus. Il s'agit donc de reformuler, de redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ce que la personne vient d'exprimer, afin de témoigner d'une bonne écoute et d'une bonne compréhension. Toutefois la communication ne se limite pas qu'à la communication verbale, elle est aussi non verbale. D'ailleurs, ce sera surtout cette communication non-verbale qui nous intéressera dans le cadre de ce travail.

¹ Cf. Annexe I

1.2 La communication non verbale

Tout ce que nous pensons est reflété par notre corps. Nos gestes, nos mimiques, notre regard, et bien d'autres en disent parfois plus que nos paroles. L'intonation, les émotions que nous transmettons complètent le sens de notre message. Pour Alex Mucchielli, chercheur en sciences de la communication : « On ne peut pas ne pas communiquer (...). Que l'on se taise ou que l'on parle, tout est communication. Nos gestes, notre posture, nos mimiques, notre façon d'être, notre façon de dire, notre façon de ne pas dire, toutes ces choses « parlent » à notre récepteur » (Mucchielli, 1995, p.51).

La communication non verbale se définit par le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole. Elle est basée sur la compréhension de signes qui ne sont pas exprimés verbalement, mais par l'intermédiaire des différents sens de l'émetteur et du récepteur.

On utilise tous les sens en communication : le toucher, le regard, l'ouïe, et plus rarement l'odorat, le goût. On parle du « langage du corps » : mimiques, grimaces, regards, attitudes, gestes.

On peut aussi compléter cette notion avec cette définition de la communication para-verbale : c'est l'ensemble des éléments qui vont compléter le langage (la tonalité, le débit de parole...). On parle aussi du « langage des lieux » pour l'atmosphère et l'ambiance qu'ils nous renvoient : musique, lumière, décoration, propreté...

Jacques Salomé, psychosociologue et spécialiste de la communication, insiste sur l'importance de la communication non verbale et plus particulièrement le regard : « C'est par mon regard que je deviens sourd ou que j'écoute. » (Salomé, 2001, p.192). Ce dernier développe une théorie des besoins fondamentaux de l'homme. Pour lui, la communication répond à six besoins relationnels fondamentaux de l'homme : « Besoin de se dire, besoin d'être entendu, besoin d'être reconnu, besoin d'être valorisé, besoin d'intimité et besoin d'exercer une influence sur nos proches. » (Salomé, 2009, extrait vidéo). Ainsi, la communication a une grande importance dans nos vies. Nous nous demanderons alors quelle place prend la communication dans la relation soignant-soigné, et quel rôle joue-t-elle.

1.3 Les outils de communication

Selon Elias Porter, psychologue américain reconnu, il existe six grandes familles d'attitudes d'écoute lors des situations relationnelles. Selon sa théorie, ces réactions sont spontanées car

inconscientes, et traduisent nos valeurs. Elles ont toutes des points positifs et des points négatifs. On les appelle « les attitudes de Porter » :

- **Le jugement** : c'est le fait d'exprimer son accord ou son désaccord, de dire si une situation est convenable ou non.
- **L'interprétation** : c'est le fait de tirer ses propres conclusions des données, sans recherche de reformulation. On renvoie à l'autre notre compréhension des informations.
- **L'enquête** : c'est le fait de rechercher plus d'informations sur une donnée.
- **Le conseil** : c'est le fait de proposer des conseils qui nous paraissent les plus adaptés à une situation.
- **Le soutien** : c'est le fait de vouloir aider l'autre en le consolant, et en dédramatisant.
- **La compréhension** : c'est le fait de chercher à savoir si l'on a bien cerné ce que nous dit l'autre, et de le montrer.

La notion d'empathie est définie par Carl Rogers, psychologue humaniste ayant œuvré dans la relation d'aide, comme : « c'est ressentir le monde intérieur de l'autre, avec la signification qu'il a pour lui. Le ressentir comme s'il était son monde à soi. » (Rogers, 1959, p.84). Cela revient à faire une stricte différence entre ce qu'exprime notre interlocuteur et ce que nous ressentons en l'écoutant. Jean Decety, docteur et chercheur en neurosciences, nous propose la définition suivante pour l'empathie : « Trait de personnalité caractérisé par la capacité de ressentir une émotion appropriée en réponse à celle exprimée par autrui, d'effectuer une distinction entre soi et autrui (c'est-à-dire être conscient de la source de l'émotion et pouvoir décoder l'émotion d'autrui) et de réguler ses propres réponses émotionnelles » (Decety, 2013, p.151-154). Carl Rogers a aussi développé la notion d'écoute active. Il la décrit comme une technique d'écoute centrée sur la personne (Rogers, 1951 p.50-52.). Il s'agit alors d'être capable d'attitudes différentes, au même moment :

- Dans le cadre du non verbal : La proxémie doit être adaptée, l'attitude calme, le regard tourné vers la personne, et on ne doit pas couper la parole à l'autre. Il est aussi intéressant de savoir gérer les silences, qui permettent une réflexion plus poussée. Il faut aussi savoir montrer sa réceptivité, par des signes divers (regards, hochements de tête, onomatopées...).
- Dans le cadre du verbal : La reformulation est un principe clé de l'écoute active. On peut reformuler certains mots, ou certaines notions abordées par notre interlocuteur. Elle est utile pour relancer la parole, sans poser de questions fermées qui restreignent le dialogue. Elle sert à montrer à l'autre qu'on a bien compris, ou qu'on cherche à comprendre.

Pour conclure cette partie, ces recherches m'ont permis de constater qu'il existe différentes manières de communiquer. Cela peut s'avérer essentiel dans la collaboration du patient avec le soignant. Le tout étant de trouver une communication adaptée au patient en prenant en compte tous les facteurs qui l'entourent. Cependant une question demeure : en quoi la communication influence-t-elle la relation soignant-soigné ? Pour éclaircir cette question, nous verrons dans la partie suivante en quoi consiste une relation soignant-soigné, notamment en développant le concept d'alliance thérapeutique.

2. La relation

Le dictionnaire Larousse définit le terme de relation comme : « L'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles. » Une relation est un échange, un rapport entre deux personnes qui auront une influence l'une sur l'autre. Selon Abraham Maslow, psychologue humaniste américain (1943)², les relations sont un besoin fondamental pour l'humain. En effet, dans la pyramide des besoins, créée par ce dernier, il classe en troisième position le besoin d'appartenance. Ce besoin essentiel, est celui de ne pas être isolé ni rejeté, donc de se sentir accepté par les autres. Le besoin relationnel qu'il soit social, affectif, ou institutionnel, nécessite d'entrer en relation avec autrui.

2.1 La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné se définit selon Christine Paillard, docteure en sciences du langage, comme « une activité d'échange interpersonnel et interdépendant dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin. » (2021, p.348-349).

- **Le soignant** : ce mot fait référence à plusieurs professionnels de santé : médicaux et paramédicaux. Le soignant est un professionnel qui prodigue des soins. Dans le cadre de ce travail, le mot soignant sera représenté par l'infirmier.e, car c'est la profession au centre de ce travail.
- **Le soigné** : c'est la personne qui à besoin de soin, pour une durée indéterminée. Dans le cadre de ce travail, le mot soigné sera représenté par le patient.

² Cf. Annexe II

La relation thérapeutique peut être simplement une interaction, ou une vraie relation tissée avec son patient au cours de soins qui donnent lieu à ces échanges. Les relations entre soignants et patients, tissées à l'hôpital, à domicile, ou dans tout autre lieu de soins, sont des relations de soins. C'est une relation parfois asymétrique, laissant paraître un sentiment de supériorité, du fait de la posture du malade (alité, affaibli). De même que la blouse que porte le soignant, renforce ce sentiment de « barrière », qui laisse paraître sa fonction plutôt que l'humanité du soignant et toutes les valeurs qui l'entourent. Bien sûr, cette posture peut s'avérer rassurante pour le malade, tant concernant l'exécution des gestes techniques mais aussi les aptitudes professionnelles pour donner des réponses à des questionnements, à des craintes, à des appréhensions. Le soignant est celui qui a les connaissances, et qui est là pour aider, tandis que le patient est celui qui a besoin d'aide, et n'a pas les connaissances nécessaires.

Selon Louis Malabeuf, il existe quatre niveaux de relation soignant-soigné qui s'établissent par ordre croissant :

- La relation de civilité se compose en dehors du soin : se présenter, être courtois.
- La relation fonctionnelle répond à notre fonction : effectuer un recueil de données sur le patient.
- La relation de compréhension a pour but de soutenir le patient en l'écoutant et en le conseillant à sa demande.
- La relation d'aide thérapeutique a pour but d'aboutir à une relation de soins optimale dans le but de soigner le patient. (Malabeuf, 1992, p.4-6)

Ce concept de relation d'aide prend ses origines dans les années 1950, grâce à Carl Rogers qui la définit comme « une relation dans laquelle l'un des deux protagonistes au moins cherche à favoriser chez l'autre le développement, la croissance, la maturité, un meilleur fonctionnement, une plus grande capacité d'affronter la vie.» (Bioy, Maquet, 2007, p.27). On comprend alors que le soignant doit être en capacité d'amener chaque personne en difficulté à mobiliser ses ressources pour trouver des solutions. Il s'agit d'une co-construction, d'une collaboration entre le patient et le soignant. Il faut alors faire preuve d'écoute, d'empathie, et créer une relation de confiance pour rendre le patient acteur de son parcours de soin. Alexandre Manoukian définit lui, la relation d'aide à l'hôpital comme : « un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. » (Manoukian, 2014, p.52) Il décrit lui aussi l'importance de l'attitude relationnelle dans les situations de soin. Malgré tout, il

arrive qu'on soit mis en difficulté dans le cadre de certaines relations de soin. Cela peut venir du patient, de sa pathologie, son angoisse, son histoire, qui peuvent être déclencheurs de refus de tout soin qu'on s'apprête à leur apporter. Face à ces obstacles, les soignants doivent développer des attitudes relationnelles adaptées qui permettront de faire évoluer ces situations défavorables au soin. (Manoukian, 2014, p.5-6)

Pour conclure, nous voyons que la relation soignant-soigné est un processus complexe qui nécessite de nombreuses aptitudes relationnelles, très liées à la communication. Pour autant, elle apparaît essentielle tant pour le vécu du patient que pour la réalisation des soins. Nous verrons dans la prochaine partie jusqu'où il est possible d'amener cette relation thérapeutique, en définissant le concept d'alliance thérapeutique.

2.2 L'alliance thérapeutique

Antoine Bioy, psychologue clinicien, et Maximilien Bachelart, psychothérapeute et docteur en psychologie, nous proposent une définition de ce terme : « L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. » (Bioy, Bénomy, Chahraoui, et Bachelart, 2010 p.1) Selon Rogers, aucune modification thérapeutique ne peut avoir lieu sans l'aide d'une relation. Ainsi, les deux tiers doivent s'impliquer dans un même objectif. (Rogers, 1959). Le soignant aide son patient à trouver des solutions par lui-même, plutôt que de lui en imposer. Cela permet d'éviter une dépendance du patient à la relation soignante. Il s'agit d'engager une relation de coopération, et d'impliquer au maximum le patient dans son propre parcours thérapeutique. En cas de situation difficile, de conflit, de désaccord, le soignant doit engager une négociation avec le patient.

Selon Luc Isebaert, spécialiste en psychiatrie, et Marie-Christine Cabié, psychiatre et psychothérapeute, la principale embûche dans ce processus réside dans notre habitude à vouloir trouver des solutions, et résoudre des problèmes. En effet, fixer des objectifs à la place du patient, et orienter celui-ci dans la direction qui nous paraît la meilleure, risquerait d'impacter l'adhésion aux soins du patient, et donc les chances de réussite de cette thérapie. Le premier entretien entre le soignant et le patient consiste souvent en la construction de cette relation, et il est important d'en souligner qu'il influencera la suite de la prise en soins. Cette première entrevue permet non seulement de rassembler des informations qui nous permettront de mieux connaître le patient et de personnaliser la prise en soin, mais il s'agit aussi de cadrer les intentions du patient, de cerner ses

ressources, d'éclairer ses questionnements, de lui donner des repères, et le pousser à se fixer ses objectifs afin qu'il trouve ses solutions au fil de son parcours thérapeutique. (Isebaert et Cabié, 2006).

Jérôme Guay, professeur en psychologie à Montréal, construit l'idée selon laquelle l'obtention de cette relation privilégiée entre le soignant et son patient est essentielle à la réussite d'une thérapie. On peut dire que cette idée s'adapte à un grand nombre de situations de soins. Ce dernier écrit : « Comment expliquer qu'un si grand nombre de thérapies, même conduites par les meilleurs thérapeutes qui soient, connaissent un si faible taux de réussite ? Pourquoi, malgré les efforts déployés, les thérapeutes se trouvent-ils souvent dans une impasse, face à des clients rebelles à toute collaboration ? C'est qu'un lien de confiance, autrement dit une alliance thérapeutique, n'a pu s'établir entre eux. » (Guay, 2009, p.160).

En conclusion, nous voyons qu'il arrive parfois que nous nous sentions dans une impasse face à certaines situations. Cependant, nous disposons tous de capacités, plus ou moins développées pour y faire face. Nous verrons alors, dans la prochaine partie, en quoi consiste l'adaptation des soignants face à ces situations nouvelles qui peuvent s'avérer déstabilisantes. Puis, pour finir, nous étudierons le processus de négociation qui peut se jouer entre le soignant et le patient dans ces situations difficiles.

3. L'adaptation du soignant face à la nouveauté

3.1 L'adaptation

Le dictionnaire Larousse définit l'adaptation comme : « L'adaptation est induite par une situation imprévue, et potentiellement nouvelle ; qui arrive de façon inattendue et souvent déconcerte. » La capacité d'adaptation est une aptitude professionnelle. Elle se définit comme une capacité à évoluer de manière aisée, en s'adaptant au nouveau contexte qui nous entoure. Il s'agit d'une réorganisation de sa méthode de travail, de son point de vue ou de ses croyances dans le but d'être plus efficace, et de gérer son stress.

Plus précisément, dans le champ des sciences infirmières, le concept d'adaptation a été développé notamment par Callista Roy, religieuse américaine et infirmière théoricienne. Elle définit les soins infirmiers comme « une science et pratique de la promotion de l'adaptation de la personne

qui visent à évaluer les comportements de la personne, à repérer et modifier les facteurs influençant son adaptation, afin de contribuer à l'amélioration ou au maintien de sa santé, son bien être et sa qualité de vie ». Cette dernière précise aussi que les mécanismes d'adaptation sont innés ou acquis pour répondre aux changements environnementaux. Les différents mécanismes d'adaptation sont des besoins physiologiques. (Roy, 1986 p.19-34)

Un de ces mécanismes d'adaptation à été développé par Lazarus et Launier en 1978, chercheurs en psychologie. Il s'agit du coping. Ce terme anglophone se définit comme « la façon de s'ajuster aux situations difficiles. » (Mariage, 2001, p.45-59). Les initiateurs de cette théorie définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. » (Mariage, 2001, p.45-59).

Pour conclure, on constate que l'humain, et plus particulièrement pour ce travail, l'infirmier.e, est en constante adaptation pour personnaliser et humaniser la prise en soin de chaque patient. Une absence d'adaptation de sa part serait un frein à l'alliance thérapeutique. Chaque partie doit s'adapter à l'autre pour assurer des soins qualitatifs et une continuité de ceux-ci. Nous verrons dans la partie suivante, en quoi des situations nouvelles peuvent justement être un obstacle à ce mécanisme d'adaptation.

