



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

A la recherche d'une relation dans l'urgence

Formateur référent mémoire : ROBIN Gaël

LEMOINE Katell
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date 02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'infirmier

Travaux de fin d'études :

A la recherche d'une relation dans l'urgence

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat 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 2 mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : Katell LEMOINE

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je remercie sincèrement toute l'équipe pédagogique de mon Institut de Formation en Soins Infirmiers qui ont contribué au bon déroulement de ma formation.

Je souhaite remercier tout particulièrement, mon référent de MIRSI (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers), monsieur Gaël ROBIN pour m'avoir guidée dans la construction de ce travail de recherche. Ainsi, que pour sa patience et son implication.

Un grand merci également aux deux infirmiers que j'ai interviewé, qui ont pu contribuer à ma démarche de recherche et qui ont pris de leur temps pour s'entretenir avec moi.

Je tiens aussi à remercier les professionnels qui m'ont encadrée lors de mes stages tout au long de cette formation.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail ainsi que pendant ces trois dernières années.

Sommaire

I.	Introduction et le cheminement vers la question de départ	1
A.	Introduction.....	1
B.	Situation d'appel	1
C.	Emergence de la question de départ	1
II.	Le cadre théorique	2
A.	Situation d'urgence	2
1.	L'urgence	2
a)	L'histoire	2
b)	La représentation des urgences	3
2.	La priorité de l'urgence	4
3.	Le vécu de l'IDE.....	4
4.	Le vécu du patient et de l'entourage	5
B.	Soins relationnels	6
1.	La relation.....	6
2.	Les soins relationnels	6
3.	La relation soignant-soigné	7
4.	Les différentes modes de soin relationnel	7
a)	La communication verbale	7
b)	La communication para-verbale.....	8
5.	Le manque de soin relationnel et ses conséquences.....	9
a)	Le stress/anxiété.....	9
6.	Les soins relationnels en équipe aux urgences	9
C.	Prendre soin	10
1.	Le soin.....	10
2.	Le Care, Caring et cure	11
3.	Le prendre soin.....	12
4.	Le prendre soin Infirmier.....	13
5.	Le prendre soin en service d'urgence	13
III.	Dispositif méthodologique du recueil de donnée	14
IV.	Analyse	15
A.	La prise en soin aux urgences.....	15
1.	L'expérience des infirmiers	15
2.	La définition d'une situation d'urgence	15
3.	La priorité aux urgences	16

4.	Le vécu de l’infirmier	16
5.	Le vécu de l’entourage et du patient aux urgences	17
6.	La collaboration de l’équipe	19
B.	Les soins relationnels	19
1.	Leur représentation.....	19
2.	L’influence des soins relationnels en situation d’urgence	20
3.	La mise en place d’une relation soignant-soigné aux urgences.....	21
C.	Le prendre soin.....	22
1.	La vision du « care »	22
2.	Le prendre soin aux urgences.....	22
3.	L’organisation nuit/jour aux urgences	23
V.	La discussion.....	24
A.	La prise en soins aux urgences	24
1.	La définition d’une situation d’urgence	24
2.	La priorité aux urgences	25
3.	Le vécu de l’infirmier	25
4.	Le vécu de l’entourage et du patient aux urgences	26
5.	La collaboration de l’équipe	27
B.	Les soins relationnels	27
1.	Leur représentation.....	27
2.	L’influence des soins relationnels en situation d’urgence	28
3.	La mise en place d’une relation soignant-soigné aux urgences.....	29
C.	Le prendre soin.....	30
1.	La vision du « care »	30
2.	Le prendre soin aux urgences.....	30
3.	L’organisation nuit/jour aux urgences	31
VI.	Conclusion	32
VII.	Bibliographie.....	
VIII.	Annexes	
A.	Situation d’appel	
B.	Guide d’entretien	
C.	Retranscriptions entretiens.....	
1.	Entretien IDE 1.....	
2.	Entretien IDE 2.....	
D.	Tableaux d’analyse	

I. Introduction et le cheminement vers la question de départ

A. Introduction

Actuellement étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Pontchaillou à Rennes, je réalise mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers dans le cadre de la validation de mon Diplôme d'État. J'ai concentré mes recherches et mon travail sur le prendre soin infirmier d'un patient en situation d'urgence et l'influence que peut engendrer les soins relationnels sur celui-ci. Ayant pour projet professionnel de travailler en tant qu'infirmière dans un service d'urgence ou de néonatalogie, j'ai trouvé pertinent de réaliser mon travail de recherche sur ce thème afin d'en extraire des ressources utiles à ma future pratique soignante. Tout d'abord, j'énoncerai ma situation d'appel qui m'a amené à cette réflexion et ma question de départ. Ensuite, je définirai les concepts qui sont l'essence même de mon sujet. Puis je réaliserai deux entretiens que j'analyserai par la suite. Pour finir, je les mettrai en lien avec mes concepts.

B. Situation d'appel

Voici le récit synthétique de la situation ayant provoqué un questionnement : Au cours de ma troisième année d'études en soins infirmiers, j'ai réalisé un stage dans un service d'urgences. Je suis affectée en SAUV appelé « déchoquage ». J'ai eu l'occasion de prendre en soin Mme X qui est entrée aux urgences pour une alerte thrombolyse c'est-à-dire une suspicion AVC. En effet, lorsqu'un patient rentre à l'hôpital pour ce motif, leur prise en soin est très rapide. Une fois arrivé en SAUV, chacun a son rôle. Tout va très vite. Mme X, a 50 ans et est très anxieuse. Elle présentait une hémiparésie du côté gauche ainsi qu'une agnosie et une aphasie. Elle est très paniquée car elle est consciente de ce qu'il se passe mais ne parvient pas à communiquer avec les soignants à cause de son trouble. Cependant, elle entend tout ce qu'il se passe autour d'elle, d'où l'intérêt pour nous de garder notre calme et de ne pas montrer un stress communicatif. L'infirmière, l'aide-soignante et moi-même faisons tout pour la rassurer et manifester notre soutien (voix calme, posée, contact visuel, gestes précis, contact physique, vocabulaire réfléchi) tout en s'activant autour d'elle. Une fois nos soins terminés, nous l'amenons à l'IRM et la laissons aux mains expertes des neurologues.

C. Emergence de la question de départ

Après réflexions sur cette situation je me pose alors beaucoup de questions sur quel pourrait être l'impact du soin relationnel sur la prise en soin ? Les situations d'urgences influencent-elles sur la relation soignant-soigné ? Un soin pourrait-il être global s'il n'y avait pas de communication entre infirmier et patient ? Ainsi, mon questionnement a fait émerger ma question de départ : Dans quelle mesure les soins relationnels peuvent-ils influencer le prendre soin infirmier d'un patient en situation d'urgence ?

II. Le cadre théorique

A. Situation d'urgence

1. L'urgence

L'urgence est un terme courant assez vaste de nos jours. Selon le dictionnaire Larousse, l'urgence se définit comme étant « une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement, une nécessité d'agir vite »

On retrouve la notion d'urgence dans le cours intitulé « L'organisation des urgences en France : les missions d'un service d'urgence, le "triage" des patients à l'arrivée aux urgences et le parcours du patient. Le rôle et les missions de l'infirmier(ère) dans les différents secteurs des urgences. » de l'Unité d'Enseignement 4.3 Semestre 3 du 11/05/2021 de Yoann DIROU, Antoine GUILLOUET et Murielle LASBLEIZ

« L'urgence est un problème qui touche la santé de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète à tort ou à raison l'intéressé ou son entourage...

Il existe plusieurs types d'urgence :

- L'urgence réelle ou vraie (une pathologie qui met en jeu le pronostic vital)
- L'urgence fonctionnelle (touche un membre, un organe)
- L'urgence sociale (précarité, migrant...)
- L'urgence ressentie par le malade »

Les patients arrivent aux urgences à l'aide des services de secours, de leurs propres moyens ou sont envoyés par leur médecin. Les trois motifs principaux que rencontrent le service d'urgences sont les problèmes somatiques, les problèmes traumatiques et les troubles psychiatriques. Il est important de signaler que pour 7% de l'ensemble des consultations, on retrouve un problème social associé (DIROU, GUILLOUET et LASBLEIZ, 2021).