3.2 La nouveauté

La définition du terme de nouveauté est la suivante, selon le dictionnaire Larousse : « Caractère de ce qui est nouveau, récent, inédit » et aussi « chose inhabituelle, étrange, inattendue ». On décèle grâce à cette seconde définition le caractère désagréable que peut avoir ce mot. En effet, ce terme porte un double sens, un positif et un plus péjoratif. Je choisirai, vis-à-vis du thème de ce travail, d'aborder la connotation négative qu'il peut avoir. La nouveauté, impose une modification de nos habitudes, et nous pousse à sortir de notre « zone de confort ». On peut alors ressentir une perte de contrôle lorsqu'un événement inconnu se présente. Par exemple, dans mes situations d'appel, le handicap et l'agressivité des patients étaient pour moi inédits, et à chaque fois, j'éprouvais un sentiment de dévalorisation, car en étant déstabilisée, je n'étais pas capable de réagir correctement.

Ces sentiments, précédemment cités, peuvent conduire à une attitude d'évitement

lorsqu'une situation nous paraît difficile à surmonter et devient de ce fait trop anxiogène. La conduite d'évitement se définit en psychologie comme un comportement poussant un individu à éviter une confrontation avec un élément qui lui déclenche une réaction anxieuse. Ce comportement est un mécanisme de défense qui permet d'éviter un facteur de stress, mais pouvant être invalidant à long terme car il ne permet pas de faire face à la réalité. Et dans notre cas, il n'aide pas à l'aboutissement d'une bonne prise en soin.

Bernard Sananès, entrepreneur et auteur français, écrit : « L'inconnu nous fait peur. (...) La nouveauté nous déstabilise » (2002, p.9). Le sentiment d'insécurité que procurent la nouveauté et la peur de l'échec, risque d'induire une situation d'évitement. C'est pourtant une nouvelle occasion d'apprendre, d'avancer, et de tenter de nouvelles stratégies. Cela passe notamment par une phase de négociation non seulement avec le patient, mais aussi avec soi-même, pour mettre au point ses propres stratégies d'adaptation face à une situation qui semble nous échapper. Nous verrons alors dans cette dernière partie, en quoi consiste la négociation.

3.3 La négociation

Etymologiquement, le mot négociation est composé de « neg », qui est la négation en latin, et de « otium », qui signifie loisir dans la même langue. Autrement dit : la négociation ne laisse aucun loisir, et est un travail complet.

Selon Manoukian, « dire qu'être en relation revient à négocier souligne combien cette opération apparemment simple et laborieuse exige une certaine compétence. Plus le soignant à du mal avec un patient, plus la recherche d'un compromis, d'un terrain d'entente s'avère nécessaire. Perfectionner ses propres aptitudes à la communication donnera au soignant les moyens d'améliorer les relations à problème. » (2008, p.6.)

En effet, un sentiment d'impuissance, encourage des émotions telles que la tristesse, la colère, et peut provoquer une lassitude, de découragement et d'épuisement chez le soignant. On s'est tous déjà heurtés à une situation où l'on ne savait pas comment s'y prendre, et où l'on risquait de se désinvestir de la cause. Ce sentiment se doit d'être contrebalancé, afin de traiter le problème, atteindre ses objectifs, et trouver des solutions en équipe pluridisciplinaire. Dans ce contexte, lorsqu'on parvient à traiter un problème et à y trouver une réponse durable, grâce à toutes les stratégies qu'on aura mises en place, le sentiment d'efficacité sera renforcé et la gratitude ressentie

sera démultipliée. Ce qui implique aussi une satisfaction. C'est non seulement un sentiment qui contribue au bien être personnel du soignant, mais de plus, cet enthousiasme sera remis à contribution lors de nouvelles difficultés, qui pourront alors être plus facilement surmontées. C'est comme cela qu'on acquiert de l'expérience.

III - Vers l'enquête de terrain

1. Choix et construction de l'outil d'enquête

Suite aux recherches effectuées, afin d'éclairer mon questionnement, j'envisage de comparer ces données théoriques avec la réalité du terrain. Pour ce faire, j'ai été à la rencontre de professionnels. L'outil de recueil de données que j'ai choisi pour ce travail est un entretien semi-directif. Il s'agit d'une méthode permettant de recueillir des données qualitatives, c'est-à-dire des expériences, des ressentis, des témoignages, ou des récits par exemple. En effet, il me permet de questionner les professionnel.le.s sur des sujets précis. J'ai donc construit au préalable un guide d'entretien³ comportant huit questions identiques pour les deux soignants. Ce sont des questions ouvertes, permettant l'expression libre de la personne interrogée. Elles abordent mes trois concepts principaux : la communication, la relation soignant-soigné et l'adaptation des soignants. J'avais aussi prévu pour chacune des questions de relance ainsi que des précisions sur certains termes employés, afin de faciliter l'échange entre nous.

Les objectifs de ces entretiens sont :

- Connaître la place de la communication dans les soins.
- Repérer les difficultés de communication rencontrées par les soignants.
- Comprendre l'impact de la communication dans la relation soignant-soigné.
- Identifier les ressources, les outils, les stratégies des soignants favorisant la prise en soin des patients et leur adhésion aux soins.
- Connaître le vécu des soignants rencontrant des situations de communication difficiles.

2. Choix des lieux et de la population

L'échantillon de professionnels du paramédical que j'ai choisi d'interroger sera composé de deux infirmier.e.s :

- Un.e infirmier.e exerçant dans un service d'accueil des urgences.
- Un.e infirmier.e exerçant en service de psychiatrie, de préférence en unité d'admission.

J'ai fait le choix de ces deux services, car ce sont des lieux où les infirmier.e.s rencontrent chaque jour

³ Cf. Annexe III

de nouveaux patients, ce sont des services d'hospitalisation de courte durée. De plus, ce sont des services où les difficultés de communication peuvent être présentes pour de multiples raisons : les pathologies psychiatriques, l'anxiété, l'agressivité, la diversité culturelle...

Les critères d'inclusion seront les suivants:

- Être un.e infirmier.e ayant une expérience dans un des services demandés supérieure à cinq années.
- Être un.e infirmier.e ayant un intérêt pour les difficultés de communication avec les patients.

Ces deux entretiens me permettront de comprendre quels facteurs entrent en jeu dans l'adaptation des soignants au quotidien, lorsqu'on parle de difficultés de communication avec les patients. De plus, ils me permettront de connaître leurs vécus vis-à-vis de cette problématique.

3. Modalités de réalisation de l'enquête

Dans un premier temps, j'ai cherché à prendre contact avec des infirmier.e.s exerçant aux urgences et en psychiatrie, deux m'ont donné leur accord pour effectuer ces entretiens. La première est une infirmière des urgences d'un centre hospitalier, et la deuxième une infirmière d'hôpital de jour de psychiatrie. J'ai pris contact avec ces deux infirmières au début du mois de février, par mail pour l'une et par téléphone pour l'autre. J'ai pu leur présenter mon sujet de recherche, et leur faire part de ma question de départ. Du fait de la situation sanitaire actuelle, il nous était demandé de ne pas rencontrer les professionnels et de privilégier les entretiens téléphoniques. Alors, nous avons convenu d'un rendez-vous par visioconférence, l'un se tenant le 3 mars 2021 et l'autre le 4 mars 2021. Ces entretiens ont duré trente minutes, et les deux infirmières ont accepté que j'enregistre notre discussion afin de pouvoir les retranscrire par la suite.

4. Méthodologie de l'analyse des données recueillies

Après ces entretiens, j'ai entamé un travail de retranscription⁴ grâce aux enregistrements effectués, et j'ai commencé à analyser les données recueillies dans un tableau⁵. J'envisage d'abord de traiter à l'écrit chacun des thèmes abordés : la communication et ses difficultés, l'émotion des soignants lors de situations de communication difficiles, les stratégies d'adaptation des soignants,

⁴ Cf. Annexe IV et V

⁵ Cf. Annexe VI

puis son impact sur la relation soignant-soigné. J'ai trouvé pertinent d'inclure à ce travail les témoignages des émotions ressenties par les soignants, car lors de l'analyse des entretiens, j'ai constaté qu'il avait sa place dans le processus d'adaptation des soignants. Ensuite, je vais diviser ces quatre parties en sous-thèmes relatifs aux sujets abordés dans leurs réponses. Cet outil m'a permis de classer les réponses des infirmières selon des critères précis, afin d'avoir une vision globale facilitant l'analyse de ces données. Pour simplifier la lecture, les infirmières seront identifiées par des numéros dans la suite de ce travail. L'infirmière exerçant aux urgences sera l'infirmière numéro 1, et celle exerçant en psychiatrie sera l'infirmière numéro 2.

5. Les limites rencontrées

Au cours de ces deux entretiens, j'ai ressenti des difficultés dans la compréhension des questions de la part des infirmières, j'ai parfois dû reformuler à plusieurs reprises mes phrases. Je pense que cette difficulté vient notamment du fait que j'avais des attentes précises dans leurs réponses. De plus, au fil des discussions, les infirmières ont parfois répondu à différentes questions dans une même phrase, ou au contraire, elles répondaient à une même question à différents moments de l'entretien, donc cela complexifie l'analyse des données. Cela s'explique car toutes mes questions sont liées entre elles. Aussi, j'aurais aimé pouvoir interroger plus de professionnels afin d'avoir des résultats plus exhaustifs, mais en plus des difficultés pour trouver des infirmier.e.s disponibles, le temps consacré au mémoire me paraissait trop court pour réaliser davantage d'entretiens. Pour finir, je dirais que dans l'ensemble, mes entretiens se sont déroulés conformément à mes attentes, mais questionner des professionnels inconnus reste un exercice qui m'a paru difficile, dans lequel je n'étais pas à l'aise.

V - L'analyse des données recueillies

1. Le profil des soignants interrogés

La première infirmière interrogée exerce en service d'accueil des urgences d'un centre hospitalier universitaire depuis dix ans. Elle est diplômée depuis 2003, et est passée par de nombreux services du CHU avant d'arriver aux urgences.

La deuxième infirmière rencontrée travaille dans un centre hospitalier psychiatrique depuis sept ans. Elle est diplômée depuis 2013, et a exercé auparavant en unité de transplantation thoracique dans un CHU, ainsi qu'en intérim dans différentes structures, puis elle est arrivée au CHP quelques années plus tard. Elle y a d'abord commencé en hôpital de jour, puis en service d'admission pendant plusieurs années. Depuis un an, elle est de retour en hôpital de jour.

2. La place de la communication dans le soin

2.1 Les représentations soignantes de la notion de communication

Premièrement, j'ai demandé aux infirmières quel était l'intérêt de la communication dans les soins selon elles. En premier lieu, on peut noter que les infirmières qualifient la communication d'essentielle, de primordiale, et d'indispensable aux soins infirmiers. En effet l'infirmière n°1 dit : « C'est la première chose qu'on doit apprendre à être et à devenir en tant que soignant », elle nous donne aussi une définition simple : « Une communication c'est un échange », ce qui permet de noter que deux individus, le soignant et le patient sont impliqués dans ce processus. Ensuite, elles répondent que la communication s'associe à un soin, dans le but de le rendre global et plus qualitatif. L'infirmière n°2 ajoute même que la communication peut être un soin complet : « Je pense qu'en psychiatrie, la communication peut n'être que soin, un soin à part entière. » En ce qui concerne l'attente des patients en termes de communication, elles sont d'accord pour dire que les patients attendent en premier lieu d'être rassurés. L'infirmière n° 1 affirme qu'il est attendu de la part des soignants « de la bienveillance, de l'écoute, de pouvoir répondre à leurs questions, si elles en ont. De la réassurance, parce que quand on vient à l'hôpital ce n'est pas forcément pour des bonnes choses. » Pour l'infirmière n°2, cela permet aussi d'humaniser un soin, et cela permet d'établir un lien entre le patient et le soignant. On voit grâce à leurs discours, que la communication prend à l'unanimité une place importante dans le soin.

2.2 La communication non verbale

Ensuite, on remarque que les infirmières soulèvent davantage des critères de communication non verbale plutôt que verbale. Elles semblent se servir de leur expression corporelle lorsqu'une communication s'avère difficile. L'infirmière n°1 parle d'abord du regard pour son pouvoir rassurant. « Ne serait-ce qu'un regard de compassion c'est très très important. » Ensuite, toujours concernant ce même sens, elle affirme qu'il lui sert beaucoup dans l'évaluation de l'état clinique du patient : « Je saurai quand même dire si le patient est en détresse vitale bien sûr ça se voit cliniquement, enfin y'a des choses qui peuvent me le dire. » Secondement, elle nous parle de la gestuelle, qu'elle utilise quand la communication verbale est impossible. « Si je ne peux pas rentrer en communication moi je fais « STOP », voilà. Je fais des signes, voilà, après j'essaie de mimer, de faire des signes ». L'infirmière n°2 s'en sert pour canaliser une situation qui lui échappe. Elle insiste en effet sur l'attitude du soignant à conserver dans ce type de situations. « Et c'est important de prendre ce recul là, de garder son calme et d'essayer de désamorcer la situation, en gardant son calme, en essayant d'apaiser la situation, en continuant à parler doucement, sans renchérir, sans s'énerver, sans s'exciter. » Globalement, elles soulignent toutes les deux l'importance de la communication non verbale dans les soins.

2.3 La communication verbale.

Ceci dit, quand la communication verbale reste possible, elles déclarent s'en servir, toujours dans le but de rassurer le patient. L'infirmière n°1 nous parle de l'accueil du patient : « Je me présente toujours pour que la personne sache à qui elle a affaire ». L'infirmière n°2 pense qu'il est aussi important de verbaliser nos propres difficultés face au patient afin de désamorcer un conflit. « Ce qui est important, c'est de bien verbaliser l'incompréhension. Si tu choisis bien tes mots, en expliquant que c'est son intérêt. »

2.4 Les freins à la communication

La deuxième question que je leur ai posée était : Qu'est-ce qui peut rendre la communication difficile ? Et plusieurs facteurs sont ressortis, au nombre de cinq : les troubles psychiatriques, la barrière de la langue, le handicap, le manque de temps lié à la charge de travail, et l'attitude du soignant.

- Premièrement, les pathologies psychiatriques sont apparues à sept reprises dans les entretiens comme étant un facteur déclenchant des troubles de la communication dans les soins. Elles assurent que les pathologies psychiatriques non stabilisées sont un des principaux facteurs de difficulté, et nous en donnent quelques exemples : « La communication est très compliquée pour les patients qui sont en état d'agitation et de problèmes psychiatriques aigus. Les patients qui sont en phase aiguë de schizophrénie, de bipolarité, de voilà, de psychose, de mal-être psychique, qui ont des pathologies psychiatriques. », « Les personnes alcoolisées (...), bien sûr la communication peut également être impossible. » Puis dans ce même registre, elle insiste sur les violences que subissent le personnel hospitalier, notamment aux urgences pour sa part. L'infirmière n°2 illustre la violence en lien avec ces états pathologiques : « On nous apprend que le patient va être projectif. Ça veut dire que toute la colère qu'il a contre plein de choses, et bien il va la projeter sur toi. ».
- Secondement l'infirmière n°1 parle aussi de la barrière de la langue qui constitue un frein récurrent dans les soins aux urgences. Puis elle évoque les stratégies d'adaptation parfois limitées en termes de traduction. « Donc la vraie difficulté c'est de ne pas savoir les antécédents, de ne pas pouvoir communiquer verbalement avec le patient, s'il n'a pas d'entourage, si on n'a pas de traducteur possible. » L'infirmière n°2 confie aussi rencontrer ce type de difficultés sans en dire davantage.
- Troisièmement, l'infirmière n°1 exprime aussi des difficultés de communication vis-à-vis des personnes en situation de handicap. « En ce moment, la communication avec les sourds, qui ne peuvent pas lire sur mes lèvres quand ils viennent à l'accueil des urgences. » L'infirmière n°2, elle, ne rencontre pas ce public sur son lieu de travail donc ne s'exprime pas sur ce sujet.
- Quatrièmement, elles évoquent toutes les deux des difficultés liées à la charge de travail dans les services. L'infirmière n°2 le reconnaît : « Je sais que dans certains services, maintenir une qualité de communication, c'est compliqué parce qu'on est de moins en moins nombreux et il y a de plus en plus de travail. Le timing, la pression, tout ça. » Elle évoque le fait que la charge de travail empiète parfois sur les soins relationnels avec les patients. « Des

fois, on est tellement pris dans le travail, tu écoutes que d'une oreille alors que psychiquement t'es pas disponible pour entendre ce qu'il a à dire. » L'infirmière n°1 insiste beaucoup sur ce manque de temps qu'elle ressent au quotidien. Elle pense aussi que ce manque de temps et de personnel augmente beaucoup l'agressivité des patients aux urgences.