D'après Paillard C. l'urgence selon elle est « toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. ». Autrement dit, la notion d'urgence se définit comme quelque chose d'inattendue et brutal auquel l'individu n'est pas préparé tel un malaise, une douleur aiguë, un traumatisme, une détresse psychologique, sociales... (2021). Ainsi l'urgence est instantanée autant pour la personne soignée que pour le soignant.

a) L'histoire

Tout d'abord c'est dans les années 60 que les services d'urgences apparaissent. Selon François Danet, la grande réforme de 1958 marque la naissance des centres hospitalier universitaires (CHU) et la reconnaissance de la médecine hospitalière comme une médecine à plein temps. Le concept de

service d'urgence se développe ensuite dans les années 60. François Danet explique : « l'objectif était d'accueillir deux grandes pathologies : le malaise sur la voie publique (par exemple l'infarctus du myocarde), ou l'accident de la voie publique (un polytraumatisme après un accident de voiture ou un piéton renversé). » (2019) Néanmoins, les urgences sont utilisées comme premier recours aux soins. Ainsi la fréquentation dans les services d'urgences est en constante augmentation. En effet, 10 millions de passages en 1999 contre 18 millions en 2011. De multiples facteurs expliquent cette augmentation : ouverture 24h/24, diminution de l'offre de soin libérale, vieillissement de la population... (Maillard Acker, 2018).

Selon Frédéric Pierru, « les urgences ont quitté leur vocation initiale de prendre les urgences vraiment urgentes. Elles sont structurellement en crise depuis qu'elles ont été créées. Elles sont devenues une sorte de sas d'entrée dans le système de santé pour des populations chassées des compartiments de l'offre de soins. » (2019) C'est dans ce contexte que la présence d'un infirmier dès l'accueil s'impose.

Mais ce n'est qu'à partir de la circulaire du 14 mai 1991, qu'elle prévoit l'organisation des urgences en plusieurs zones d'accueil et d'orientation. Il faut attendre 2004 pour que la société française de médecin d'urgence (SFMU) publie un référentiel qui détaille les différentes missions de l'IAO. (Steg, 2018). De plus, selon Christophe Debout, les évolutions successives qu'ont connues ces services d'urgence reflètent l'évolution de notre société. Cela concerne les soins mais aussi les progrès scientifiques et techniques.

La prise en soin d'un patient en situation d'urgence relève également de la législation. En effet le décret du 29 juillet 2004, 2004-802 art R.4311-14 du code de la santé publique traite des urgences : « En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. ». « Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte- rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. »

b) La représentation des urgences

De nos jours, la société a beaucoup d'a priori face aux services d'urgences. Cela est dû majoritairement aux médias et surtout aux séries télévisées. En effet, il ne faut pas se fier à la série télévisée « Urgences » qui montre des blouses blanches courant dans tous les sens et s'interpellant bruyamment.

Allin-Pfister et Wolters Klumer expliquent dans leur ouvrage que la première réaction face à une situation d'urgence serait d'agir au plus vite, de réanimer, de soulager, de protéger voire de le sauver.

Or dans une situation d'urgence, il faut avant tout évaluer. Ainsi il ne faut rien faire dans l'urgence, interrompre toutes décisions et de ne pas agir dans la précipitation. C'est à cette non-précipitation que l'on reconnaît l'aptitude du professionnel. Il reste calme, posé, il observe, il interroge ceci sans empressement, sans agitation. L'évaluation rapide mais non précipitée guide l'action. Par exemple, dans le cas d'un arrêt cardio respiratoire, la réanimation est une question de minutes voir de secondes mais la plupart du temps, la réflexion est autorisée et même si le risque vital est présent cela n'interdit pas une prise de décision posée, organisée et concertée. (2008)

2. La priorité de l'urgence

D'après A. Steg, lors d'une urgence la personne malade va se présenter à l'accueil où va être réalisé le triage. Ce triage repose sur une classification à plusieurs niveaux des malades sur une grille en 5 niveaux : la FRENCH (la french emergency nurses classification in-hospital triage), 1 étant le niveau des urgences vitales et 5 le niveau des patients de médecine générale. Ainsi le tri est considéré comme une priorité du service et est respecté de tous. (2018)

Selon Eric Revue cité par Christelle Paillard, explique que si une situation d'urgence n'est pas prise en charge rapidement, elle pourrait entraîner des conséquences physiques ou psychiques durables. Elle va donc nécessiter une évaluation du diagnostic, la mise en œuvre d'un traitement et une orientation du patient vers un parcours de soins adapté à sa situation. (2021)

Allin-Pfister et Wolters Kluwer expliquent que toute situation d'urgence comporte un risque vital. En effet, ce risque vital est dû selon les situations à des mécanismes psychopathologiques ou à des mécanismes psychiques ou physiopathologiques. Ainsi quel que soit ces mécanismes, le risque vital est présent dans la plupart des situations d'urgence. (2008). C'est pourquoi l'infirmière d'accueil et d'orientation ainsi qu'une prise en soin rapide sont fondamentaux à la survie des patients.

3. Le vécu de l'IDE

Ces situations d'urgences sont difficiles à appréhender au début pour les infirmiers qui n'y sont pas habitués. En effet, il faut savoir que l'infirmier n'est pas exempt de toutes émotions, particulièrement dans des situations d'urgences. L'infirmier est confronté à l'inconnu totale, tant au niveau social que culturel, de la gravité de certaines situations que la banalité des autres. Dans un service d'urgence l'infirmier n'est en aucun cas préparé aux situations qu'il aura à gérer. Il est confronté au déséquilibre entre les moments de « calme », où rien ne se passe, au moment où tout va très vite, où c'est la panique et qu'il n'y a pas une minute pour réfléchir.

Néanmoins dans certaines situations, il s'écoule un temps entre l'annonce de l'urgence et la prise en soin du patient. Ce qui permet à l'infirmier de mettre à profit ce laps de temps pour se préparer

émotionnellement, pour pouvoir anticiper les gestes à venir et préparer son intervention. Cette préparation va de la vérification du matériel, à la préparation de la planification dans l'équipe en passant par l'anticipation des risques. Cette préparation aura pour effet de diminuer le stress de l'infirmier au moment de la prise en soin du patient.

De plus, prendre des décisions dans l'urgence n'est pas facile. C'est pourquoi l'infirmier a besoin de faire part de ses réflexions avec d'autres professionnels. L'infirmier peut s'adresser à ses collègues, au médecin, aux aides-soignants... Il a besoin de confronter et d'évaluer ses décisions et la pertinence de ses choix avec d'autres. Une autre caractéristique des situations d'urgence est le fait que l'infirmier connaît très peu de choses du patient, de sa situation. En effet, la présentation des situations sont très courtes et parfois même inexistante dans le cas où le patient est inconscient, l'équipe soignante ne saura rien de lui. Néanmoins l'infirmier ne peut pas attendre d'en savoir davantage pour le prendre en soin. (Allin-Pfister Anne-Claude, Wolters Kluwer France, 2008)

4. Le vécu du patient et de l'entourage

Selon C. Debout, le milieu des urgences est un lieu souvent associé à de la détresse et celle-ci peut être de différentes natures : somatique, vitale, psychologique... En effet, lorsqu'une personne arrive dans milieu qui lui est totalement étranger, elle se place dans une dynamique de stress, d'anxiété, d'incertitude. Elle est déboussolée, déracinée de sa vie quotidienne, de ce qu'elle connaît. Ce qui entraîne une expérience souvent très anxiogène.

La façon dont cet état d'anxiété sera géré par la personne soignée dépendra de sa capacité à gérer ses émotions mais également aux interactions qu'elle aura avec l'équipe soignante. De plus, ce qui essentiel pour la personne soignée est qu'elle puisse s'exprimer, extérioriser sa souffrance, être écouté et qu'elle soit prise en considération. Ainsi il est fondamental dans les services d'urgences que le malade puisse communiquer et interagir avec les soignants. (2018)

Dans une situation d'urgence, un patient arrive rarement seul et est souvent accompagné. Cet accompagnement peut néanmoins être parfois plus anxiogène que rassurant. En effet, malgré la volonté première de rassurer par leur présence, l'entourage peut être plus angoissé que le patient lui-même. C'est pourquoi dans certains cas, l'entourage est séparé de la personne soignée mais cela ne peut se faire sans une négociation. Par exemple aux urgences pédiatriques, l'enfant n'a pas conscience du risque vital qui le touche, à cause de son âge et de son expérience il ne craint pas de mourir. L'enfant peut percevoir l'anxiété de sa mère ou de son père ce qui peut être très handicapant dans la prise en soin. De plus, parfois la culpabilité s'ajoute à l'anxiété et peut provoquer des comportements inadéquats dans l'entourage comme de l'agressivité envers les soignants. (Allin-Pfister Anne-Claude, Wolters Kluwer France, 2008).

B. Soins relationnels

1. La relation

La relation est un nom féminin emprunté au latin « relatio » signifiant « action de rapporter un fait, un témoignage » (Paillard Christine, 2021). La relation est définie par le Dictionnaire de l'Académie Française comme étant un lien, un rapport qui existe ou se crée entre deux ou plusieurs personnes (s. d.)

Il existe différents types de relation. Tout d'abord, la relation de civilité, qui est une relation commune à toutes rencontres qui répond aux codes de la société. Ensuite, la relation fonctionnelle qui a un but précis c'est-à-dire l'investigation d'informations. La relation aidante ou de soutien est une relation qui apparaît spontanément entre individus dans le but de venir en aide à toute personne en détresse. Pour finir la relation d'aide en soins infirmiers qui est une relation qui passe avant tout par une écoute attentive et qui a pour objectif la réassurance, le soutien... Autrement dit la relation est un ensemble d'interactions qui met en jeu au minimum deux individus. (J. Argently et R. Maufoux-immergout, 2012)

Ensuite selon les psychologues Manoukian et Massebeuf (2008), la relation peut être définie comme étant « une rencontre entre deux personnes au moins c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » Autrement dit rien, ne prédestine par avance la conduite et la finalité de l'échange entre deux individus.

2. Les soins relationnels

D'après le Dictionnaire Larousse, le relationnel se définit comme ce qui est « Relatif aux relations entre les individus ».

On retrouve également la notion de soins relationnels dans le cours intitulé « Présentation de l'U.E 4.2 soins relationnels » de l'Unité d'Enseignement 4.2 Semestre 3 du 31/08/2020 de Christine LEBIHAN « Les soins relationnels, c'est la relation qui soigne. Le soin relationnel est un outil de communication para langage et langage pour rentrer en communication avec quelqu'un »

Selon Jacques Salomé les soins relationnels sont un « Ensemble des attitudes, des comportements spécifiques et volontaristes, des actes, des paroles tant réalistes que symboliques qui sont proposés par un soignant, un accompagnant, à une personne en difficulté de santé. » (2003)

Le soin relationnel est une relation humaine particulière mettant en jeu des interactions spécifiques à ce type de relation, entre une entité humaine soignée et un entité humaine soignante. Le soignant peut intervenir dans tous les domaines de la relation. Autrement dit tous soins infirmiers comportent une dimension relationnelle. Ainsi nous pouvons dire que les soins relationnels sont inhérents à la relation soignant-soigné. (J. Argently et R. Maufoux-immergout, 2012)

3. La relation soignant-soigné

Tout d'abord la relation soignant-soigné est omniprésente et est au cœur du métier d'infirmier. Cette relation se définit d'après le Dictionnaire des concepts en sciences infirmières comme étant un échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant. La relation soignant-soigné a pour but d'aider et de soutenir le patient. Elle permet également d'identifier les besoins et les demandes de la personne et de les analyser. Cette relation fait appel aux principes de la communication verbale et non verbale.

Pour Manoukian A., cette relation nécessite trois attitudes de la part du soignant.

- Un engagement de la part du soignant c'est-à-dire que le soigné est pris en soin dans le respect, sans jugement de valeur avec sa manière de penser, ses réactions et ses croyances.
- Être impartial, ne pas faire preuve de subjectivité, pour éviter de déformer ce qui est vu et entendu.
- Se montrer à l'écoute envers le patient, être disponible, communiquer avec le patient (2021)

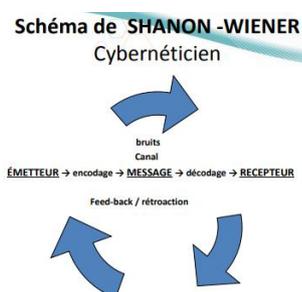
4. Les différentes modes de soin relationnel

Il est possible d'observer et de décrire les soins relationnels. En effet, on peut observer à la fois des manifestations non verbales et aussi des manifestations verbales. (J. Argently et R. Maufoux-immergout, 2012) Les interventions verbales ou non verbales visent à établir une communication en vue d'apporter une aide à une personne ou un groupe.

a) La communication verbale

Le terme communication vient du latin « communicatio » qui signifie « mettre en commun ». Le dictionnaire Larousse définit la communication comme étant « une action de communiquer avec quelqu'un, de transmettre quelque chose. D'être en relation ou d'entrer en relation avec autrui, en général par le langage articulé ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse. » (s.d). Le verbal se définit comme « ce qui est relatif à la parole, aux mots, au langage, qui se fait de vive voix et non par écrit » (dictionnaire Larousse, s.d). La communication est donc un processus de mise en commun d'informations, dont l'objectif principal est de faire passer un message.

La communication verbale dans le cours intitulé « U.E 4.02 Soins relationnels : théories de la communication » de l'Unité d'Enseignement 4.2 Semestre 2 du 12/02/2020 de Christine LEBIHAN est perçu à travers ce schéma :



A travers ce schéma la communication verbale peut s'expliquer d'un point de vue technique. C'est-à-dire l'émetteur, par exemple le soignant, envoie un message au récepteur, le patient, par un canal de transmission comme le téléphone ou une messagerie téléphonique. Ensuite le récepteur reçoit et décode le message en s'assurant qu'il utilise le moyen adapté. Si le récepteur répond il devient l'émetteur c'est ce qu'on appelle le feed back.

La communication verbale passe par les mots et paroles qui sont échangés avec autrui. D'autres formes de communication peuvent alors pallier aux échanges verbaux. En effet, la communication verbale est souvent associée à de la communication para-verbale.

b) La communication para-verbale

La communication para-verbale ou non verbale représente par définition tout ce qui ne relève pas de l'expression orale et qui n'a pas trait à la parole. Autrement dit, c'est un langage du corps qui traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales. Cette forme de langage se compose des plusieurs éléments : tout d'abord la proxémie c'est-à-dire la distance physique, le contact des yeux, l'expression faciale, le contact physique, la posture, les gestes ainsi que les odeurs. De plus, l'apparence physique compte à l'image de la blouse blanche. Ainsi, à travers la communication non verbale de nombreux éléments ont un impact dans la relation avec le patient.

La présence de signes non verbaux dans la communication est primordiale, chaque fois qu'une personne communique, elle accompagne ces échanges de mouvements corporels. Cette communication peut renforcer le langage parlé, mais aussi le contredire. En effet, il peut y avoir un malentendu entre ce qui est dit et ce qui est exprimé de façon non verbale car ce mode de communication est inné. (Christine Paillard, 2021).

Cela est démontré par Bernard Werber « Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous entendez, ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même ... » Autrement dit, dans un échange il y a plusieurs possibilités de comprendre le message. En effet, le message peut être interpréter de différentes façons ce qui peut entraîner des incompréhensions.

Selon Margot Phaneuf, la communication non verbale est un véritable langage. Effectivement, nos yeux, notre visage et notre corps expriment nos sentiments, nos pensées de manière plus frappante que nos paroles. La communication non verbale est un instrument qui révèle une bonne partie de ce que nous exprimons volontairement et involontairement. (2011)

Il existe une communication non verbale mais également une communication non violente. En effet, la communication non violente est une technique de communication fondée sur l'approche centrée de la personne et facilite la gestion des conflits. Elle est utilisée pour la résolution de problème relationnel. En effet, elle permet de désamorcer l'agressivité, de décoder ce que l'autre veut à travers ses attitudes. Par exemple, Gandhi symbolise la non-violence à travers la libération de l'Inde ou encore Martin Luther King, leader du mouvement des droits civiques des noirs américains (Christine Paillard, 2021). Ainsi, notre comportement non verbal prend une signification très grande, que ce soit l'expression faciale, les gestes, le toucher, il transmet ce que nous ressentons. En tant que soignant le non verbal est primordiale pour la personne soignée. Effectivement pour communiquer avec elle, il faut la comprendre, décoder et déchiffrer ce qu'elle ressent. Le soignant doit être à l'affût de ce qu'elle manifeste de manière verbal et non verbal pour y répondre de manière adéquate. C'est l'observation de l'ensemble des communications que le soignant réussit à s'informer sur l'état de santé du soigné. (Margot Phaneuf, 2011)

5. Le manque de soin relationnel et ses conséquences

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

a) Le stress/anxiété

Un manque de communication en situation d'urgence peut également majorer ou créer de l'anxiété et de la peur chez le patient. Selon le grand dictionnaire de psychologie (1999) l'anxiété est « un état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort mal différencié et souvent chronique ». Stress et anxiété sont souvent confondus. En effet, la différence est de degré car le stress à une relation de cause à effet, quelque chose se produit dans l'environnement et cela génère du stress alors que l'anxiété est un état émotionnel intense. Une situation d'urgence est inattendue, elle engendre un haut niveau d'anxiété chez la personne soignée. Elle peut se manifester de différentes manières par de l'agressivité, de l'irritabilité, des difficultés à se concentrer ou encore un repli sur soi.