- Le cinquième facteur de difficultés de communication, uniquement évoqué par l'infirmière n°2, est l'attitude du soignant face au patient, qui peut entraver la relation de soin. Elle dit : « Ça peut être aussi, un patient qui à l'impression de voir un soignant qui ne l'écoute pas vraiment, c'est pour moi un frein à la communication ».

3. Qu'en est-il des émotions des soignants?

3.1 Les forces des soignants

Face à ces situations délicates, j'ai pu constater que les infirmières savaient malgré cela rester positives afin de se protéger face à ces problèmes de communication. En effet, l'infirmière n°2 confie : « Il faut se rappeler que c'est projectif, que le patient est mal, que c'est pas contre toi, mais c'est contre la blouse en général. » « On en apprend tous les jours, on passe tous et toutes par là. » Quant à elle, l'infirmière n°1 assure toujours trouver la force d'aller au bout des soins : « On arrive toujours à trouver des solutions. »

3.2 Les faiblesses des soignants

En revanche, on note aussi des faiblesses émotionnelles chez les soignants, notamment un sentiment d'impuissance lorsque la communication est impossible. L'infirmière n°2 évoque cette notion de manque de contrôle comme une difficulté : « Tu ne maîtrises pas ce qui se passe chez l'autre. Donc tu ne peux pas tout maîtriser. ». L'infirmière n°1 confie un sentiment d'angoisse face à l'absence de maîtrise liée à la barrière de la langue. L'infirmière n°2 pense qu'il est important de dissocier sa vie professionnelle de la vie privée pour se protéger lorsqu'on rencontre des difficultés de communication. « On a tous une histoire de vie, un parcours. Et surtout, quand tu travailles avec l'humain, à un moment donné, ça va résonner avec ton histoire. » Elle livre aussi que faire preuve d'humanité, c'est aussi parfois dévoiler ses faiblesses. « Des fois nous aussi, on est humains, donc on est dans l'émotion, donc on n'a pas compris. La communication était compliquée et on est un peu en colère, on est tristes et on s'interroge. » Pour finir, elle confie qu'on peut parfois éprouver un

sentiment de crainte, face aux réactions agressives des patients : « Il va se projeter sur toi, toute sa colère, ce qui peut donc être violemment perçu. »

3.3 Le sentiment d'efficacité des soignants

Concernant le sentiment d'efficacité des infirmières interrogées, il est nuancé. D'une part, l'infirmière n°1 voit les choses de manière positive, et prend de la distance vis-à-vis de l'agressivité et de l'impatience des patients accueillis aux urgences. « Mais je ne le prends pas personnellement du tout, c'est le système qui est comme ça. » Elle aussi, l'infirmière n°2 se montre rassurante. « Ce n'est pas parce que tu n'as pas réussi ce que t'avais imaginé que t'es nul.le. » Parallèlement, cette dernière se montre aussi négative lorsqu'elle rencontre des difficultés de communication. « Tu te remets en question. Forcément, professionnellement tu te dévalorise un peu ».

4. L'adaptation des soignants

Une de mes questions suivantes concernait les stratégies d'adaptation que peuvent engager les soignantes face à des grandes difficultés de communication. Les deux infirmières m'en ont cité plusieurs, comme le travail d'équipe, les formations, les outils mis à disposition par leur service, et leurs capacités professionnelles développées au fil de l'expérience.

4.1 La place de l'équipe

En premier lieu, les infirmières m'ont parlé à dix-sept reprises de l'importance du travail d'équipe en cas de difficulté de communication avec un patient. L'infirmière n°1 affirme se reposer sur ses collègues ayant des compétences particulières. « On a aussi Morgane, qui est la première aide-soignante sourde formée en Bretagne, et qui du coup, quand elle est disponible, vient nous rejoindre au niveau des urgences. » « C'est un travail d'équipe. » Pour l'infirmière n°2 aussi, il est primordial de passer le relai en cas de besoin. Selon elle, le rôle de l'équipe est aussi très important pour sa propre remise en question. « C'est une stratégie d'en discuter avec des collègues qui vont tous te remettre un peu l'esprit en place et vont surtout objectiver la situation. »

4.2 Les formations

En second lieu, on remarque que les formations internes dans les services ont aussi leur place dans l'adaptation des soignants. L'infirmière n°1 à pu en expérimenter : « J'ai fait la formation *L'accueil de la personne sourde et malentendante*. En revanche, elle affirme que certaines formations externes qui pourraient être utiles en communication, ont un coût important et sont donc inaccessibles.

4.3 Les outils d'adaptation

Troisièmement, les infirmières m'ont présenté différents outils d'adaptation propres à leurs services. Par exemple, l'infirmière n°2 nous parle de réunions de débriefing : « En psychiatrie on a de la supervision. En fait, c'est une psychologue qui vient une heure ou deux tous les quinze jours, et on aborde les sujets qui nous ont posé problème avec un patient. » Pour sa part, l'infirmière n°1 nous parle de trois autres outils : des badges portés par chaque soignant permettant d'alerter ses collègues en étant géo-localisé pour réagir face à l'agressivité, d'un site internet pour rebondir face à la barrière de la langue, et pour finir des classeurs de pictogrammes pour pallier les troubles cognitifs.

4.4 Les compétences professionnelles

Pour poursuivre avec les outils d'adaptation, les infirmières m'ont parlé de leurs propres compétences, acquises au fil de l'expérience. L'infirmière n°2 l'assure, l'écoute est un outil fondamental pour canaliser une situation délicate. De plus, elle affirme que la capacité à garder son calme est une arme majeure pour désamorcer certaines situations. L'infirmière n°1 s'accorde avec cela : « Et surtout, ne pas rentrer dans l'agressivité. (...) Si la personne hausse le ton, ne hausse pas le ton. On garde un ton monotone, on va essayer de trouver des solutions ensemble ». Toutes les deux proposent aussi d'être honnête avec le patient et d'expliquer les choses. Ensuite, elles se montrent toutes deux rassurantes sur l'acquisition de ces compétences. « Il y a des petites techniques qu'on apprend au fur et à mesure des années », puis « Il faut accepter d'être un peu indulgent avec soi-même. »

5. L'impact de la communication sur la relation soignant-soigné

Pour finir sur l'analyse de ces entretiens, nous nous pencherons sur l'impact de tout ce processus d'adaptation sur la relation soignant-soigné, ressentie par les infirmières interrogées. Pour cette question, c'est surtout l'infirmière n°2 qui y a répondu. Tout d'abord, elle nous parle simplement de l'importance relation de soins, notamment de l'alliance thérapeutique. « Ça permet d'établir un lien entre le soignant, le soigné (...) peut-être le début du lien de confiance. » Ensuite, elle précise que cette relation est fragile et qu'il arrive que les patients perdent confiance en leur soignant. Cependant, elle assure que malgré cela, « l'alliance thérapeutique n'est pas forcément compromise. Il y a des situations difficiles à rattraper, mais en revenant sur cette situation plus tard on récupère cette alliance. Elle se récupère ou elle peut se construire derrière, bien sûr. Même si c'est mal parti, ça se rattrape. » Pour finir, elle dit qu'il faut « expliquer au patient que là, c'était un peu compliqué, quitte à revenir en discuter plus tard avec lui une fois que tu aura démêlé. Si tu veux que l'alliance ou le lien de confiance se travaille. »

VI - La discussion

Cette partie me permettra de confronter les recherches effectuées dans mon cadre théorique avec les données recueillies lors des deux entretiens effectués avec l'infirmière des urgences et l'infirmière de psychiatrie. De plus, je pourrai y mêler mes opinions quant à certaines notions que nous avons évoquées précédemment.

1. La communication est soin

Dans un premier temps, rappelons que la communication est un échange entre deux individus qui s'influencent mutuellement. Les deux infirmières se positionnent spontanément en accord avec cette définition, en nous parlant du lien qui existe entre le patient et le soignant. De plus, elles qualifient toutes deux la communication d'essentielle, comme le font Watzlawick et Mucchielli en disant « On ne peut pas ne pas communiquer. » L'infirmière n°1 précise même que c'est selon elle une aptitude soignante primordiale à avoir. « C'est la première chose qu'on doit apprendre à être et à devenir en tant que soignant. » Selon moi, la communication est en effet indispensable dans un soin, afin de l'humaniser et de le personnaliser. Pour ma part, j'insisterai sur le fait que c'est une compétence qui s'acquiert surtout avec le temps. Elle peut être innée chez certaines personnes, mais elle se travaille notamment grâce à l'expérience, afin d'être à l'aise dans cet exercice. Ensuite, concernant les deux aspects de la communication : le verbal et le non verbal, on remarque que c'est surtout cette deuxième notion qui fait écho aux infirmières lorsqu'on leur parle de difficultés de communication. La communication non verbale est définie comme « l'expression de messages transmis par des procédés autres que linguistiques, ce qui inclut les gestes, mimiques, le volume et la modulation de la voix, le débit du discours (...) ce qui exclut les signes codés et les écrits. » (Phaneuf, 2002, p.66) Et en effet, le sens du regard semble avoir une place importante pour l'infirmière n°1, tant pour rassurer le patient que pour pouvoir recueillir des données sur son état de santé. L'infirmière n°2 se focalise davantage sur l'attitude du soignant et du patient, comme le ton de la voix et les gestes. Elle s'accorde avec Alex Mucchielli, précédemment cité, pour dire que nos gestes, notre posture, notre façon d'être en disent parfois plus que nos paroles. Elle pense qu'on doit savoir se servir de cette attitude pour renvoyer à l'autre une posture bienveillante, calme et réflexive. Pour moi, il est important de comprendre l'enjeu de chaque composante de la communication non verbale si on veut maîtriser pleinement une situation de communication. Bien sûr, il s'agit d'autant plus de prendre conscience de tout ce que l'on peut renvoyer avec notre comportement, car ce sont autant de messages positifs que négatifs qui peuvent en découler. Cela permet de ne pas

transmettre au patient son anxiété, son agacement, ou d'autres émotions qui viendraient entraver la relation de soin. Concernant la communication verbale, mes questions ne permettaient pas aux infirmières de se pencher sur le sujet, mais j'ajouterai qu'il est aussi fondamental de choisir les mots que nous employons, et d'évincer dans la mesure du possible, le vocabulaire péjoratif de notre discours. Des phrases telles que « ne vous inquiétez pas », « vous n'allez pas avoir mal », qui partent pourtant d'une intention de réassurance, auraient tendance à renforcer le stress des patients, car le risque est qu'ils retiennent uniquement les mots ayant des connotations négatives.

2. La capacité d'adaptation, en constante évolution

Pour en arriver à trouver des réponses, j'ai sollicité les infirmières à me citer les difficultés qu'elles rencontraient en communiquant avec les patients. C'est un sujet que j'avais abordé dans mon cadre théorique en évoquant la nouveauté d'une situation. La difficulté que j'ai alors pu rencontrer dans le cadre de mes entretiens est que les infirmières interrogées avaient toutes deux une expérience notable, donc les situations rencontrées étaient rarement inédites pour elles. Elles ont tout de même pu me citer des facteurs de difficulté que j'ai relevés au nombre de cinq dans la partie précédente, mais ce sont en effet des difficultés qu'elles rencontrent plus ou moins souvent, donc la notion de nouveauté n'était pas pertinente dans ces entretiens. Étant donné que cette idée ne s'est pas montrée porteuse dans mes entretiens, je développerai alors davantage les stratégies d'adaptation utilisées par les soignantes lorsqu'elles rencontrent des difficultés de communication, qu'elles soient nouvelles ou non pour elles. Callista Roy décrit les mécanismes d'adaptation comme les manières innées ou acquises de répondre aux changements (1986, p.19). Les stratégies proposées par les infirmières sont globalement des méthodes que j'ai pu observer et/ou utiliser dans les services où j'ai effectué mes stages dans le cadre de ma formation. Elles semblent s'en servir quotidiennement, et cela va de paire avec ce que j'ai pu observer dans les services. Plus on est expérimenté, plus on répond naturellement aux problèmes rencontrés, ce qui permet de gérer la difficulté avec plus de fluidité. À titre de comparaison, lorsque j'ai rencontré des difficultés comme celles exposées dans mes situations d'appel, j'avais le sentiment de faire face à un mur, car je n'avais jamais dû résoudre de telles difficultés auparavant. Avec le recul, je pense maintenant pouvoir faire face aux situations en question, mais je sais aussi que je continuerai de découvrir de nouveaux imprévus relationnels auxquels il faudra toujours que je pallie, que ce soit avec les outils d'adaptation proposés par les infirmières, ou avec de nouvelles stratégies que j'aurai mises au point sur le terrain, car l'adaptation est pour moi un processus continu.

3. Que reste-t-il de la relation soignant-soigné dans un contexte d'adaptation ?

Pour finir, concernant le concept de relation soignant-soigné, je pense l'avoir mal abordé lors de mes entretiens vis-à-vis du thème de mon mémoire. J'ai en effet dissocié cette notion et celle d'adaptation, alors que ma question de départ les liait entre elles. En effet, ma question n'était pas assez précise, et les infirmières m'ont alors expliqué l'importance de la communication vis-à-vis de la relation soignant-soigné, et non pas l'impact des difficultés et de l'adaptation des soignants sur celle-ci. Pour autant, les réponses apportées ne sont pas insignifiantes donc je me pencherai sur ces deux niveaux de la relation thérapeutique. Pour rappel, Christine Paillard décrit cette relation comme un échange entre un patient et un soignant, utilisant toutes les composantes de la communication et liant les efforts de chacun, dans le but de favoriser un soin. Dans un premier temps, on note déjà l'importance de la communication dans la relation soignant-soigné dans cette définition. D'autant, dans le discours de l'infirmière n°2, celle-ci souligne que ce lien créé permet d'aboutir à une relation thérapeutique qui sera bénéfique aux patients, et pour procéder à une prise en soin globale du patient. Notons en plus que si l'on doit faire l'effort de s'adapter à l'autre, c'est bien pour rendre la relation viable et qualitative autant pour nous que pour le patient.