« Rien n'est plus contagieux que l'anxiété ». En effet, selon Allin-Pfister, l'anxiété peut très rapidement contaminer l'entourage mais aussi les soignants. (2008). C'est pourquoi, l'équipe soignante joue un rôle clé dans la prise en soin des personnes soignées. A contrario, le calme du soignant peut engendrer un apaisement du soigné.

6. Les soins relationnels en équipe aux urgences

L'incertitude et l'imprévisibilité règnent en milieu d'urgence et peut engendrer tension, stress dans les équipes soignantes. En effet, chacun réagit de façon différente aux situations d'urgences.

Certains vont se figer, d'autres vont fuir ou s'agiter ou encore voir l'anxiété comme quelque chose de positif, un moteur.

Dans une équipe soignante chacun a son rôle et surtout en situation d'urgence. Lors d'une situation d'urgence, plusieurs professionnels s'activent autour du patient : aide-soignant, infirmier, médecin, ambulancier... Tous ces acteurs s'entraident les uns les autres. Selon le Dr Guidetti, médecin urgentiste sans un travail d'équipe, le service d'urgences ne pourrait fonctionner. En effet, il existe une étroite collaboration entre médecins et personnel soignant. C'est-à-dire une équipe organisée, calme, sans tension va très bien fonctionner alors qu'à l'inverse une équipe désorganisée ne va pas fonctionner correctement. Ainsi, la communication orale joue un rôle essentiel. Effectivement, plus l'équipe se connaît, plus elle est capable de communiquer en peu de mots. (2019)

Néanmoins dans tout ça, le patient est au centre de notre prise en soin. En effet, en urgence les soignants priorisent les soins car toute situation d'urgence comporte un risque vital. La première réaction face à cette situation serait d'agir au plus vite cependant il ne faut pas oublier les soins relationnels.

Une situation d'urgence génère de l'anxiété chez les patients mais aussi chez les soignants. Selon Allin-Pfister, il a écrit « rien n'est plus contagieux que l'anxiété ». Le soignant se doit donc de canaliser son anxiété pour ne pas la communiquer au soigné. Ainsi, l'attitude de l'infirmier est primordiale dans une situation d'urgence, elle diminue l'anxiété et maintient le calme et la confiance. En effet, dans les moments de grande tension, une attitude calme, posée, cadrée aura des effets bénéfiques sur l'ensemble des personnes qui l'entourent. (Allin-Pfister, 2008)

C. Prendre soin

1. Le soin

Le mot soin vient du latin « *sensus* » qui signifie l'attention à veiller au bon état de quelque chose ou au bien de quelqu'un. Selon le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière le soin se définit comme étant « Une action ou ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou pour soigner autrui ». (2005)

Le soin n'est pas seulement un geste technique. Selon le CNRTL (Centre national de ressources textuelles et lexicales) le mot soin nous rappelle que « le soin est l'attention particulière portée à quelque chose, cela peut être une tâche à accomplir, une mission, ou à quelqu'un qui nous est confié et dont nous avons la responsabilité, un enfant, une personne âgée ou un patient. » (s.d). Nous pouvons dire que les soins infirmiers ne sont pas uniquement le fait d'accomplir un certain nombre de

tâches mais d'être préoccupé mentalement par le sort de l'autre, de s'inquiéter pour lui, de se soucier de sa santé et de son devenir.

Florence Nightingale, pionnière des soins infirmiers, a défini le soin comme étant une pratique à part entière, une science mais également un art moral. Virginia Henderson accorde elle aussi une importance considérable dans la réflexion sur les soins. Selon elle, les soins sont une réponse aux 14 besoins fondamentaux de l'individu. Autrement dit, à travers ces auteurs il ressort que les soins sont liés aux compétences relationnelles des soignants. Les soins comportent des aspects d'observation, d'information, d'écoute, d'étayage... (Guimelchain-Bonnet 2010). Ainsi selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « la mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles, et les groupes à déterminer et à réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir...»(s.d)

Dans son ouvrage, Marie-Françoise Collière nous donne sa vision du soin. Tout d'abord, elle utilise le mot « soin » au pluriel car l'utilisation du singulier induirait une représentation trop abstraite de l'activité soignante. Les soins se définit comme des actes par lequel on soigne, par lequel on entretient le corps aux différentes étapes de la vie. (2007)

2. Le Care, Caring et cure

« Care » vient de l'anglais qui signifie soin, il a été introduit en France en 1982 par Marie-Françoise Collière (2007). Les soins infirmiers regroupent plusieurs dimensions : prévention, maintenance, curative, palliative et éducative. Dans le monde contemporain, « care » est ce que l'on peut traduire par « prendre soin ». (J. Argently et R. Maufoux-immergout, 2012)

Ainsi le terme care désigne l'ensemble des soins qui permettent le bien-être physique, mental et social (2021). L'action de caring, selon Milton Mayeroff, signifie l'action d'aider une autre personne. C'est un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement. (1999) le terme anglais caring est forgé sur le verbe to care dont il est le participe passé, il signifie alors « voulant » ou « ayant envie de ».

Tronto décrit quatre phases :

- Caring about : le fait de se soucier de quelqu'un, de quelque chose qui implique la reconnaissance d'un besoin
- Taking care for : s'occuper de, prendre soin de quelqu'un. Cela constitue l'étape suivante du processus de care.
- Care giving : soigner quelqu'un, prodiguer des soins. La troisième phase du care donne toute son importance à la compétence en tant que notion morale

- Care receiving : être l'objet du soin, recevoir le soin. La dernière étape du care

La difficulté pour traduire ces termes en français vient du fait que nous ne pouvons différencier le « care » du « cure ». En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, care désigne l'action de soigner, ce sont les soins habituels, les soins d'entretien, de continuité de la vie alors que cure concerne les soins curatifs, de réparation et de restauration. (Collière 1982)

3. Le prendre soin

Selon le dictionnaire des concepts infirmiers prendre soin est défini comme des actions mises en œuvre dans le cadre des pratiques du soin ou de l'accompagnement, quel que soit le lieu de ces interventions. Il s'agit d'une pratique individuelle, professionnelle et/ou collective. Autrement dit le prendre soin est utilisé pour exprimer une idée de veiller à bien faire quelque chose, de prêter attention à quelqu'un, de manifester de la sollicitude concernant une personne. (2021)

De plus, le concept de prendre soin comprend le verbe soigner qui a une dimension particulière et d'attention à l'autre en vue de lui venir en aide. Ce concept est constitué de valeurs. En effet, il existe une distinction entre donner un soin qui renvoie au savoir-faire et prendre soin qui renvoie au savoir-être. Par exemple, dans une situation de soin par manque de temps, par dérangement ou un soin pénible de faire au plus vite un geste technique sans vraiment prendre le temps de s'intéresser à la personne soignée. Cela montre bien que soigner fait appel tout autant au savoir être qu'au savoir-faire. (Guimelchain-Bonnet, 2010)

Dans son article « Le caring est-il prendre soin ? » (1999), Walter Hesbeen explique que le prendre soin passe par trois étapes : une perspective soignante, une démarche soignante et une capacité d'interférence.

- La perspective soignante correspond à « un élan par lequel l'ensemble des acteurs d'une structure, quelle que soit leur fonction, participe au développement d'un esprit soignant ».
- Ensuite la démarche soignante consiste, d'une part, à une rencontre dans le but de « tisser des liens de confiance avec cette personne » d'autre part, un accompagnement
- Pour finir, la capacité d'interférence signifie que pour prendre soin d'une personne, le soignant fait appel à ses nombreuses connaissances, et les met en lien pour réaliser le soin

Selon Marie-Françoise Collière, le prendre soin vise la continuité de la vie, grâce à la réponse aux besoins propres de chacun (2000)

4. Le prendre soin Infirmier

Dans le cadre des soins infirmiers, l'objectif premier est de prendre en soin le patient de manière globale. En effet, nous cherchons à ce que l'ensemble des dimensions physiques, psychologiques, culturelles et sociales du patient soient prises en compte dans notre prendre soin.

Ainsi, Walter Hesbeen le définit comme étant « une attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. », dans son ouvrage de 2007. Cette définition montre l'approche personnalisée que les soignants apportent à chaque patient, que l'intention du soin puisse être unique.

Selon une perceptive soignante le prendre soin infirmier à plusieurs dimensions : prévention, maintenance, curative, palliative et éducative. (2007). En résumé, on peut dire que prendre soin lie un état d'esprit, une intention à une démarche et des connaissances spécifiques. Prendre soin n'est pas inné et sa mise en œuvre est complexe.

5. Le prendre soin en service d'urgence

Le prendre soin est présent partout, dans tous les services et tout particulièrement aux urgences. En effet, dans une situation d'urgence tout va très vite. Dans un premier temps, il s'agira d'évaluer et dans un second temps de prévenir. Ainsi, la première réaction face à une situation d'urgence serait d'agir au plus vite. Le soignant porte une attention particulière à une personne en détresse, lui venant en aide rapidement. (Allin-Pfister, 2008). Selon l'article R4312-12 du code de déontologie des infirmiers « Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité. Hors le cas des urgences et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle. ». (s.d) Autrement dit l'infirmier a l'obligation de porter secours et de prodiguer des soins d'urgence. Ainsi, il suit un protocole médical et prend l'initiative de mettre en place des soins en l'absence du médecin.

L'infirmier s'appuie ainsi sur les différents dispositifs : les protocoles médicaux présents dans les services, le numéro d'appel d'urgence ou encore le chariot d'urgence. Il s'appuie aussi sur ses connaissances et compétences. Autant de réglementations et de matériels sur lesquels il peut compter, qui lui permettent d'agir et de prendre soin au mieux le patient.

Le prendre soin dans un service d'urgence commence tout d'abord par le triage par l'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation). Vient ensuite le bilan primaire (l'examen du patient, l'observation initiale) suivi du bilan secondaire (anamnèse, évaluation détaillé) et pour finir le choix de la filière de prise en soin (Steg, 2018). Ainsi, le prendre soin est personnalisé et unique à chaque patient. (Hssain I., Piedade I., Benveniste R., Marc B., Miroux P., 2021)

III. Dispositif méthodologique du recueil de donnée

L'entretien est un outil de recueil de donnée sur une thématique précise son but est de récolter des informations qui apportent des éléments à un travail de recherche. C'est pourquoi, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien permet à l'interlocuteur de s'exprimer plus librement. Ce contact direct, en face à face, facilite la prise de parole des professionnels et les invitent ainsi à développer. Néanmoins, il est tout de même possible de réajuster le fil de la conversation en guidant la personne par des relances.

J'ai décidé de ne pas effectuer d'entretien directif ou d'enquête par questionnaires, qui risqueraient de trop orienter les réponses obtenues. Ainsi, j'ai choisi une méthode qualitative plutôt qu'une méthode quantitative. Un entretien semi-directif, réalisé à l'aide d'un guide d'entretien pré-établi et regroupant un enchaînement de questions ouvertes et de relances, me semblait donc plus approprié. Afin de pouvoir recueillir les expériences professionnelles et mieux cerner le ressenti de celui qui s'exprime. Mon guide d'entretien a été validé au préalable par mon référent de mémoire. Ma grille d'entretien s'est construite autour de ma question de départ qui traite de l'influence des soins relationnels dans le prendre soin infirmier d'un patient en situation d'urgence. Ces entretiens devaient me permettre d'explorer chaque mots clés explicités dans la première partie. Pour cela, j'ai posé mes questions dans le même ordre chronologique. Mon travail se base sur une démarche hypothético-déductive de recherche. C'est à partir d'une situation réelle que j'ai pu émettre des hypothèses. Au-delà des questions, j'ai eu le plaisir de rencontrer deux infirmiers d'un service des urgences, avec un parcours professionnel différent, une ancienneté différente et de sexe différent. J'ai eu l'occasion, durant mon stage du semestre cinq, de travailler et d'apprendre avec eux, ce fût une des raisons pour lesquelles j'ai choisi de m'adresser à eux. Les entretiens se sont déroulés sur une période de quarante minutes avec une durée d'échanges de trente minutes. Il me semblait qu'une durée plus longue aurait engendrer des digressions. Le premier entretien a été réalisé dans l'enceinte de l'institut de formation de Pontchaillou dans une salle au calme. Le second entretien a eu lieu dans le service aux Urgences dans une salle à l'écart, à l'abri du bruit ce qui a facilité l'échange et le recueil d'informations. Afin de pouvoir retranscrire ces entretiens le plus fidèlement possible, j'ai demandé aux deux infirmiers de bien vouloir m'autoriser à enregistrer nos échanges, en leur garantissant le strict anonymat. Chaque entretien a eu le même guide afin de pouvoir comparer les deux entretiens. Puis, à l'issus des échanges, je les ai remerciés.

Néanmoins, avec le recul en ce qui concerne le premier entretien, je me suis aperçue que certaines questions n'étaient pas très claires pour l'infirmier. Ainsi, je me suis rendu compte que les soins relationnels n'ont pas été suffisamment abordé et j'aurais pu insister davantage. De plus, en y repensant, j'aurais peut-être pu interroger un patient venu aux urgences pour étayer mon analyse.

IV. Analyse

A. La prise en soin aux urgences

1. L'expérience des infirmiers

J'ai choisi d'interroger les professionnels sur leurs différentes expériences professionnelles, sur leur ancienneté et notamment dans le service des urgences, afin d'observer s'il existe des différences de discours en fonction de leur niveau d'expérience.

L'IDE 1 est infirmier depuis 3 ans, avec environ 1 an d'expérience aux urgences. L'IDE 2 quant à lui, est infirmier depuis 6 ans, avec 3 ans et demi aux urgences, et a été ambulancier pendant 13 ans et 5 ans en tant qu'aide-soignant. Il a également été formé à IAO et au SAUV. Nous pouvons dire que l'IDE 2 a plus d'expérience que l'IDE 1

2. La définition d'une situation d'urgence

J'ai souhaité obtenir leur propre définition « d'une situation d'urgence » afin de rendre compte de leur vision en tant qu'IDE.

L'IDE 1 définit une situation d'urgence comme « une urgence vitale immédiate » nécessitant des « gestes rapides » par des professionnels de santé. Une urgence implique une intervention des soignants, sans ces actions le patient à un risque de « décéder rapidement ». L'IDE propose plusieurs exemples de situations rencontrées comme un choc hémorragique, un arrêt cardio respiratoire, une alerte thrombolyse, un état de mal épileptique...

L'IDE 2 quant à elle définit une situation d'urgence comme étant « une urgence vitale ». Elle précise qu'il y a deux types d'urgences, l'urgence médicale et l'urgence psychologique. Ce sont « des personnes qui sont en détresse et qui ont besoin d'être pris en charge rapidement ». L'IDE évoque également quelques exemples qu'elle rencontre dans son service tel que des accidents de la route, des hémoglobines basses, des hypothermies, des alertes thrombolyse...

Ainsi, on se rend compte de l'idée que se fait chaque infirmier d'une situation d'urgence, et des points importants qu'ils abordent dans leur définition. Nous pouvons remarquer que le terme « situation d'urgence » est très vaste et varie selon les infirmiers. En effet, les deux IDE s'accordent également à dire qu'une situation d'urgence est une situation où il faut agir rapidement, autrement dit prendre en soin rapidement le malade. L'IDE 1 souligne que l'urgence incite la mise en place d'actions d'ordre thérapeutique c'est-à-dire des actes techniques afin de sauver la vie du soigné. L'IDE 2 quant à lui distingue deux types d'urgences, dont l'une qui nécessite une prise en charge autre que des soins techniques. Ainsi, d'une situation à l'autre la prise en charge ne va pas être la même. Ceci varie en fonction des besoins du patient.