De plus, j'ai remarqué une différence entre les deux perceptions des difficultés des infirmières. Dans son discours, l'infirmière n°1 se base uniquement sur son ressenti de soignante, et ne parle peu de ce qui est ressenti de l'autre côté de la blouse, et l'idée de difficulté semble parfois occultée selon moi. Tandis que dans ses réponses, l'infirmière n°2 semble rencontrer des difficultés et des émotions négatives lorsqu'elle se montre davantage empathique envers le patient. À ce stade de mon mémoire, je tiens à rappeler que ces entretiens ne sont pas représentatifs des valeurs des soignantes interrogées, ni de leur exercice professionnel et qu'aucun jugement n'est exprimé au travers de cet écrit, il s'agit uniquement d'une analyse des données que j'ai pu recueillir. Rappelons que Carl Rogers définit l'empathie comme la capacité à s'efforcer de rechercher ce que l'autre ressent, et de ne pas placer nos propres émotions avant celles de l'autre. En effet, l'infirmière n°2 se questionne sur sa capacité à être empathique en permanence : « Tu ne maîtrises pas ce qui se passe chez l'autre. Donc tu ne peux pas tout maîtriser. » De mon point de vue, il est évidemment important de savoir être empathique afin d'assurer un bon relationnel, sans pour autant se mettre à la place de l'autre, et de mettre une distance professionnelle entre nos émotions personnelles et l'histoire des patients. Je m'accorde alors avec l'infirmière n°2 lorsqu'elle nous livre : « On a tous une histoire de vie, un parcours (...) tu ne peux pas être neutre, absolument objectif en permanence ». Elle continue : « Il faut connaître ses limites, apprendre à les connaître ». Pour continuer dans le ressenti des

soignantes, on note aussi une inégalité dans leurs réponses. L'infirmière n°2 se montre parfois peu confiante dans son exercice professionnel en termes de communication et exprime beaucoup de moments de remise en question. Cette remise en question est à mon avis nécessaire à l'exercice infirmier. Il permet de rester humain, de considérer l'autre comme son égal, et de toujours exercer selon les valeurs qui nous sont propres. Il nous garantit un questionnement sur nos pratiques professionnelles, afin de toujours les optimiser. Toutefois, il faut aussi savoir se faire confiance, et concéder comme l'infirmière n°1, que nous avons toutes et tous des ressources pour accéder à des solutions lorsque des problèmes se présentent.

Finalement, pour tenter d'apporter des éléments de réponse à ma question de départ, je remarque qu'il est difficile de faire ressortir un lien évident entre l'adaptation du soignant et la relation soignant-soigné. Je pense tout de même que ce phénomène entraîne une modification de cette relation. Il reste évident que pour conserver une relation de soin qualitative, le respect et l'empathie sont des qualités primordiales. De plus, je constate grâce aux échanges que j'ai eu avec les infirmières, que ce n'est pas parce qu'on se sent en difficulté pendant un soin qu'il n'est pas bien réalisé. Au contraire, le fait de vouloir mieux s'adapter, et de se remettre en question sur ses compétences prouve que nous cherchons à nous améliorer pour répondre à la demande du patient. Etant donné que la communication et la relation sont des notions qui s'établissent nécessairement entre deux individus, il serait intéressant d'interroger le patient et d'avoir un point de vue différent de celui des soignants. En effet, pour essayer d'éclairer ces phénomènes, ils pourraient se livrer sur leur vision de la relation soignant-soigné, et relater leur expérience. Il serait pertinent de connaître l'impact de l'attitude du soignant sur la confiance qu'aura le patient en ce professionnel, pour essayer de comprendre ce qu'il en reste de la relation soignant-soigné.

La confrontation de ces deux entretiens m'a permis de faire émerger des notions qui n'étaient pas ressorties lors de la conception de mon cadre théorique, et ainsi de me confronter à de nouveaux questionnements émergents. Ces questionnements me sont notamment apparus sur notre posture professionnelle lorsqu'on tient la responsabilité de veiller à une relation soignant-soigné qualitative en toutes circonstances. Alors, dans la mesure où un professionnel aurait conscience de ce que son attitude dégage auprès du patient, quel impact cela aurait-il sur la relation soignant-soigné ? De plus, pourrait-il pleinement contrôler ce qu'il dégage, même s'il en a conscience ? Il pourrait alors être intéressant de mettre en lumière un nouveau questionnement de recherche : **En quoi la connaissance de ce que l'on renvoie en tant que soignant influence notre posture professionnelle ?**

VII - Synthèse

Ce travail de fin d'étude, réalisé au long de ma troisième et dernière année de formation en soins infirmiers, est la première démarche de recherche que je réalise. En premier lieu, devant l'ampleur du travail à mener, cela m'a semblé être un exercice vertigineux. Cependant, chacune des étapes réalisées m'ont semblé contribuer à la construction de mon identité professionnelle, et d'en renforcer les valeurs que je lui porte.

En effet, il m'a permis de mener un travail de recherche et d'analyse à partir de questionnements personnels liés à deux situations d'appel que j'ai rencontrées au cours de mes stages. Grâce à la rédaction d'un cadre conceptuel, menant la première phase exploratoire, j'ai pu acquérir de nouvelles connaissances en lien avec la communication, la relation soignant-soigné et l'adaptation professionnelle. Les concepts développés relatifs à ces notions sont des valeurs essentielles de la profession infirmière, et seront utiles à mon exercice et ma posture professionnelle.

Par ailleurs, les entretiens réalisés avec deux infirmières m'ont permis une ouverture d'esprit vers des pratiques différentes que celles que j'ai pu rencontrer. Ils étaient des échanges très enrichissants tant pour ce travail de recherche que pour la future professionnelle que je suis. Ainsi, ils m'ont permis de mieux me saisir de l'enjeu de la communication dans la relation soignant-soigné, notamment lorsqu'on se heurte à des difficultés. Je comprends alors maintenant l'importance de continuer à développer au fil de l'expérience des attitudes soignantes telles que l'empathie, la bienveillance, le respect dans le but de réaliser des prises en soin optimales pour le patient.

A travers ce mémoire, nous avons appris que l'adaptation de la communication du soignant n'est pas chose évidente, même si c'est souvent un processus inconscient. En revanche, il est toujours difficile de cibler quels sentiments cela provoque chez le patient, et donc de savoir quel impact cela aura sur la relation soignant-soigné.

Pour conclure, je dirai que ce travail, riche de toutes ces données, me permet à présent d'appréhender ma prise de poste avec plus de souplesse et de sérénité dans ma communication. Il s'agira désormais pour moi de lui accorder une place de choix, en tant que véritable outil thérapeutique, mais aussi de savoir reconnaître les situations auxquelles je devrai m'adapter en utilisant les ressources nécessaires à cela.

Bibliographie

Ouvrages :

- Picard, D. et Marc, E. (2013). *L'école de Palo Alto*. Presses Universitaires de France.
<https://www.cairn.info/l-ecole-de-palo-alto--9782130606628.htm>
- Salomé, J. (2001). *Lettre à l'intime de soi*. Albin Michel.
- Rogers, C. (1959). *Psychothérapie et relations humaines*. ESF.
- Mucchielli, A. (1995). *Psychologie de la communication*. Presses Universitaires de France.
- Rogers, C. (1951). *Approche centrée sur la personne*. Ambre Editions.
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. (3ème édition). Setes.
- Manoukian, A. et Masseboeuf, A. (2014) *La relation soignant-soigné*. (4ème édition). Lamarre.
- Guay, J. (2009). *Les clientèles récalcitrantes. Comment réussir l'alliance thérapeutique*. Presses Universitaires de Montréal.
- Isebaert, L. et Cabié, M-C. (2017). *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. (2ème édition). Eres. <https://www.cairn.info/pour-une-therapie-brève--9782865865031.htm>
- Roy, C. (1986). *Introduction aux soins infirmiers, un modèle de l'adaptation*. Lamarre.
- Sananes, B. (2002). *La communication efficace*. Dunod.
- Decety, J. (2013). Glossaire. Dans O. Luminet, N. Vermeulen et D. Grynberg, *L'Alexithymie*. (De Boeck Supérieur, pages 151 à 154) <https://www.cairn.info/l-alexithymie--9782804185961-page-151.htm>
- Bioy, A. Maquet, A. (2007). *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Dunod.
- Phaneuf, M. (2002). *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement*. Chenelière éducation.

Articles :

- Zech, E. (2008). Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique? *Approche centrée sur la personne*, (numéro 8), 31-49.
<https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2008-2-page-31.htm>
- Formarier, M. (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*. (numéro 89), 33 à 42. <https://www.cairn.info/journal-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

- Granger, R. (2020). Adaptabilité professionnelle : Un atout pour évoluer. *Manager-go.com*. <https://www.manager-go.com/efficacite-professionnelle/adaptabilite-professionnelle.htm>
- Bioy, A. Bénony, H, Chahraoui, K. et Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d’alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L’évolution psychiatrique*. (numéro 77). <http://www.maximilienbachelart.com/download/evolution-du-concept-d-alliance-therapeutique-en-psychanalyse-de-freud-a-renik-bioy.pdf>
- Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d’"empathie". *Recherche en soins infirmiers*. (numéro 98), 28 à 31. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.htm>
- Malabeuf, L. (1992). La relation soignant-soigné : du discours au passage à l’acte. *Soins, formations, pédagogie, enseignement*. (numéro 4), 4-7.
- Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*. (volume 64), 45.

Sites Web :

- E-Classroom. (22 décembre 2016). *Le schéma de la communication*. <http://e-classroom.over-blog.com/le-schema-de-la-communication>
- Dictionnaire Larousse en ligne
- Haute Autorité de Santé. (22 février 2019). *Simulation en santé et gestion des risques. Outils du guide méthodologique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf
- Pitte, M. (3 août 2019). *La relation soignant-soigné. Cours soignants*. <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-soignant-soigne>
- Psychologies.com <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Conduite-d-evitement>

Vidéos :

- Salomé, J. (2009) Extrait d’une interview. *Nos cinq besoins relationnels*. <https://youtu.be/zNa1GJVkTNO>

Cours :

- IFSI-IFAS du CHU de Nice. (s. d.). *Les attitudes de Porter*. [Présentation PowerPoint] https://extranet.chu-nice.fr/Formation-Aide-Soignant-Nice/uploads/Extranet/smartsection/attitudes_de_porter.pdf
- IFSI de la région Centre Val-de-Loire (s. d.). *Différents aspects de la relation soignant-soigné*.

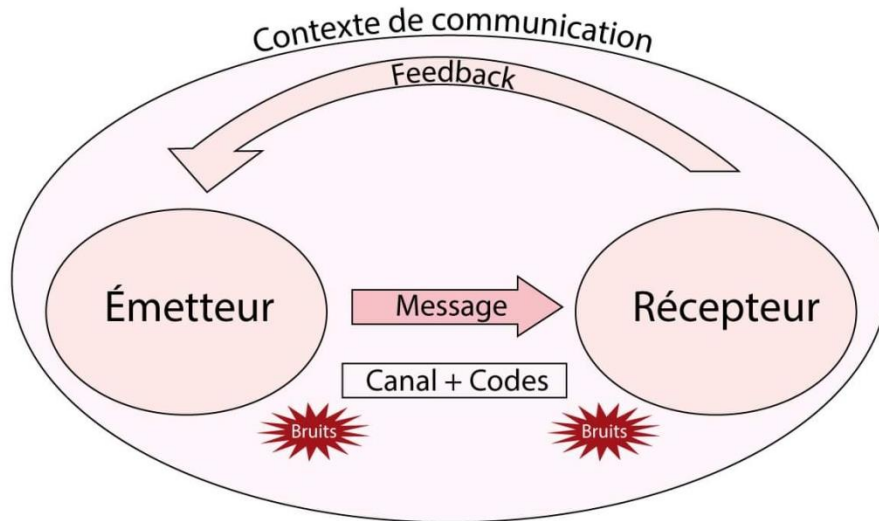
Repéré dans le réseau Paredoc.

<https://formationsparamedicales.wordpress.com/2018/10/08/1902/>

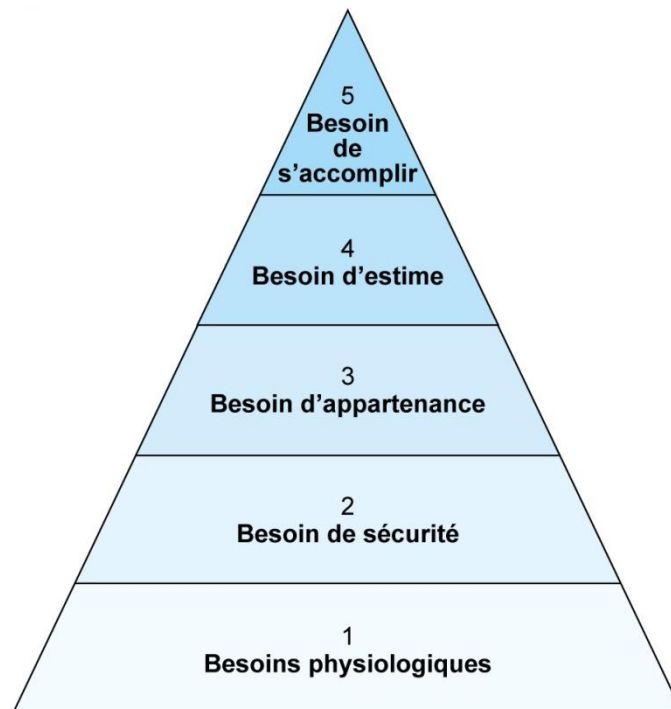
- IFPS-IFSI de Dijon. (s. d.) *.Les mécanismes de défense psychique.*
<http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2019/11/Mécanismes-de-défense-.pdf>
- Dauce, P. IFSI-PFPS du CHU de Rennes. (2020). *UE 3.4 S6 - initiation à la demande de recherche - Accompagnement au mémoire des étudiants infirmiers.* Cours mis à disposition sur la plateforme moodle.

Annexes

Annexe I) Schéma de communication de Shannon et Weaver



Annexe II) La pyramide des besoins de Maslow



Annexe III) Guide d'entretien

Présentation : Quel est votre parcours, votre expérience ?
1 - Selon vous, quel est l'intérêt de la communication dans le soin <i>Qu'est ce que les patients attendent de nous, en communication ? Quel est le but de la communication ? Qu'est ce que la communication avec les patients ? En quoi consiste-t-elle ? Fait-elle partie du soin ?</i>
2- Qu'est ce qui peut rendre la communication difficile ? <i>(Agressivité, impatience, pathologie, barrière de la langue...)</i>
3- Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans une situation de soins, en termes de communication ? <i>Des exemples de situations ? Êtes vous souvent mal à l'aise dans certaines relations de soins? Face à quel type de patient en particulier?</i>
4 - Est-ce que cela impacte la relation soignant-soigné ? <i>Si oui, en quoi? L'alliance thérapeutique est-elle fragilisée ? Le soin peut-il quand même aboutir ?</i>
5 - Quelles peuvent-être vos stratégies face à cette (ces) situation(s) ? <i>Vos collègues ont-ils les mêmes stratégies ? (Donner le relais à un collègue, laisser le patient quelques minutes puis re-tenter). Comment faites-vous pour vous adapter au patient ?</i>
6 - Quel sentiment quand vous ne parvenez pas à entrer en communication comme vous l'auriez aimé ? <i>Quelles émotions ressentez-vous ? (Sentiment d'efficacité ?)</i>
7 - Que diriez-vous à un jeune infirmier qui craint de se laisser dépasser dans des situations de communication délicates ? <i>(Par manque de connaissances, d'expérience, de savoir-être et savoirs-faire)</i>

Annexe IV) Entretien retranscrit IDE 1

IDE numéro 1 des urgences du CHU de Rennes - Le 03.03.20

ESI - Ma première question concerne ton parcours, quelle expérience as-tu en tant qu'infirmière ?

IDE - Je suis diplômée depuis 2003. J'étais à l'école de Chateaubriand.

Donc je suis entrée au CHU de Pontchaillou en juin 2003 j'ai fait pas mal de service parce que auparavant j'ai fait du pool, j'ai fait quasiment tous les services de Pontchaillou je n'ai pas du tout été ni à l'hôpital sud ni à Hôtel-Dieu. Après je me suis installé pendant sept ans en chirurgie digestive à Ouessant je ne sais pas si tu vois.

Et maintenant ça fait 10 ans que je suis aux urgences à Pontchaillou.

ESI - D'accord.

Donc la première question concernant mon sujet c'est : selon toi quel est l'intérêt de la communication dans le soin de manière générale, est-ce qu'elle fait partie à part entière du soin ou non ?