3. La priorité aux urgences

L'IDE 1 définit une priorité aux urgences comme étant de « sauver le patient ». Il explique qu'en tant que professionnel de santé, lorsqu'il est face à une situation prioritaire, « c'est de bien réaliser ses gestes », « ne pas faire d'erreur ». Il évoque son expérience « je n'ai pas beaucoup d'expérience ça fait 2 ans et demi que je suis diplômé, 11 mois que je suis aux urgences » C'est pour cela qu'il est très concentré sur les gestes à réaliser. Alors que pour l'IDE 2 la priorité aux urgences, est « d'être bien formé », d'avoir des « formations spécifiques » qui sont la base d'une bonne prise en soin. De plus, elle évoque l'équipe, lors d'une urgence, la priorité est la présence d'une « bon médecin » et surtout un médecin « accessible, sur qui on peut compter » c'est-à-dire un médecin en qui on a confiance, qui est à l'écoute. Une bonne compréhension entre les professionnels surtout lors des transmissions est aussi essentielle. Selon elle, la priorité aux urgences est de savoir qu'il y a la présence des collègues. Elle dit « des bons collègues sur qui on peut compter, et de savoir que tu n'es pas toute seule ». L'IDE 2 insiste qu'un seul soignant, n'est pas capable de prendre en soin un patient correctement.

Ainsi, nous pouvons remarquer qu'ils font tous deux allusions à l'expérience. En effet, l'infirmière la plus expérimentée, c'est-à-dire l'IDE 2, évoque les formations alors que l'IDE le moins expérimenté ne le fait pas et souligne son manque d'expérience. Donc nous pouvons en déduire qu'avec davantage d'expérience cela nous permet de percevoir toutes les dimensions et les soins des urgences.

4. Le vécu de l'infirmier

J'ai ensuite recueilli les ressentis des deux infirmiers en situation d'urgence. J'ai divisé ce thème en deux sous parties, l'une concernant le vécu de l'infirmier sur l'aspect technique et l'autre sur l'aspect relationnel.

Pour l'aspect technique, l'IDE 1 évoque l'expérience, il dit que « l'expérience joue énormément ». Effectivement, dans des situations d'urgence déjà rencontrées, l'infirmier connaît les gestes à réaliser, il n'y a pas de surprise et c'est même « plus facile ». Pour étayer ses propos, il prend l'exemple d'un ACR (arrêt cardio respiratoire). L'IDE souligne qu'il est « très protocolé dans sa tête ». Alors que pour l'IDE 2, concernant l'aspect technique, « on peut toujours s'améliorer », elle pense qu'on « peut toujours faire mieux ». Elle distingue deux types de gestes aux urgences. Il y a des gestes « courants » comme les voies veineuses périphériques, les prises de sang et il y a des gestes « techniques » comme les intubations. Elle évoque également le travail d'équipe. Dans l'équipe, il y a « toujours un collègue plus ancien, qui peut guider et aider ». Elle souligne l'entraide, qui est une grande source de soulagement en situation d'urgence. Ainsi, c'est l'expérience qui permet d'être à l'aise sur la « technique ».

Pour l'aspect relationnel, l'IDE 1 dit « qu'il se sent plutôt bien » mais qu'aux urgences il y a « urgence » et « vraies urgence » c'est-à-dire qu'il y a différents degrés d'urgence et qu'il gère plus de vraies urgences dans d'autres services. Mais que face à une situation d'urgence qu'il ne connaît pas, il est beaucoup plus « stressé » et « moins serein » ce qui l'amènera à « être beaucoup plus concentré ».

L'IDE 2 parle quant à elle, n'être « pas toujours à l'aise » selon l'urgence mais évoque un stress « positif ». En effet, ce stress crée un « pic d'adrénaline » qui modifie notre comportement face à la situation d'urgence. Chaque professionnel de santé, exprime son stress, son adrénaline différemment selon la situation d'urgence rencontrée. Ainsi, l'infirmière face à une situation inconnue, ressent « plus d'appréhension ». Etant formée au SAUV, elle souligne également que c'est une « approche toute particulière ». En effet, ce service accueille exclusivement des urgences vitales.

Le vécu de l'infirmier est donc propre à chacun, chaque professionnel gère à sa manière une situation d'urgence. Ainsi nous rencontrons de multiples situations d'urgences et nous pouvons supposer que la prise en soin et les priorités ne seront pas les mêmes.

5. Le vécu de l'entourage et du patient aux urgences

J'ai ensuite voulu aborder la question de la prise en compte de la famille et de l'entourage, ainsi que leur vécu et le vécu du patient. Ces éléments me semblaient importants car ils sont aux centres de notre prise en soin.

L'IDE 1 explique que dans le service des urgences il n'y a pas de place pour l'entourage surtout dans le contexte sanitaire actuel. L'IDE 2 souligne ses propos « Avec notre ami COVID il n'y a pas possibilité de visite enfin beaucoup moins, c'est très restreint ». Néanmoins l'IDE 1 fait allusion aux services classiques « ils peuvent être plus facilement présents quand ça ne va pas ».

L'IDE 2 dit que les urgences dans lesquelles se trouvent les patients peuvent créer un contexte anxiogène pour le patient et l'entourage. En effet, en tant que soignant, nous connaissons ce milieu alors que pour eux ce milieu peut leur apporter du stress, de la peur, de la douleur..., surtout aux urgences. En outre, la promiscuité peut majorer ces sentiments « C'est un environnement un petit peu aseptisé, ça ressemble un peu au bloc opératoire, les scialytiques tout ça c'est particulier. Nous on ne s'en rend pas trop compte parce qu'on est tout le temps dedans mais je pense que quand on arrive de l'extérieur c'est impressionnant. » De plus, l'entourage peut être source de stress pour le patient. Effectivement, « il y a les patients qui stressent mais souvent c'est la famille qui est encore plus stressée que le patient » ce qui amène l'entourage à poser beaucoup de questions mais qui sont légitimes au vu de la situation comme le souligne l'IDE « Les personnes t'interrogent beaucoup et il faut se mettre à leur place, ils ont besoin de savoir aussi » Ainsi dans certaines situations, l'entourage et la famille

peuvent être compliqués à gérer, c'est la raison pour laquelle il faut toujours les prendre en considération lors des situations d'urgence.

Selon l'IDE 1, la priorité c'est le patient et par la suite, informer l'entourage. L'infirmier 1 dit que « c'est vrai que la place de l'entourage clairement on voit comment ça se passe et puis on se rappelle l'entourage ».

Les deux infirmiers se rejoignent sur certaines visites dans des cas particuliers comme au déchocage, pour les mineurs, pour les fins de vie... L'IDE 1 dit que « il n'y a qu'au déchocage où ils peuvent avoir accès s'il y a vraiment une urgence vitale, pour des patients qui sont mineurs ou des fins de vie ». L'IDE 2 confirme ses dires « quand il y a une seule personne on peut faire entrer parfois les familles », « Permettre aux familles quand même de voir leurs proches ». Donc nous pouvons en déduire qu'en fonction de la situation la prise en charge de l'entourage et de la famille varie.

Ils ont tous deux envies que ça change, qu'il y ait une meilleure prise en compte des familles. L'IDE 1 exprime que « même si on aimerait bien qu'ils puissent avoir quelqu'un à côté d'eux leur dans leur box, c'est un peu compliqué » et l'IDE 2 pense que « ça peut toujours être amélioré, on peut toujours faire mieux. »

Concernant le vécu du patient, l'IDE 1 évoque un vécu négatif. En effet, il utilise les termes « il n'est pas bon », « peu de gens qui ressortent contents des urgences » ou encore « saoulé ». L'IDE 2 exprime le même vécu « c'est un peu flippant », « beaucoup de stress ». En effet, lorsqu'un patient vient aux urgences, c'est que quelque chose ne va pas. Le service des urgences est un milieu inconnu pour la plupart des patients, ce qui engendre du stress, de l'incompréhension... Comme le souligne l'IDE 2 « Le mot urgence ça leur fait peur ». De plus, cela peut être impressionnant pour le patient étant donné que certains motifs d'hospitalisation nécessitent une prise en soin rapide, ce qui peut engendrer encore plus de stress.

Néanmoins, les deux soignants évoquent le temps de prise en soin aux urgences. Effectivement l'IDE 1 explique qu'un grand nombre de patients restent une partie de la journée aux urgences pour qu'au final leur motif d'entrée peut être vu en consultations externes. Alors que l'IDE 2 voit cette prise en soin d'un œil plutôt positif. En effet, lors d'une prise en soin aux urgences qui dure une journée, le patient est soumis à de multiples actes médicaux comme des prises de sang, des imageries ou des consultations.

L'infirmier 1 dit « qu'il n'y a pas une bonne prise en charge aux urgences. » Alors que l'IDE 2 indique que les professionnels de santé font ce qui est possible, « Après je trouve que pour la prise en charge

on fait ce qu'on peut avec ce qu'on a. » Ainsi, nous pouvons remarquer qu'il y a un certain nombre de points de vue et de vécus différents aux urgences.