IDE - La communication elle est pour moi essentielle voire même primordiale et c'est la première chose qu'on doit apprendre à être et à devenir en tant que soignant parce que par exemple, pour travailler aux urgences, quand je suis à l'accueil des urgences, moi je suis le premier reflet de l'hôpital quand les personnes arrivent. Donc la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, ne serait-ce qu'un regard de compassion est très très important. Je me présente toujours pour que la personne sache à qui elle a affaire. Alors il est vrai qu'avec la conjoncture actuelle et sanitaire le visage est masqué donc on parle à travers un masque donc c'est très compliqué. Effectivement la communication elle est primordiale, on explique la situation, on explique qu'est-ce que va devenir le patient comment ça va se passer voilà, déjà on a fait la moitié des soins et on est quasiment sûr que tout va bien se passer pendant la prise en charge.

ESI - Donc pour rebondir là-dessus est-ce que selon toi les patients attendent quelque chose de nous dans la communication ?

IDE - De la bienveillance, de l'écoute, de pouvoir répondre à leurs questions si elles en ont. De la réassurance parce que quand on vient à l'hôpital c'est pas forcément pour des bonnes choses, c'est pour une prise en charge de douleurs, des choses qui sont négatives pour la personne. Nous on est là pour effectivement rassurer, même si ce sont des gestes qui sont invasifs, durs, douloureux et bien voilà nous il faut savoir qu'on est là, qu'on les accompagne toujours dans la bienveillance, dans le

non jugement, dans l'empathie. Sinon on bloque une communication il n'y a pas d'échange c'est-à-dire que le patient ne va pas oser non plus poser des questions et rester sur des interrogations. Une communication c'est un échange, moi par exemple je dis toujours aux personnes si vous avez des questions durant votre prise en charge vous n'hésitez pas parce que les non-dits ou les interprétations qu'on peut avoir sur un soin peuvent porter préjudice après sur le bien-être de la personne et puis après même sur nous en tant que soignant on peut avoir des a priori on peut penser quelque chose de la personne alors que c'est pas du tout ça donc oui bien sûr.

ESI - Donc mon sujet je te le rappelle c'est plutôt autour des situations de communication nouvelles et difficiles. Et du coup ma seconde question c'est : qu'est-ce qui justement peut rendre la communication difficile avec un patient, quels sont les facteurs qui selon toi peuvent compliquer tout ça ?

IDE - Quand on est en difficulté pour communiquer c'est ça ?

ESI - Oui

IDE - Bah déjà tous les patients qui sont déjà (...) alors (...) La je te parle de mon expérience aux urgences évidemment. La communication est très compliquée pour les patients qui sont en état d'agitation et de problèmes psychiatriques aigus. Les patients qui sont en phase aiguë de schizophrénie de bipolarité de voilà, de psychose de mal-être psychique, qui ont des pathologies psychiatriques même si on essaye d'établir une communication et de dire exactement comment ça va se passer, les personnes sont dans leur pas dans leur état psychique voilà en phase aiguë, et de toute façon à partir d'un moment on dit stop, il n'y a plus de communication possible donc on explique on dit aux patient : « on vous explique on va vous contentionner, on est va vous donner un médicament et on arrête la communication ». Donc là c'est vrai que ce genre de patient peut être compliqué au niveau de la communication, les personnes alcoolisées bien sûr quand ils sont fortement alcoolisés avec un taux important bien sûr la communication peut également être impossible. La communication en ce moment avec les sourds qui ne peuvent pas lire sur mes lèvres quand ils viennent à l'accueil des urgences. Donc ça c'est (...) je ne comprends toujours pas qu'on ait pas de masques, nous soignants, visibles pour qu'on puisse au moins parler qu'ils puissent au moins lire sur les lèvres parce que là ça devient beaucoup plus compliqué pour nous. Donc on fait des dessins, de l'écriture, tout ça ça prend beaucoup plus de temps. Et puis tous les patients étrangers que nous avons, tous les patients qui sont : les réfugiés, les Roumains, Géorgiens, énormément d'étudiants Erasmus sur la ville de Rennes sur le bassin Rennais. Donc bon évidemment on a un minimum d'anglais mais bon y'a des personnes qui ne parlent pas du tout anglais donc la

communication est difficile aussi par rapport à ces patients là. Peut-être un petit peu moins parce qu'on arrivera toujours à se comprendre avec des mimes ou des choses comme ça.

ESI - Mais il y a la barrière de la langue

IDE - La barrière de la langue oui bien sûr le chinois ou les choses comme ça, les choses quand même très spécifique et on ne maîtrise pas donc c'est un peu difficile

ESI - Qu'est-ce que tu peux venir de l'agressivité aux urgences comment rebondissez-vous face à ça en tant qu'équipe ?

IDE - Sur l'agressivité, alors on est de plus en plus exposés, il faut le savoir : les taux d'incidence et d'agressivité aux urgences et de violences ont augmenté très fortement ces dernières années. Elles ont commencé à être prises en charge par la direction de l'hôpital, pour dire qu'effectivement on était en incidence importante, et qu'il y avait non seulement de la violence verbale mais il y avait aussi de la violence physique, mais que les deux types de violence et d'agressivité sont prises en charge. C'est-à-dire que du coup ce qui a évolué, c'est que même si y'a une insulte envers nous, nous avons maintenant l'accompagnement d'un agent de sécurité de l'hôpital qui peut nous accompagner au commissariat de police pour aller porter plainte. Ce qui ne se faisait pas auparavant y compris pour les violences physiques. Après ce qui a été installé aux urgences depuis qu'il y a eu un incident majeur avec un de mes collègues il y a quelques années, où j'ai eu la peur de ma vie moi en tant que soignante de retrouver mon collègue décédé clairement, on a du coup fait intervenir les syndicats et la direction et on a obtenu des badges. C'est un peu comme les pavillons de psychiatrie c'est-à-dire que ça s'accroche au niveau de la poitrine. Si on appuie une fois c'est pour signaler, ça nous signale un peu comme un GPS déjà nous, où est-ce qu'on se trouve, dans quelle zone des urgences ça signale qu'on a un problème avec un patient donc du coup l'équipe nous rejoint. Si on appuie deux fois, c'est les agents de sécurité qui sont également automatiquement appelés, donc ils arrivent. Et vu qu'on est aux urgences on en a profité entre guillemets pour faire un appui long sur le bip qui nous montre ACR (arrêt cardio-respiratoire) donc ça c'est plutôt entre parenthèses mais on en a profité pour faire ça.

Donc voilà on a mis ça en place concernant l'agressivité, on a aussi des formations. On a une formation agressivité-violence, on a quatre référents aux urgences, qui du coup font nos formations internes. On a des petits ateliers de temps en temps de mis en place de contention physique. C'est-à-dire comment contentionner un patient sans se faire mal, sans lui faire mal, et puis en travaillant en collaboration tous ensemble. Donc c'est savoir qui fait quoi, comment, quel geste, et que ça dure le moins de temps possible. Et on travaille aussi avec les médecins puisque évidemment les

contentions, c'est une prescription médicale donc on travaille beaucoup avec eux. De plus, qui dit contention physique dit également contention chimique donc c'est-à-dire que voilà on contentionne le patient mais on lui donne un médicament également chimique. Donc voilà on s'est améliorés sur la prise en charge de l'agressivité physique mais malheureusement il y en a de plus en plus. Par exemple samedi après-midi j'ai contentonné quatre personnes d'affilée à l'accueil des urgences, donc effectivement là il y a un vrai mal-être de personnes qui est lié à la crise sanitaire, pas que ça mais voilà on voit qu'en ce moment il y a de plus en plus d'agressivité.

Donc on est aussi accompagnés 24 heures sur 24 par une équipe de psychiatrie qui est avec nous. On a une infirmière et un psychiatre de garde tout le temps donc quand on est en grande difficulté ils sont disponibles, ils viennent avec nous. En plus ils savent les antécédents des patients, ils savent comment on doit réagir, quel traitement leur donner, donc voilà on travaille beaucoup avec eux aussi on travaille en collaboration avec l'équipe de psychiatrie.

ESI - D'accord donc la question suivante c'est est-ce que tu t'es déjà senti en difficulté dans une situation de soins en termes de communication ? Est-ce que tu as déjà eu des moments où tu savais plus quoi faire pour avancer dans la relation de soins ?

IDE - Ah oui pour moi la barrière de la langue clairement, quand on est à l'accueil et que on peut pas définir le motif d'entrée c'est quelque chose qui est hyper angoissant parce que tu ne sais pas à côté de quoi tu passes. Si le patient me montre, je sais pas, la poitrine par exemple, est-ce qu'il a mal à la poitrine ou est-ce que finalement c'est juste un ganglion ou un bouton ou enfin il peut y avoir de tout. Donc la vraie difficulté c'est de ne pas savoir les antécédents, de ne pas pouvoir communiquer verbalement avec le patient, s'il n'a pas d'entourage, si on a pas de traducteur possible effectivement.

ESI - Et est-ce que ce sont des situations qui peuvent te rendre mal à l'aise quand tu n'arrives pas à trouver les moyens de répondre aux attentes des patients ?

IDE - Bah c'est toujours embêtant parce qu'en face de toi t'as un patient qui est quand même en demande de soins qui en demande d'avoir de l'aide. Après je saurai quand même dire si le patient est en détresse vitale bien sûr ça se voit cliniquement enfin y'a des choses qui peuvent me le dire. Bon effectivement il y a une barrière de la langue mais bon c'est pas grave parce que je vois que cliniquement si il est pas bien. Mais me rendre mal à l'aise non, parce qu'on arrive toujours à trouver des solutions on arrivera toujours à trouver. On a un site d'ailleurs que ma collègue infirmière a créé qui s'appelle Tralelo, donc elle a fait ça, où tu peux poser énormément de questions, sur je ne sais plus combien de langage et de langue c'est impressionnant tu pourras essayer d'aller voir si tu veux.

Donc c'est Marion une infirmière qui travaille avec nous qui l'a créé, elle a même eu un article dans les soins infirmiers.

ESI - D'accord

IDE - Donc si vraiment on a des grandes difficultés, on peut y aller par exemple quoi. Donc voilà on arrivera toujours à prendre ce temps là mais pas à l'accueil parce que ben c'est compliqué quand on a beaucoup de monde c'est pas possible de pouvoir cibler en cinq minutes, parce que c'est le délai de prise en charge de l'accueil d'un patient, de pouvoir dire pourquoi, il vient à quoi il est allergique, comment je le côtoie, donc voilà c'est assez peu. Je les fait rentrer dans les urgences, et puis après c'est les médecins qui prennent le relais, les internes, les externes, on essaye de trouver des solutions. Mais non voilà je suis pas quelqu'un qui soit stressée sur ce point de plus, c'est l'expérience qui fait que je ne le suis pas du tout, j'arrive toujours à trouver une solution.

ESI - D'accord, et malgré ça est-ce que c'est quelque chose qui selon toi impacte la relation que tu peux avoir avec le patient en terme de confiance, d'adhésion aux soins ?

IDE - Et ben de toute façon si je ne peux pas rentrer en communication moi je fais « stop » voilà. Je fais des signes, voilà après j'essaye de me mimer, de faire des signes pour dire « vous allez voir le docteur », et des fois par des mimes, par exemple pour une prise de sang bah je vais montrer le bras, on essaie de montrer ce qu'on peut de trouver d'autres méthodes de communication que verbalement parce que en plus là, avec le masque là c'est une catastrophe donc voilà et puis on va essayer de trouver (... interruption)

Depuis 10 ans que je suis au CHU on n'a jamais eu quelqu'un qui n'a pas été pris en charge par un médecin. On s'est jamais dit que là on est dans une impasse et que c'était pas possible. A force de chercher on va trouver et puis on a d'autres cas tout ce qui est patient réfugié, mineurs isolés, lorsqu'on a pas d'antécédents si ils sont jamais venus aux urgences et que c'est la première fois, on fait venir l'assistante sociale peut-être qu'elle le connaît elle qu'elle a ses papiers... C'est un travail d'équipe honnêtement quand on est en difficulté de communication, la cadre peut effectivement faire des recherches, appeler l'administrateur de garde donc voilà on arrive toujours à trouver des solutions.

ESI - Donc le soin finit toujours par aboutir...

IDE - Ah oui bien sûr on peut pas laisser un patient sans sans soin

ESI - Et du coup tu me parlais avant par exemple du site que ta collègue a créé, est-ce que vous avez d'autres outils à vous aider dans des situations compliquées ?

IDE - J'ai des collègues qui sont en train de faire des projets sur « urgence et handicap » actuellement donc effectivement je sais que dans les services ça se passe beaucoup sur pictogramme, ils ont des classeurs entiers de pictogrammes sur pose de sonde urinaire, ou sur une prise de sang, des choses très simples, photocopie de carte vitale, photocopie de carte d'identité, elles sont en train de monter tout un projet là-dessus. Puis si j'ai une personne qui est sourde ou malentendantes on a juste en face des urgences le cabinet médical de garde mais accueille toutes les personnes sourdes et malentendants donc on a aussi Morgane qui est la première aide-soignante sourde en Bretagne, et qui du coup, quand elle est disponible vient nous rejoindre au niveau des urgences. Et ça peut être dans n'importe quel service de l'hôpital pour pouvoir justement traduire faire le langage des signes donc quand on a des personnes qui sont sourdes ou malentendantes. Il y a un médecin aussi qui signe et nous aide quand on est vraiment en difficulté.

ESI - C'est super d'avoir des personnes ressources comme ça

IDE - J'ai fait la formation « l'accueil de la personne sourde et malentendantes », c'est super intéressant mais la formation pour signer coûte très très cher mais il y a un nouveau master, un DIU qui vient de s'ouvrir d'ailleurs sur le handicap c'est nouveau sur Rennes pour la communication.

ESI - Et face à l'agressivité vous faites intervenir la sécurité comment vous y prenez ?

IDE - On a le numéro en tête le 125, c'est ancré là-dedans. Et puis y'a des caméras au niveau de l'accueil des urgences qui cible vraiment vers nous, vers l'accueil et vers la salle où on a le pôle d'attente, si jamais j'ai pas le temps d'appeler parce que quelqu'un vient, on fait un signe à la caméra en général ça fonctionne, ou comme je t'ai dit le bip et puis quand les patients sont alcoolisés maintenant on n'hésite plus on appelle la police. Il y a eu un très grave accident il y a peu de temps avec un patient qui avait caché un couteau par exemple.

Donc oui on appelle souvent la BAC de Rennes la nuit quand on est en difficulté, oui oui moi j'ai déjà eu affaire à la BAC de Rennes, je pense qu'on connaît tous les policiers de Rennes et la BAC de Rennes maintenant aux urgences.

On est pas là pour se mettre en danger, parce que les patients qui sont psychotiques tellement dans leur dire on n'y peut rien on peut pas arrêter ça si ils nous disent « vous avancez un pas de plus je vous tue » et bien tu t'avances pas, tu recule. Nous on a pas les formations pour maîtriser les des individus comme ça, ce serait se mettre en danger nous-mêmes donc on appelle les forces de l'ordre et après ils viennent nous aider mais.

ESI - Qu'est-ce que tu ressens quand tu es en difficulté face à par exemple de l'agressivité ou la barrière de la langue, quel sentiment ça procure ?

IDE - Un petit peu comme tout à l'heure je dirais... L'agressivité, ben soit le patient est agressif dès l'entrée des urgences, et il est en phase, ou le SAMU m'appelle et dit « La vous allez avoir un patient qui est agité, agressif », donc on prépare les contentions et puis là on s'y attend. Après, c'est plutôt quand les patients attendent, énormément aux urgences, donc c'est plutôt quand ça va montrer petit à petit, et le temps d'attente augmente, qu'il y a des non réponses sur une prise en charge, « on n'est pas venus me voir pour les résultats de ma prise de sang, je ne sais pas à quelle heure je passe mon scanner », voilà ce sont ces prises en charge qui sont les plus compliquées, les plus difficiles, car on a beau expliquer que sur un délai, même si c'est de 6h, ils ont eu le droit à un accueil, à une prise en charge, prise de tension, prise de sang, des examens cliniques par des médecins, une attente d'un scanner et ils ont tout en 6h, alors que si c'était en ville, il faut attendre 3 mois pour avoir un scanner, du coup c'est très compliqué. Et c'est là que la violence est la plus difficile à gérer parce qu'elle est imprévisible. Il faut pouvoir justement appréhender cette agressivité et cette violence là. Et pourquoi c'est compliqué ? Parce que généralement les patients qui sont agressifs à ce moment là parce qu'ils sont 20 dans les couloirs, on est que 2 infirmiers, et que je peux pas, parce que je suis bloquée par ce temps, et je peux pas prendre le temps d'expliquer. Et la barrière de la langue pareil, ce sont des patients qui eux peuvent me demander tout simplement un verre d'eau, ou pour aller uriner, et bien ils sont sur un brancard et ils ne comprennent pas que ce soit sur un bassin, ou qu'ils doivent rester à jeun car on n'arrive pas à leur expliquer. C'est plus ça le problème, de pas pouvoir prendre le temps de se dire « Ok, alors qu'est ce que vous voulez? » parce que quand tu sais derrière que tu as 10 prises de sang à faire, 2 sondes naso-gastriques à poser, plein de choses... Donc voilà, c'est plus dans ces temps là ou tu sens que l'agressivité elle montre, et c'est normal, c'est légitime, les patients attendent, et il y a beaucoup de monde dans les couloirs et ils voient bien qu'on est que 2. Et oui, la barrière de la langue, pour un peu le même problème, ils peuvent me dire « ma famille est dans le haul, ils peuvent venir traduire », donc moi j'y vais, et je dis je reviens, et finalement t'as pas le temps de revenir parce que t'es prise par ci, par ça...

ESI - Est ce que de ce fait tu te sens moins efficace, frustrée par ces choses là ?

IDE - Ben oui, bien évidemment parce que si il y avait plus de fluidité dans la prise en charge, dans la demande de lits et d'examen, parce qu'il faut savoir que quand on demande un scanner il y a ceux des patients de l'hôpital qui sont déjà prévus, plus nous on vient en plus en rajouter, donc oui, c'est évident que si il y avait plus de fluidité d'aval il y aurait pas ce problème. Mais je ne le prend pas personnellement du tout, c'est le système qui est comme ça, et là c'est encore pire avec le Covid

parce que tous les patients que je vais devoir hospitaliser je vais devoir les tester, donc on nous rajoute encore une tâche supplémentaire, donc c'est un geste qui est hyper agressif je trouve, de faire ça à une personne de 80 ans qui n'a rien demandé, qui a juste chuté et qui vient parce qu'elle a un traumatisme de la hanche. Donc il faut prendre du temps en plus, pour expliquer, qu'on est à l'hôpital et qu'on n'a pas le choix. Ça peut être compliqué et on est obligés de tester tous les patients des urgences qui vont en hospitalisation, ceux qui sont calmes comme ceux qui ne le sont pas.

ESI - Ma dernière question c'est: que dirais tu à un jeune infirmier qui craint de se laisser

dépasser par dans des situations, ou il est face à quelqu'un d'impatient, d'agressif, qui a des troubles cognitifs, et qui se sent pas capable de répondre au patient ?

IDE - Et bien de toujours aller demander de l'aide. Ça c'est la principale... C'est ce que je dis toujours, moi je préfère qu'on vienne me voir pour me dire « Là je suis dans une impasse est-ce que tu peux venir m'aider et me conseiller ». En tant qu'étudiant infirmier, ou en tant que jeune diplômé, voilà. Pour moi il n'y a pas de mal à ça. Moi quand je suis dans une impasse, j'ai beau avoir une certaine expérience, je vais dire à ma collègue « écoutes là j'arrive pas, si tu peux prendre le relais, prend le » et puis après il y a des petites techniques qu'on apprend au fur et à mesure des années. Mais ne pas hésiter à demander de l'aide, et justement j'accompagne, je montre, et c'est au fur et à mesure qu'on apprend. Et surtout, ne pas rentrer dans l'agressivité. C'est-à-dire ne pas répondre du tac au tac. Si la personne hausse le ton, ne hausse pas le ton. On garde un ton monotone, on va essayer de trouver des solutions ensemble, mais voilà, expliquer que l'agressivité ne rend pas plus rapide la prise en charge. C'est des choses qui voilà... Expliquer que si vous me menacez, « vos menaces ne m'atteignent pas (... interruption) on est dans un hôpital, il y a un temps d'attente, vous n'êtes pas seul, tout le monde attend ». Je peux proposer un verre d'eau, ou prendre l'air 5 minutes, et j'accompagne les personnes dans le hall, ils vont à l'extérieur. En plus les visites sont interdites, donc le masque plus les visites, tout entraîne cette situation d'agressivité, parce qu'en fait le patient se retrouve seul. Mais il faut demander de l'aide, et on accompagne.

ESI - D'accord merci.

Annexe V) Entretien retranscrit IDE 2

IDE numéro 2 en hôpital de jour de psychiatrie - Le 04.03.20

IDE - Mon parcours, je suis diplômé de 2013 à Nantes, mon premier poste, c'était en unité de transplantation thoracique. C'est une unité à Nantes pour les transplantations cœur poumons. J'avais fait mon dernier stage là-bas. Après, j'ai fait, j'ai fait pas mal d'intérim en maison de retraite et en soins de suite essentiellement. Et puis après, je suis arrivée en psychiatrie, j'ai commencé quelques années en extra hospitalier, en hôpital de jour essentiellement. Après, j'ai fait 3-4 ans en service, en unité. Je ne sais pas trop comment ça fonctionne à Rennes, mais nous c'est un petit hôpital tu sais, ce n'est pas celui de Nantes. C'est celui qui est en dessous. Et du coup, il y a trois services d'entrée, c'est pas aussi spécifique que d'autres hôpitaux qui sont beaucoup plus gros et qui vont fonctionner différemment, nous c'est des services d'entrée qu'on ferme en fonction des patients qu'on a. Depuis 1 an, je suis de retour en hôpital de jour.

ESI - Donc, au global, ça fait combien de données de psychiatrie ?

IDE - Ça fait sept ans.

ESI - D'accord. Du coup première question concernant mon sujet: selon vous, quel est l'intérêt de la communication dans le soin de manière générale? Est-ce que la communication fait partie du soin à part entière?

IDE - Alors ta première question, c'est est ce que c'est indispensable au soin ?

ESI - Est ce que pour vous, c'est un soin complet ? Ou est-ce que ça va avec un autre soin ?

IDE - En règle générale, la communication, je trouve que ça s'associe à un soin, pour qu'il soit plus global. Il y a le soin somatique strict, qui serait bien triste si on manquait de communication. Et puis, je pense qu'en psychiatrie, la communication peut n'être que soin, en soi, un soin à part entière. Mais dans tous les autres contextes oui, c'est indispensable de communiquer pour plein de raisons.

ESI - Ok. Qu'est ce que les patients peuvent attendre de nous en ce soin de communication ?

IDE - D'être rassuré. Je pense en premier lieu d'être informé, premièrement, informé sur le soin, sur le déroulement, en sachant plus ce qui va se passer ça va les rassurer. Ça permet d'établir un lien entre le soignant, le soigné et éventuellement une chaleur humaine. Peut-être le début du lien de confiance. Ça va amener un peu toutes les conditions nécessaires à ce que le soin puisse se faire dans de bonnes conditions. Si ce n'est pas un soin unique mais un soin qui est le début d'une longue série de soins, c'est pareil, ça permet de faciliter la suite.

Donc, je pense que c'est un bénéfice pour le patient en étant rassuré, informé et pour les soignants qu'ils vont voir juste un être humain et ça permet de ramener un petit peu d'humanité dans les soins c'est hyper important. Après, je sais que dans certains services, maintenir une qualité de communication, c'est compliqué parce qu'on est de moins en moins nombreux et il y a de plus en plus de travail. Le timing, la pression, tout ça. Mais la communication, c'est rendre un soin qualitatif pour tout le monde, dans les deux sens.

ESI - Je suis d'accord. Du coup, qu'est-ce qui peut rendre difficile cette communication ?

IDE - Comme tu disais, certaines pathologies d'une part. Les pathologies psychiatriques, ça peut être la crise, les patients qui sont en état de crise ou qui sont tachy-psychiques qui sont envahis par des hallucinations. Ça peut être le patient qui est en phase maniaque du coup, tout va tellement vite dans sa tête du coup il n'entend même plus. Ce qui peut faire frein effectivement. On a la barrière de la langue aussi. Evidemment, ça arrive régulièrement. Ça peut être aussi, un patient qui a l'impression de voir un soignant qui ne l'écoute pas vraiment, c'est pour moi un frein à la communication. Ouais, voilà après, je parlerais pas de troubles cognitifs, en tout cas dans des maladies psychiatriques, les dépressions, les psychoses et les états maniaques tout ça, donc, c'est ça, finalement. Généralement, il n'y a pas trop de troubles cognitifs normalement. C'est plus la maladie qui est en décompensation quand la personne est en crise, quelle que soit la pathologie, parce qu'elle est envahie par des idées noires, des idées suicidaires, des hallucinations. Des fois, il y a des situations qui font que le patient va un peu perdre confiance en les soignants donc c'est un frein aussi. Si le patient n'a plus confiance en son soignant, et ne veut plus communiquer, il va se fermer et c'est bien dommage étant donné que c'est notre outil principal en psychiatrie.

ESI - Mais est ce que ça vous fait vous sentir en difficulté dans ces situations de soins quand vous avez des difficultés de communication? Est ce que vous trouvez des stratégies pour pallier ça ?

IDE - Euh. Des stratégies...

ESI - Est ce qu'il y a des situations où vraiment il y a un blocage et que vous voyez que ça ne débouche pas sur quelque chose de concluant, et que ça peut vous rendre mal à l'aise ou vous faire sentir frustré vis-à-vis de la fonction que vous avez à remplir ?

IDE - Ouais, j'ai pas d'idée, j'ai pas de situation en tête, pourtant il y en a régulièrement, mais évidemment quand on n'arrive plus à communiquer. C'est plutôt quand j'imagine, un patient qui est tellement mal en psychiatrie. Parfois, les patients ont besoin d'être en chambre de soins intensifs, et ils ont besoin d'être mis à l'écart, soit pour se protéger eux-mêmes, soit pour protéger les autres, mais souvent se protéger, soit de tous les stimuli de l'extérieur. Des fois, on est obligé de mettre, sur

prescription et évidemment, le patient en CSI. Et c'est assez violemment vécu en général parce que c'est une privation de liberté qui est quand même... Enfin on te prive de toutes les libertés, on te met dans une pièce. Et généralement, quand il y a un passage en CSI, surtout que le patient est dans le déni de ces troubles, il va pas se rendre compte qu'il en a besoin, donc, il va nous en vouloir à fond donc, la communication, souvent à ce moment là en début de CSI, est ultra compliquée. Parce que parce qu'on a perdu toute la confiance du patient, il se sent trahi, et qu'il a l'impression qu'on enferme, c'est horrible et qu'on l'écoute pas... Ca c'est une situation récurrente qu'on retrouve, nous, où la communication est plus compliquée. Du coup, les stratégies, ça va être de prendre le temps, par exemple, d'écouter le patient, mais de l'écouter activement, dès fois, on est tellement pris dans le travail que d'une oreille, alors que psychiquement t'es pas disponible pour entendre ce qu'il a à dire. Donc, ça peut être: le temps de l'écouter vraiment, écouter ses demandes et les inquiétudes plutôt que... Nous, en psychiatrie, on se réfère beaucoup aux cadres de soins. On s'appuie sur ce qui va rassurer le patient en règle générale, et le cadre peut paraître très strict. Et c'est vrai qu'en prenant le temps d'écouter le patient plutôt que de dire non à tout, tu vas essayer d'entendre ses besoins, et vraiment prendre le temps de réfléchir : « est-ce que je ne peux pas déroger un petit peu au cadre pour permettre ça ? ». Ce qui permettrait de jouer l'alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique, c'est hyper important en psychiatrie, même dans les autres unités de soins. Nous travaillons l'alliance thérapeutique par l'écoute. Après, ça va être... Oui, ça va être principalement ça. Après, on voit que ça ne passe pas avec un patient, il y a aussi des questions d'affinités. On est tous des êtres humains et il y a des gens avec qui ça ne passe pas et d'autres avec qui ça passe mieux. Ce qui se fait c'est aussi savoir passer la main à l'équipe. D'où l'intérêt du travail d'équipe. Savoir dire à ton collègue quand ça passe pas avec un patient, ça peut être réciproque, le transfert et contre transfert. Et du coup, tu tu passes la main à la collègue avec qui ça se passe mieux. Et ça aussi, mine de rien c'est une stratégie, parce que quand la communication n'est plus possible avec le patient... Hop, c'est l'autre qui prend la main. Donc l'écoute active, prend le temps, passe la main... Qu'est ce qu'on peut mettre en place d'autres? Je pense qu'il faut être patient aussi. Il faut garder son calme, je pense.

ESI - Ne pas renchérir.

IDE - C'est ça. Souvent, on nous apprend que le patient va être projectif. Ça veut dire que toute la colère qu'il a contre plein de choses, et bien il va se projeter sur toi, toute sa colère, ce qui donc peut être violemment reçu. Parce que quand ils sont très mal, ils sont très violents, ils peuvent être très insultants et peuvent être menaçants physiquement. Et il faut se rappeler que c'est projectif, que le patient est mal, que c'est pas contre toi, mais c'est contre la blouse en général. Et c'est important de prendre ce recul là, de garder son calme et d'essayer de désamorcer la situation, en gardant son

calme, en essayant d'apaiser la situation, en continuant à parler doucement, sans renchérir, sans s'énerver, sans s'exciter. J'avais une autre idée qui m'est venue en même temps. Ah je sais plus.

ESI - Et vous avez des techniques de désescalade ? J'ai entendu parler de ça quelque part, ça consiste en quoi ? D'abord dire « stop » et après on revient voir si la situation est plutôt apaisée ?

IDE - Oui. C'est ça. Un médecin nous a expliqué sa technique. Quand il arrive en consultation, mais ça peut être nous aussi hein, c'est la même chose. Toi, tu arrives avec ton idée d'entretien, tu sais où tu veux aller, tu sais quel sujet aborder, tu sais tout ce que t'as envie de demander à ton patient. Hop, tu abordes le sujet, tu sens que ça l'énerve, qu'il se referme et tout. Le médecin nous a expliqué que lui il aborde un autre sujet autre. Et il fait parler, cinq ou dix minutes le patient sur cet autre sujet. Et après il revient sur le sujet qui l'intéresse et qui était un peu tendu au début. Et apparemment, ça fonctionne plutôt bien comme ça. Ça m'arrive de le faire, mais pas trop consciemment.

ESI - Justement, du coup, vous en avez déjà un peu parlé. Qu'est ce que vous pouvez me dire au niveau de l'alliance thérapeutique dans ces situations là? Est ce qu'elle peut quand même aboutir ? Parfois, ça arrive que ce soit compromis ?

IDE - Alors. Est ce qu'elle est déjà là ou est ce que c'est dans l'idée de construire ?

ESI - Plutôt de la construire.