6. La collaboration de l'équipe

Ensuite, les deux infirmiers ont tous les deux parlé de l'entre-aide au sein de l'équipe et de la collaboration.

En effet l'IDE 1 trouve qu'il y a une bonne collaboration entre médecin, interne, aide-soignant, infirmier... « il y a une bonne collaboration franchement il y a une super ambiance ». Dans ce service il y a de l'entre-aide entre soignant. « Quand on a besoin d'un médecin il est là »

De plus, l'IDE 1 est le seul à avoir parlé de l'anticipation aux urgences. Il explique que la particularité de ce service est qu'il y a beaucoup de protocoles qui font gagner un temps considérable. Grâce à cela, les soignants peuvent mettre en place des soins sans médecin. Par exemple « on peut faire de l'antalgie sans médecin, on prélève, on gagne énormément de temps parce qu'on n'a pas besoin de médecins et ça c'est quand même un plus dans la prise en charge. »

Ensuite, l'IDE 2 évoque le terme « accessibilité ». En effet, dans un service d'urgence les médecins sont très accessibles tout comme les collègues. Elle explique qu'en situation d'urgence, et notamment d'urgence vitale, l'entre-aide avec les membres de l'équipe soignante est primordiale. Dès qu'un membre de l'équipe soignante que ce soit un infirmier, un agent ou encore un aide-soignant n'est pas là, le manque se fait ressentir « tu te rends vite compte que dès qu'il manque quelqu'un, c'est compliqué ». Ainsi, les membres d'une équipe soignante doivent pouvoir compter les uns sur les autres.

Je me suis penchée plus particulièrement sur la collaboration entre aide-soignant et infirmier, ils sont tous les deux d'accord pour dire que les infirmiers sont moins proches du patient que les aides-soignants. L'IDE 1 dit que « je pense que les aides-soignants ont plus de temps pour être présents pour les patients parce que différents types de charge de travail, des choses qu'on fait qu'ils ne font pas. Ils ont plus de temps que nous pour passer du temps pour se poser, pour s'arrêter, pour discuter un petit peu » et l'IDE 2 dit que « mais je pense que les aides-soignantes sont plus proches et à l'écoute ». Les deux infirmiers illustrent leur propos par le même exemple « pour mettre un bassin ou pour faire un change ». Ainsi, nous pouvons noter que l'équipe est d'une grande ressource en situation d'urgence et chaque professionnel est complémentaire.

B. Les soins relationnels

1. Leur représentation

J'ai souhaité obtenir leur propre représentation des soins relationnels en tant qu'IDE.

L'IDE 1 définit les soins relationnels comme « une part importante du soin ». L'IDE 2 souligne les propos de l'infirmier « Les soins relationnels c'est important »

L'IDE 2 fait allusion au temps. Il peut dire en effet que « je pense qu'on peut ne pas avoir beaucoup de temps mais être proche des gens. Je pense que ça c'est faisable après ça dépend comment tu les abordes aussi ». Autrement dit, malgré le manque de temps des soignants, il est possible de mettre en place des soins relationnels. De plus, les deux IDE se rejoignent concernant le but des soins relationnels. L'IDE 1 et l'IDE 2 disent que les soins relationnels permettent de « poser les choses », « les déstresser », « les rassurer ». Ainsi nous pouvons en déduire que le soin relationnel est primordial dans la prise en soin d'un patient.

Lors de mes recherches, j'ai pris connaissance des différents types de soins relationnels utilisés par les professionnels notamment en situation d'urgence. Pendant les entretiens, les deux infirmiers ont évoqué les notions de « communication verbale » et de « communication non-verbale ». Lorsque l'infirmier 1 me parle de sa dernière situation d'urgence rencontrée, il m'explique que les types de communication qu'il a utilisé étaient ceux-là. Il précise également que « le soin relationnel est très important là-dessus parce que des fois on peut finalement juste en discutant, pas besoin de médicaments pas besoin de traitement pas de médecins on discute un peu 5/10 min et puis finalement le patient va mieux et c'est juste un petit coup de stress ».

Alors que l'IDE 2 insiste davantage sur la « communication non-verbale » que sur « la communication verbale ». Effectivement, elle donne plusieurs exemples « dans le regard déjà tu peux sourire avec les yeux », « dans l'intonation de la voix », « dans ta gestuelle aussi si tu es près du brancard bien face au patient à lui parler alors que si tu es entre la porte et le mur que tu tiens le poignet de la porte, que tu es déjà un pied à l'extérieur » ou encore « il y a aussi la posture. La « communication non verbale » reste très importante et peut faire toute la différence lors des prises en soin des patients. Ainsi, ces deux communications constituent les soins relationnels et sont primordiales dans le soin. Comme nous avons pu le remarquer, la représentation « des soins relationnels » est très vaste et variée selon les IDE interrogés.

Nous pouvons dire que l'aspect relationnel du soin devient un soin lui-même.

2. L'influence des soins relationnels en situation d'urgence

Ensuite, j'ai voulu connaître, selon les IDE interrogés, quelle pouvait être l'influence des soins relationnels sur la prise en charge dans un contexte d'urgence. A cette question, les infirmiers ont abordé les notions de réassurance du patient et d'apaisement.

L'IDE 1 met en avant l'effet du soin sur l'angoisse du patient. Le soin va permettre d'apaiser le patient, il souligne tout de même que ce soin ne va le « soigner » mais ce soin ne peut qu'être bénéfique. Les soins relationnels sont un élément important pour une prise en charge de qualité, car ces soins permettent de mettre en confiance le patient et de le rassurer. La communication est : « primordiale » selon cet infirmier.

L'IDE 2, quant à lui explique que nous retrouvons les soins relationnels dès le début de la prise en soins c'est-à-dire, dès l'entrée du soigné. Ainsi, l'accueil peut faire toute la différence. Il parle également de l'angoisse comme l'IDE 1. Il fait un lien entre l'angoisse des urgences et l'accueil des patients. « si tu les accueilles bien déjà ça les apaise et je ne vais pas dire que c'est la moitié mais presque ». L'IDE 2 est le seul à évoquer le lien entre le comportement des soignants et l'effet des soins relationnels sur le patient. Le soignant utilise des modes de communication pour apaiser, rassurer, déstresser le patient mais lorsque que ces modes de communication sont utilisés à mauvais escient, nous pouvons remarquer des comportements agressifs voire violents. Ainsi, il est fondamental que les professionnels de santé gardent leur sang-froid et soient vigilants dans l'utilisation de ces communications. « Je pense que si tu baisses d'un ton les gens ils baissent aussi même s'ils restent angoissés, si toi tu gardes ton calme ça aide »

3. La mise en place d'une relation soignant-soigné aux urgences

J'ai souhaité obtenir leur point de vue professionnel dans la mise en place d'une relation soignant-soigné en situation d'urgence.

Au cours de cet entretien, l'IDE 1 a évoqué une situation d'urgence quand il était étudiant, un patient admis aux urgences pour un infarctus du myocarde. Il a pu se rendre compte, lors de la prise en soin de ce patient, que l'aspect relationnel du soin a été compliqué à mettre en place voire inexistant. Cependant dans certaines situations, le soignant a la possibilité de mettre en place une relation soignant-soigné. Effectivement, l'infirmier a expliqué la prise en soin d'un patient faisant un choc hémorragique, une fois le sang posé, il faut patienter. Ainsi, dans cette situation l'infirmier utilise la communication pour rassurer le patient, pour l'apaiser afin qu'il accepte les soins et soit en confiance. Nous pouvons également relever que grâce à cette communication, l'infirmier crée une relation soignant-soigné avec le patient, et cela améliore considérablement la prise en soins du patient. « Parfois on a le temps de se poser, de discuter, d'expliquer », « Prendre 5 min pour discuter, expliquer, rassurer ». Il soutient également que la mise en place de cette relation est primordiale.

Les deux infirmiers sont d'accord pour dire qu'en situation d'urgence, ils n'ont pas toujours le temps de mettre en place une relation soignant-soigné, par le fait du caractère urgent de la prise en soin. L'IDE 2 explique qu'en situation d'urgence, les professionnels de santé sont davantage focalisés sur la

technique que sur la relation avec le patient. « Ici ce qui est important c'est de poser une voix d'abord, tu vois une fois qu'on a posé notre voix et que nos drogues passent ça nous rassure et c'est vrai que tant que cette voix n'est pas posée on est un peu dans le speed. » et l'IDE 1 illustre avec un exemple.