IDE - L'un n'empêche pas l'autre. Ce qui est important, c'est de bien verbaliser l'incompréhension. Si tu choisis bien tes mots, en expliquant que c'est son intérêt. Comment dire. Que c'est pas nous qui iront l'embêter ou qui lui interdisons des choses. Mais tu te réfères au cadre de l'hôpital, c'est pour lui. Non l'alliance n'est pas forcément compromise. Il y a des situations difficiles à rattraper. À distance de la crise, le patient... Tu reviens sur la situation qui a été tendue quand le patient est plus détendu et a un peu pu récupérer ses esprits. Et tu reparles de la situation. Qu'est ce qui s'est passé? Voilà, en remettant les choses en place. A ce moment là il était pas bien donc il a peut-être mal interprété certaines choses, mais c'était toujours dans son intérêt. Et puis, en revenant sur cette situation plus tard, on récupère cette alliance. Elle se récupère ou elle peut se construire derrière, bien sûr. Bien sûr, même si c'est mal parti, ça se rattrape.

ESI - Vous faites des débriefs en équipe de certaines situations ?

IDE - Oui, c'est ce qu'on appelle la supervision. Il n'y en a pas forcément dans les unités de soins classiques. Mais en psychiatrie on a de la supervision. En fait, c'est une psychologue qui vient une heure ou deux tous les 15 jours, et on aborde les sujets qui nous ont posé problème avec un patient. En fait, la psychologue nous aide à comprendre un peu tout ce qui s'est passé. Des fois nous aussi, on

est humains, donc on est dans l'émotion, donc on n'a pas compris. La communication était compliquée et on est un peu en colère. On est entre triste et on s'interroge. Donc oui on a nos supervisions, effectivement fait partie des stratégies de comprendre ce qui s'est passé. Et souvent, moi, je sais, mon petit signal d'alerte quand je vois qu'une situation qui me reste un peu en tête, avec laquelle je ne suis pas bien, à laquelle je repense beaucoup et qui a besoin. Il faut en parler aux collègues ou à la supervision, pour prendre du recul et aider à comprendre ce qui s'est passé. Les enjeux de la communication, justement. Et c'est vrai, effectivement, c'est une stratégie d'en discuter avec tes collègues ou supervisions pour comprendre ce qui s'est passé.

ESI - Vous avez une formation en psychiatrie pour justement mieux vous adapter à des situations compliquées ?

IDE - Oui effectivement il y en a tout un panel, alors je suis loin d'avoir tout fait, mais des formations existent effectivement pour gérer, gérer la crise. Même quand physiquement il y a des menaces physiques. Oui, oui, il y a plein de formations, je ne pourrais pas te redire les intitulés. Mais oui, oui, mais elles ne sont pas obligatoires. On a quand même ce temps de supervision par un psychologue qui est très important.

ESI - Quel sentiment cela procure de parfois, rentrer en conflit avec un patient, et de se rendre compte que la relation qu'on essaye de créer, ne mène à rien parce qu'on n'arrive pas à bien communiquer ?

IDE - Je dirais que c'est dévalorisant. En fait, j'ai l'impression que quand il y a un truc comme ça qui se passe, une situation où je peux penser à une situation. Je sais que j'ai une patiente à l'hôpital de jour qui était tellement mal. Elle a appelé au téléphone et puis ça, c'était compliqué chez elle. Elle était en conflit permanent, est en crise et ce qui fait qu'elle, elle a tout projeté sur moi qui venait d'arriver dans mon nouveau poste en plus. Et donc elle a arrêté l'hôpital de jour en jour, en gros en disant que c'était de ma faute au début. Et du coup, tu te remet en question. Forcément, professionnellement, tu te dévalorise un petit peu et c'est pour ça que c'est important d'en discuter avec des collègues qui vont tout remettre un peu l'esprit en place et qui vont surtout objectiver la situation. Mais je ne sais pas si c'est le cas pour tout le monde, mais oui, c'est plutôt cette impression professionnellement, d'être pas si bonne que ça et... Voilà...

ESI - Et puis l'impression de ne pas remplir sa fonction correctement ?

IDE - Oui, on peut dire ça comme ça, l'impression de ne pas être une bonne soignante entre guillemets. Je n'irais pas jusque là, mais tu dis dans ce cas là, j'ai pas été une bonne soignante et mais c'est important de se remettre en question. Souvent, je trouve une infirmière... Pas trop non plus, il

faut un juste milieu. Et l'importance du travail d'équipe, aussi en stratégie. Ils sont là. Et puis ça, ça arrive à tout le monde. J'ai ma collègue qui a plus de 50 ans, entre 30 et 40 ans d'hôpital psychiatrique derrière. Ça lui arrive encore.

ESI - Oui, c'est ce que je voulais dire, justement. Même avec l'expérience, ça arrive encore qu'on soit un peu frustré par certaines situations.

IDE - Ah oui oui, complètement, je pense à ma collègue qui a évoqué une situation en supervisions. Et elle avait été mise à mal par une situation et puis en creusant, tu te rends compte que ça faisait écho à son histoire de vie à elle. Et on a tous une histoire de vie, un parcours. Et surtout, quand tu travailles avec l'humain, à un moment donné, ça va résonner avec ton histoire. Et même si c'est des choses qui sont réglées et tu ne peux pas être neutre, absolument objectif en permanence, c'est impossible. Ce qui est important, c'est de se rendre compte que là, il y a une situation bizarre. Il se passe des trucs, ne suis pas très objective, de voir cette petite alerte là, et puis d'essayer d'en faire quelque chose après pour comprendre ce qui s'est passé. Mais tu vois, même avec ma collègue à la retraite dans 2-3 ans, elle a encore des situations qu'elle ne maîtrise pas. Parce que tu ne maîtrises pas ce qui se passe chez l'autre. Donc tu ne peux pas tout maîtriser. Et puis on a nos jours avec et nos jours sans. On a nos bagages à nous, même si on a l'impression qu'ils ne sont pas très lourds. On a des patients qui peuvent nous faire penser à notre maman, frère, à notre enfant... Donc, il va se passer des choses transférentielles.

ESI - L'important, c'est de ne pas rentrer chez soi avec ça et d'en avoir parlé du coup.

IDE - Oui, c'est ça. C'est dur de ne pas rentrer chez soi avec ça. Mais effectivement, l'important, c'est de voir que ça cloche, et d'en parler à tes collègues, à la psychologue qui vient te voir. Effectivement, mais je pense qu'avec l'expérience, on le sait, quand il y a une situation qui nous inquiète, avec laquelle on n'est pas à l'aise. Intuitivement, on sent qu'il y a un truc à travailler derrière moi.

ESI - Puis, on passe peut être plus facilement le relais du coup.

IDE - Oui, aussi clairement, oui. C'est justement quand tu sens que la relation n'est plus très neutre, et que telle ou telle personne, telle patient, te fait penser à ta maman, ou tel patient te fait penser à ton ex, ton enfant... Oui, il vaut mieux passer le relais tout de suite. Et puis, il faut connaître ses limites, apprendre à les connaître... Tu apprendras ça tranquillement. On en apprend tous les jours, on passe tous et toutes par là.

ESI - Et du coup, ma dernière question, ce serait : qu'est ce que vous diriez à un jeune infirmier diplômé qui craint de se laisser dépasser dans des situations de communication plus compliquées, et qui aurait peur de ne pas trouver les outils et les stratégies adaptées pour débloquer la situation ?

IDE - Bah, si t'es trop en difficulté, tu passes la main. J'aurais envie de te dire tu passes la main. Et puis, une fois que la situation est gérée, tu reviens dessus. Comme quand t'est étudiante et que tu fais... Comment vous appelez ça? Une analyse de situation sur une situation qui t'a interpellé. Par exemple: « J'ai fait ça, j'ai fait ça et j'étais en difficulté ». Demander aux autres comment ils auraient fait, passer la main et en parler après. Sur le moment de... Moi ce que je ferais, tu expliques au patient que tu es en difficulté, afin de rester honnête envers toi-même et envers le patient, et de rester toi. Tu en rediscute surtout après, pour ne pas rester avec des « Putain, je suis nulle ». Il faut accepter d'être un peu indulgent avec soi-même, surtout. Ce n'est pas parce que tu n'as pas réussi ce que tu avais imaginé que t'es nul. Et là où ça prendra tout son sens, c'est que tu as perçu que c'était un peu déconnant et que tu analyses ça. Que tu ne dise pas « tant pis, ça me fait chier, on verra la prochaine fois ». Et d'expliquer au patient que là, c'était un peu compliqué, quitte à revenir en discuter plus tard avec lui une fois que tu auras démêlé. Si, si, tu veux que l'alliance ou le lien de confiance, se travaille.

ESI - D'accord merci.

Annexe VI) Tableau d'analyse des entretiens

	IDE 1	IDE 2	Items
La communication			
Intérêt de la communication	<p>La communication elle est pour moi essentielle voire même primordiale et c'est la première chose qu'on doit apprendre à être et à devenir en tant que soignant parce que par exemple, pour travailler aux urgences, quand je suis à l'accueil des urgences, moi je suis le premier reflet de l'hôpital quand les personnes arrivent.</p> <p>Effectivement la communication elle est primordiale, on explique la situation, on explique qu'est-ce que va devenir le patient comment ça va se passer voilà, déjà on a fait la moitié des soins et on est quasiment sûr que tout va bien se passer pendant la prise en charge.</p> <p>De la bienveillance, de l'écoute, de pouvoir répondre à leurs questions si elles en ont. De la réassurance parce que quand on vient à l'hôpital c'est pas forcément pour des bonnes choses.</p> <p>Nous on est là pour effectivement rassurer.</p> <p>Une communication c'est un échange.</p>	<p>La communication, je trouve que ça s'associe à un soin, pour qu'il soit plus global.</p> <p>Je pense qu'en psychiatrie, la communication peut n'être que soin, en soi, un soin à part entière. Mais dans tous les autres contextes oui, c'est indispensable de communiquer pour plein de raisons.</p> <p>D'être rassuré. Je pense en premier lieu d'être informé, premièrement, informé sur le soin, sur le déroulement, en sachant plus ce qui va se passer ça va les rassurer. Ça permet d'établir un lien entre le soignant, le soigné et éventuellement une chaleur humaine. Peut-être le début du lien de confiance. Ça va amener un peu toutes les conditions nécessaires à ce que le soin puisse se faire dans de bonnes conditions.</p> <p>Je pense que c'est un bénéfice pour le patient en étant rassuré, informé et pour les soignants qu'ils vont voir juste un être humain et ça permet de ramener un petit peu d'humanité dans les soins</p> <p>Mais la communication, c'est rendre un soin qualitatif pour tout le monde, dans les deux sens.</p>	11 (4+5)
Verbale	Je me présente toujours pour que la personne sache à qui	Ce qui est important, c'est de bien verbaliser	3

	<p>elle a affaire.</p> <p>Donc la vraie difficulté c'est de ne pas savoir les antécédents, de ne pas pouvoir communiquer verbalement avec le patient, s'il n'a pas d'entourage, si on a pas de traducteur possible effectivement.</p>	<p>l'incompréhension. Si tu choisis bien tes mots, en expliquant que c'est son intérêt.</p>	<p>(2+1)</p>
Non verbale	<p>Ne serait-ce qu'un regard de compassion est très très important.</p> <p>On fait des dessins, de l'écriture...</p> <p>Après je saurai quand même dire si le patient est en détresse vitale bien sûr ça se voit cliniquement enfin y'a des choses qui peuvent me le dire.</p> <p>Effectivement il y a une barrière de la langue mais bon c'est pas grave parce que je vois que cliniquement si il est pas bien.</p> <p>Si je ne peux pas rentrer en communication moi je fais « stop » voilà. Je fais des signes, voilà après j'essaye de me mimer, de faire des signes.</p> <p>On essaie de montrer ce qu'on peut de trouver d'autres méthodes de communication que verbalement.</p>	<p>Un patient qui a l'impression de voir un soignant qui ne l'écoute pas vraiment, c'est pour moi un frein à la communication.</p> <p>Et c'est important de prendre ce recul là, de garder son calme et d'essayer de désamorcer la situation, en gardant son calme, en essayant d'apaiser la situation, en continuant à parler doucement, sans renchérir, sans s'énerver, sans s'exciter.</p>	<p>8 (6+2)</p>
Les difficultés de communication			
Les troubles psychiatriques	<p>La communication est très compliquée pour les patients qui sont en état d'agitation et de problèmes psychiatriques aigus. Les patients qui sont en phase aiguë de schizophrénie</p>	<p>Les pathologies psychiatriques, ça peut être la crise, les patients qui sont en état de crise ou qui sont tachy-psychiques qui sont envahis par des hallucinations. Ça peut</p>	<p>7 (4+3)</p>

	<p>de bipolarité de voilà, de psychose de mal-être psychique, qui ont des pathologies psychiatriques.</p> <p>les personnes alcoolisées bien sûr quand ils sont fortement alcoolisés avec un taux important bien sûr la communication peut également être impossible.</p> <p>Les taux d'incidence et d'agressivité aux urgences et de violences ont augmenté très fortement ces dernières années.</p> <p>Il y a un vrai mal-être de personnes qui est lié à la crise sanitaire, pas que ça.</p>	<p>être le patient qui est en phase maniaque du coup, tout va tellement vite dans sa tête du coup il n'entend même plus. Ce qui peut faire frein effectivement.</p> <p>La communication, souvent à ce moment-là en début de CSI, est ultra compliquée. Parce que parce qu'on a perdu toute la confiance du patient, il se sent trahi.</p> <p>On nous apprend que le patient va être projectif. Ça veut dire que toute la colère qu'il a contre plein de choses, et bien il va se projeter sur toi.</p>	
La barrière de la langue	<p>Et puis tous les patients étrangers que nous avons.</p> <p>Évidemment on a un minimum d'anglais mais bon y'a des personnes qui ne parlent pas du tout anglais.</p> <p>Donc la vraie difficulté c'est de ne pas savoir les antécédents, de ne pas pouvoir communiquer verbalement avec le patient, s'il n'a pas d'entourage, si on a pas de traducteur possible effectivement.</p>	<p>On a la barrière de la langue aussi.</p>	<p>4 (3+1)</p>
Le handicap	<p>La communication en ce moment avec les sourds qui ne peuvent pas lire sur mes lèvres quand ils viennent à l'accueil des urgences.</p>		<p>1 (1+0)</p>
Le manque de temps, la charge de travail	<p>Donc voilà on arrivera toujours à prendre ce temps là mais pas à l'accueil parce que ben c'est compliqué quand on a beaucoup de monde c'est pas possible de pouvoir cibler en cinq minutes, parce que c'est le délai de prise en charge de l'accueil d'un patient, de pouvoir dire pourquoi, il vient à</p>	<p>Je sais que dans certains services, maintenir une qualité de communication, c'est compliqué parce qu'on est de moins en moins nombreux et il y a de plus en plus de travail. Le timing, la pression, tout ça.</p>	<p>6 (4+2)</p>

	<p>quoi il est allergique, comment je le côtoie, donc voilà c'est assez peu.</p> <p>Après, c'est plutôt quand les patients attendent, énormément aux urgences, donc c'est plutôt quand ça va monter petit à petit, et le temps d'attente augmente (...) et c'est là que la violence est la plus difficile à gérer parce qu'elle est imprévisible.</p> <p>Je peux pas prendre le temps d'expliquer.</p> <p>Et finalement t'as pas le temps de revenir parce que t'es prise par ci, par ça...</p>	<p>Des fois, on est tellement pris dans le travail que d'une oreille, alors que psychiquement t'es pas disponible pour entendre ce qu'il a à dire.</p>	
L'attitude du soignant		<p>Ça peut être aussi, un patient qui a l'impression de voir un soignant qui ne l'écoute pas vraiment, c'est pour moi un frein à la communication.</p> <p>Si le patient n'a plus confiance en son soignant, et ne veut plus communiquer, il va se fermer.</p>	<p>2 (0+2)</p>
Le ressenti soignant			
Les faiblesses des soignants	<p>La barrière de la langue (...) on ne maîtrise pas donc c'est un peu difficile</p> <p>Pour moi la barrière de la langue clairement, quand on est à l'accueil et que on peut pas définir le motif d'entrée c'est quelque chose qui est hyper angoissant parce que tu ne sais pas à côté de quoi tu passes.</p> <p>C'est toujours embêtant parce que en face de toi t'as un</p>	<p>Il va se projeter sur toi, toute sa colère, ce qui donc peut être violemment reçu.</p> <p>Des fois nous aussi, on est humains, donc on est dans l'émotion, donc on n'a pas compris. La communication était compliquée et on est un peu en colère. On est entre triste et on s'interroge.</p> <p>Et puis ça, ça arrive à tout le monde.</p>	<p>10 (4+6)</p>

	<p>patient qui est quand même en demande de soins qui en demande d'avoir de l'aide.</p> <p>On n'est pas là pour se mettre en danger.</p>	<p>Et on a tous une histoire de vie, un parcours. Et surtout, quand tu travailles avec l'humain, à un moment donné, ça va résonner avec ton histoire. Et même si c'est des choses qui sont réglées et tu ne peux pas être neutre, absolument objectif en permanence, c'est impossible. Ce qui est important, c'est de se rendre compte que là, il y a une situation bizarre.</p> <p>Parce que tu ne maîtrises pas ce qui se passe chez l'autre. Donc tu ne peux pas tout maîtriser.</p> <p>On a des patients qui peuvent nous faire penser à notre maman, frère, à notre enfant... Donc, il va se passer des choses transférentielles.</p>	
Les forces des soignants	<p>On arrive toujours à trouver des solutions.</p> <p>On peut pas laisser un patient sans sans soin</p>	<p>Et il faut se rappeler que c'est projectif, que le patient est mal, que c'est pas contre toi, mais c'est contre la blouse en général.</p> <p>Et souvent, moi, je sais, mon petit signal d'alerte quand je vois qu'une situation qui me reste un peu en tête, avec laquelle je ne suis pas bien, à laquelle je repense beaucoup et qui a besoin. Il faut en parler aux collègues ou à la supervision, pour prendre du recul et aider à comprendre ce qui s'est passé.</p> <p>Et puis, il faut connaître ses limites, apprendre à les connaître...</p> <p>On en apprend tous les jours, on passe tous et toutes par là.</p>	6 (2+4)
Le sentiment	C'est évident que si il y avait plus de fluidité d'aval il y aurait	Je dirais que c'est dévalorisant.	5

d'efficacité	<p>pas ce problème. Mais je ne le prend pas personnellement du tout, c'est le système qui est comme ça.</p>	<p>(La patiente) Elle a tout projeté sur moi qui venait d'arriver dans mon nouveau poste en plus. Et donc elle a arrêté l'hôpital de jour en jour, en gros en disant que c'était de ma faute au début. Et du coup, tu te remet en question. Forcément, professionnellement, tu te dévalorise un petit peu.</p> <p>Oui, on peut dire ça comme ça, l'impression de ne pas être une bonne soignante entre guillemets. Je n'irais pas jusque là, mais tu dis dans ce cas là, j'ai pas été une bonne soignante et mais c'est important de se remettre en question.</p> <p>Ce n'est pas parce que tu n'as pas réussi ce que tu avais imaginé que t'es nul.</p>	(1+4)
Les stratégies d'adaptation			
L'équipe	<p>Et puis en travaillant en collaboration tous ensemble.</p> <p>Donc on est aussi accompagnés 24 heures sur 24 par une équipe de psychiatrie qui est avec nous.</p> <p>(Les violences et l'agressivité) Elles ont commencé à être prises en charge par la direction de l'hôpital (...) nous avons maintenant l'accompagnement d'un agent de sécurité de l'hôpital qui peut nous accompagner au commissariat de police pour aller porter plainte.</p> <p>Après c'est les médecins qui prennent le relais.</p>	<p>Nous, en psychiatrie, on se réfère beaucoup aux cadres de soins. On s'appuie sur ce qui va rassurer le patient en règle générale, et le cadre peut paraître très strict.</p> <p>Ce qui se fait c'est aussi savoir passer la main à l'équipe. D'où l'intérêt du travail d'équipe. Savoir dire à ton collègue quand ça ne passe pas avec un patient, ça peut être réciproque.</p> <p>Et du coup, tu tu passes la main à la collègue avec qui ça se passe mieux. Et ça aussi, mine de rien c'est une stratégie, parce que quand la communication n'est plus possible avec le patient... Hop, c'est l'autre qui prend la main.</p>	17 (8+9)

	<p>C'est un travail d'équipe.</p> <p>Si j'ai une personne qui est sourde ou malentendantes on a juste en face des urgences le cabinet médical de garde mais accueille toutes les personnes sourdes et malentendants donc on a aussi Morgane qui est la première aide-soignante sourde en Bretagne, et qui du coup, quand elle est disponible vient nous rejoindre au niveau des urgences.</p> <p>Et bien de toujours aller demander de l'aide. (...)</p> <p>Mais il faut demander de l'aide, et on accompagne.</p>	<p>Il faut en parler aux collègues ou à la supervision, pour prendre du recul et aider à comprendre ce qui s'est passé.</p> <p>Effectivement, c'est une stratégie d'en discuter avec tes collègues ou supervisions pour comprendre ce qui s'est passé.</p> <p>C'est important d'en discuter avec des collègues qui vont tout remettre un peu l'esprit en place et qui vont surtout objectiver la situation.</p> <p>Et l'importance du travail d'équipe, aussi en stratégie.</p> <p>L'important, c'est de voir que ça cloche, et d'en parler à tes collègues, à la psychologue qui vient te voir.</p> <p>Si t'es trop en difficulté, tu passes la main. J'aurais envie de te dire tu passes la main. Et puis, une fois que la situation est gérée, tu reviens dessus.</p> <p>Demander aux autres comment ils auraient fait, passer la main et en parler après.</p>	
<p>Les formations</p>	<p>On a une formation agressivité-violence, on a quatre référents aux urgences, qui du coup font nos formations internes. On a des petits ateliers de temps en temps de mis en place de contention physique.</p> <p>J'ai fait la formation « l'accueil de la personne sourde et malentendante ».</p> <p>Il y a un nouveau master, un DIU qui vient de s'ouvrir d'ailleurs sur le handicap, c'est nouveau sur Rennes pour</p>	<p>Des formations existent effectivement pour gérer, gérer la crise.</p> <p>Oui, il y a plein de formations, je ne pourrais pas te redire les intitulés. Mais oui, oui, mais elles ne sont pas obligatoires.</p>	<p>5 (3+2)</p>

	la communication.		
Les outils	<p>On a du coup fait intervenir les syndicats et la direction et on a obtenu des badges. C'est un peu comme les pavillons de psychiatrie c'est-à-dire que ça s'accroche au niveau de la poitrine. Si on appuie une fois c'est pour signaler, ça nous signale un peu comme un GPS déjà nous, où est-ce qu'on se trouve, dans quelle zone des urgences ça signale qu'on a un problème avec un patient donc du coup l'équipe nous rejoint. Si on appuie deux fois, c'est les agents de sécurité qui sont également automatiquement appelés, donc ils arrivent.</p> <p>On a un site d'ailleurs que ma collègue infirmière a créé qui s'appelle Tralelo, donc elle a fait ça, où tu peux poser énormément de questions, sur je ne sais plus combien de langage et de langue.</p> <p>J'ai des collègues qui sont en train de faire des projets sur « urgence et handicap » actuellement donc effectivement je sais que dans les services ça se passe beaucoup sur pictogramme, ils ont des classeurs entiers de pictogrammes.</p>	<p>En psychiatrie on a de la supervision. En fait, c'est une psychologue qui vient une heure ou deux tous les 15 jours, et on aborde les sujets qui nous ont posé problème avec un patient. En fait, la psychologue nous aide à comprendre un peu tout ce qui s'est passé.</p> <p>Donc oui on a nos supervisions, effectivement fait partie des stratégies de comprendre ce qui s'est passé.</p>	5 (3+2)
Les compétences professionnelles et l'expérience	<p>Après je saurai quand même dire si le patient est en détresse vitale bien sûr ça se voit cliniquement enfin y'a des choses qui peuvent me le dire.</p> <p>Mais me rendre mal à l'aise non, parce qu'on arrive toujours à trouver des solutions on arrivera toujours à trouver.</p> <p>Je suis pas quelqu'un qui soit stressée sur ce point de plus, c'est l'expérience qui fait que je ne le suis pas du tout,</p>	<p>Du coup, les stratégies, ça va être de prendre le temps, par exemple, d'écouter le patient, mais de l'écouter activement.</p> <p>Donc, ça peut être: le temps de l'écouter vraiment, écouter ses demandes et les inquiétudes.</p> <p>Et c'est vrai qu'en prenant le temps d'écouter le patient plutôt que de dire non à tout, tu vas essayer d'entendre ses besoins, et vraiment prendre le temps de réfléchir.</p>	17 (8+9)

	<p>j'arrive toujours à trouver une solution.</p> <p>Depuis 10 ans que je suis au CHU on n'a jamais eu quelqu'un qui n'a pas été pris en charge par un médecin. On s'est jamais dit que là on est dans une impasse et que c'était pas possible. A force de chercher on va trouver.</p> <p>On fait des dessins, de l'écriture...</p> <p>À partir d'un moment on dit stop, il n'y a plus de communication possible donc on explique, on dit aux patients (...).</p> <p>Et surtout, ne pas rentrer dans l'agressivité. C'est-à-dire ne pas répondre du tac au tac. Si la personne hausse le ton, ne hausse pas le ton. On garde un ton monotone, on va essayer de trouver des solutions ensemble.</p> <p>Expliquer.</p> <p>Il y a des petites techniques qu'on apprend au fur et à mesure des années.</p>	<p>Et c'est important de prendre ce recul là, de garder son calme et d'essayer de désamorcer la situation, en gardant son calme, en essayant d'apaiser la situation, en continuant à parler doucement, sans renchérir, sans s'énerver, sans s'exciter.</p> <p>Moi ce que je ferais, tu expliques au patient que tu es en difficulté, afin de rester honnête envers toi-même et envers le patient, et de rester toi. Tu en rediscute surtout après, Donc l'écoute active, prend le temps, passer la main... Qu'est ce qu'on peut mettre en place d'autres? Je pense qu'il faut être patient aussi. Il faut garder son calme, je pense.</p> <p>Toi, tu arrives avec ton idée d'entretien, tu sais où tu veux aller, tu sais quel sujet aborder, tu sais tout ce que t'as envie de demander à ton patient. Hop, tu abordes le sujet, tu sens que ça l'énerve, qu'il se referme et tout. Le médecin nous a expliqué que lui il aborde un autre sujet autre. Et il fait parler, cinq ou dix minutes le patient sur cet autre sujet. Et après il revient sur le sujet qui l'intéresse et qui était un peu tendu au début. Et apparemment, ça fonctionne plutôt bien comme ça.</p> <p>À distance de la crise, le patient... Tu reviens sur la situation qui a été tendue quand le patient est plus détendu et a un peu pu récupérer ses esprits. Et tu reparles de la situation. Qu'est ce qui s'est passé? Voilà, en remettant les choses en place.</p> <p>Mais je pense qu'avec l'expérience, on le sait, quand il y a une situation qui nous inquiète, avec laquelle on n'est pas à</p>	
--	---	---	--

		<p>l'aise.</p> <p>Il faut accepter d'être un peu indulgent avec soi-même.</p>	
La relation soignant-soigné			
		<p>Ça permet d'établir un lien entre le soignant, le soigné et éventuellement une chaleur humaine. Peut-être le début du lien de confiance.</p> <p>Si ce n'est pas un soin unique mais un soin qui est le début d'une longue série de soins, c'est pareil, ça permet de faciliter la suite.</p> <p>Des fois, il y a des situations qui font que le patient va un peu perdre confiance en les soignants donc c'est un frein aussi. Si le patient n'a plus confiance en son soignant, et ne veut plus communiquer, il va se fermer.</p> <p>Et généralement, quand il y a un passage en CSI, surtout que le patient est dans le déni de ces troubles, il va pas se rendre compte qu'il en a besoin, donc, il va nous en vouloir à fond donc, la communication, souvent à ce moment là en début de CSI, est ultra compliquée. Parce que parce qu'on a perdu toute la confiance du patient, il se sent trahi, et qu'il a l'impression qu'on enferme, c'est horrible et qu'on l'écoute pas...</p> <p>L'alliance thérapeutique, c'est hyper important en psychiatrie, même dans les autres unités de soins. Nous travaillons l'alliance thérapeutique par l'écoute.</p>	<p>9 (0+9)</p>

		<p>il y a aussi des questions d'affinités. On est tous des êtres humains et il y a des gens avec qui ça ne passe pas et d'autres avec qui ça passe mieux.</p> <p>Non l'alliance n'est pas forcément compromise. Il y a des situations difficiles à rattraper.</p> <p>Et puis, en revenant sur cette situation plus tard, on récupère cette alliance. Elle se récupère ou elle peut se construire derrière, bien sûr. Bien sûr, même si c'est mal parti, ça se rattrape.</p> <p>Et d'expliquer au patient que là, c'était un peu compliqué, quitte à revenir en discuter plus tard avec lui une fois que tu auras démêlé. Si, tu veux que l'alliance ou le lien de confiance, se travaille.</p>	
--	--	--	--

CHAPEL Axelle

L'impact de l'adaptation de la communication sur la relation soignant-soigné

Abstract

« The impact of adapting communication on the carer-patient relationship »

Throughout my different work experiences, which are necessary for my nursing diploma, I have been confronted with some communication difficulties with certain patients. Using the example of two situations I encountered as a student, I asked myself how a nurse's adaptation to these new communication encounters could impact the carer-patient relationship.

I started my work on this subject with theoretical research that led me to define three principal notions : communication, the carer-patient relationship and professional adaptation. I continued my research with a field observation by interviewing two nurses : one working on an emergency unit and the other in a psychiatry unit. I did this to evaluate the importance of communication in care work. After that, I analyzed the correlation between these interviews and the theoretical guidelines which allowed me to develop my work in researching nursing.

This theoretical research and the testimonies I received have allowed me to be able to apprehend this subject more serenely with my knowledge of communication in my future professional career.

Résumé

« L'impact de l'adaptation de la communication sur la relation soignant-soigné. »

Au cours de mes différents stages réalisés pendant ma formation en soins infirmiers, j'ai pu être confrontée à certaines difficultés de communication avec les patients. En me questionnant sur deux situations rencontrées en tant qu'étudiante, je me suis alors demandée en quoi l'adaptation de l'infirmier.e dans des situations de communication nouvelles pouvait impacter la relation soignant-soigné ?

J'ai commencé mon travail par des recherches théoriques afin de définir les trois notions principales de mon sujet : la communication, la relation soignant-soigné et l'adaptation professionnelle. J'ai poursuivi ma recherche par une enquête de terrain, avec deux entretiens réalisés auprès d'infirmières exerçant aux urgences et en psychiatrie dans le but de connaître l'enjeu de la communication dans les relations de soins. Ensuite, l'analyse de ces entretiens et leur confrontation avec le cadre théorique m'a permis de développer mon travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Au travers des recherches théoriques réalisées et des témoignages recueillis, ce travail me permet aujourd'hui d'appréhender plus sereinement ce sujet, en ayant de nouvelles connaissances sur la communication, dans le cadre de mon futur exercice professionnel.

Key words : Communication, communication difficulties, adaptation, carer-patient relationship.

Mots-clés : Communication, difficultés de communication, adaptation, relation soignant-soigné.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
Pôle de Formation des Professionnels de Santé, CHU Pontchaillou
2 Rue Henri Le Guilloux, 35000 RENNES
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - Promotion 2018-2021