Cependant, l'IDE 2 est le seul à mentionner le terme de « transférabilité ». « Tu te dis l'empathie, il n'y a pas de mystère » Effectivement, il explique qu'avec les aléas de la vie on peut passer de l'autre côté, c'est-à-dire devenir un patient à notre tour. Ainsi, il faut parfois se mettre à la place du patient, se remettre en question et prendre du temps pour mettre en place une relation soignant-soigné afin de prendre en soin le patient dans sa globalité. Malgré tous il faut être « un peu plus humain parfois ». Ainsi, ils maintiennent que la relation soignant-soigné est fondamentale dans le prendre soin d'un patient aux urgences.

C. Le prendre soin

1. La vision du « care »

J'ai voulu obtenir leur propre définition du « care », afin de me rendre compte de leur vision. Grâce à cette définition, on se rend compte de l'idée que se fait chaque infirmier du « prendre soin », et quels sont les points importants abordés dans leur définition. Lorsque j'ai interrogé l'IDE 1 sur sa définition du « care », celui-ci me répond que c'est « un ensemble de soins qui permet d'accéder au bien-être physique, mental après il a le côté social ». Selon l'IDE 2 le « care » est « un programme. Je pense que c'est répondre aux patients autant sur la technique, sur la prise en charge que sur le relationnel comme tu disais c'est un tout quoi. C'est un prendre soin et du corps et de l'esprit ». Ils sont tous les deux d'accord pour dire que c'est un ensemble, un tout qui a pour objectif de soigner le patient sous toutes ses dimensions.

Ensuite, l'IDE 1 distingue différents types de prendre soin aux urgences : l'aspect somatique, l'aspect psychologique et l'aspect social alors que l'IDE 2 n'en fait pas allusion. Mais, ce dernier différencie deux types de prendre soin : la technique et le relationnel « Tu ne peux pas faire que du médical enfin que de la technique et oublier le relationnel parce que oui ça revient à ce qu'on disait tout à l'heure, c'est une bonne partie du soin ». Nous remarquons que le « care » est très vaste et varié selon les IDE interrogés.

2. Le prendre soin aux urgences

Lors des entretiens, les IDE m'ont expliqué l'importance du prendre soin aux urgences. En effet, l'IDE 1 spécifie qu'il existe différentes dimensions dans le prendre soin : somatique, psychologique et social. Néanmoins, aux urgences c'est l'aspect somatique qui est au centre alors que les aspects psychologiques et sociaux sont en second plan voire pas du tout. « on commence la prise en soin au niveau somatique puis au niveau psychiatrique et la partie sociale en dernier ». Il illustre ses propos

par des exemples comme « il vient pour des douleurs abdominales, il vient pour des céphalées, on s'occupe de ça ». Selon lui par manque de temps, il faut prioriser et c'est souvent l'aspect social et psychiatrique qui n'est pas abordé. « On s'occupe du côté somatique le reste ça passe un peu à la trappe ».

Les deux IDE s'accordent sur le manque de temps aux urgences « aux urgences où tout va toujours trop vite », « il y a beaucoup de de personnes, (..) il y a beaucoup de patients ». L'IDE 2, contredit les propos de l'IDE 1. Il explique qu'aux urgences, il est possible de prendre en soin un patient dans sa globalité « je pense que tu peux prendre soin des patients quand même. ». Il fait référence au ressenti positif du patient envers les soignants, « ils nous remercient pour notre prise en charge. Certains nous envoient des petits mots, des chocolats » alors que l'IDE 1 n'y fait pas allusion. Ainsi, le « prendre soin » est perçu différemment selon chacun. Les deux infirmiers soulignent que le prendre soin à une place importante aux urgences.

3. L'organisation nuit/jour aux urgences

Pour finir l'analyse de mes entretiens, j'ai voulu connaître les différences de prise en soin entre le jour et la nuit.

L'IDE 1 qui travaille de nuit aux urgences, explique que la prise en soin de jour et de nuit n'est pas la même. En effet, le fonctionnement de la nuit est totalement différent de celui du jour, il y a moins de médecins, l'organisation du laboratoire n'est pas la même qu'en journée. La population n'est également pas la même. De nuit il y a davantage de patients alcoolisés et de personnes sans domicile fixe à la recherche d'un hébergement. L'IDE interrogé spécifie que la nuit, il y a moins de soins techniques et beaucoup plus de social. Hélas, les assistantes de service sociales sont présentes seulement la journée, ce qui amène à s'interroger sur leurs absences la nuit. L'IDE 2 rejoint l'IDE 1 à propos du fonctionnement des urgences la nuit, ainsi que la population « Même si dans la journée on a beaucoup de personnes alcoolisées je pense que la nuit il y en a encore plus, plus de personnes sans domicile fixe,(..) ils ont faim » Il souligne également les dires de l'IDE 1 concernant l'aspect social présent la nuit. « La journée on a une assistante sociale (..) mais la nuit non. »

L'IDE 2 qui travaille de jour aux urgences et ayant récolté les ressentis de ses collègues de nuit pense que la prise en charge de nuit est plus compliquée que celle de jour. L'IDE 1 précise qu'en travaillant la nuit, le personnel est plus autonome. Ce qui s'explique par le nombre d'effectif réduit. « On est un peu plus autonome la nuit du fait qu'on a moins de médecins, (..) on a moins d'accès à la radiologie, le laboratoire ... ce n'est pas le même fonctionnement ». Il est d'avis que cette autonomie est très positive pour sa vie professionnelle. Les soignants font donc tout ce qu'ils peuvent, avec les moyens à leur disposition, même si ce n'est pas toujours facile. Cela nécessite une bonne capacité d'adaptation.

V. La discussion

Après avoir approfondi les différents concepts de mon cadre théorique pour tenter de répondre à ma problématique de départ et analyser les recueils de données réalisés auprès de deux professionnels soignants, je vais confronter ces résultats en y ajoutant ma réflexion personnelle.

A. La prise en soins aux urgences

1. La définition d'une situation d'urgence

Les ouvrages que j'ai pu lire m'ont beaucoup appris sur ce qu'est une situation d'urgence. Nous avons pu voir avec le cadre conceptuel, qu'une urgence est la survenue de quelque chose de brutal et d'inattendu, qui surprend et inquiète l'intéressé ou son entourage et qui nécessite de réaliser très rapidement des gestes et d'agir très vite. Lors des entretiens réalisés, les infirmiers ont renforcé ce point en précisant qu'une urgence peut avoir un risque vitale immédiat. Le soigné est en détresse et a besoin d'être pris en charge rapidement.

Les IDE perçoivent deux types d'urgences, l'urgence médicale et l'urgence psychologique. Alors que certains auteurs disent qu'il existe davantage d'urgences comme l'urgence réelle ou vraie, l'urgence fonctionnelle, l'urgence sociale et l'urgence ressentie.

Les auteurs évoquent également les représentations des urgences. Effectivement, de nos jours lors des situations d'urgence, il faut avant tout évaluer et laisser place à la réflexion afin d'adopter les bons gestes. Pour les soignants, une situation d'urgence incite également la mise en place d'actions réfléchies.

Ainsi, les auteurs et les soignants ont mis en évidence le fait que cette notion est propre à chacun et est perçue différemment selon les individus rencontrés. Une situation d'urgence n'est jamais identique à la précédente.

Je pense que, malgré nos cours sur les soins d'urgence, il est difficile de voir la nature de ce service lorsqu'on n'y est jamais allé. Effectivement, face à une situation d'urgence, chaque individu réagit d'une manière différente. Il se joue quelque chose qui nous dépasse un peu et face au caractère de l'urgence, à la douleur, aux questions de l'entourage, à la souffrance de quelqu'un, il peut être difficile de garder son calme voire son professionnalisme. Néanmoins, en tant que future professionnelle je serai vigilante de ne pas agir dans la précipitation ou l'agitation. Je pourrai m'autoriser à prendre un temps de réflexion car c'est dans la non-précipitation que l'on reconnaît l'aptitude d'un bon professionnel.

2. La priorité aux urgences

Concernant la priorité aux urgences, le cadre conceptuel nous a permis de comprendre que dans un service d'urgence les malades se présentent à l'accueil et sont classés par code de 1 à 5 qui est la priorité lors de la prise en charge aux urgences. Les soignants soulignent qu'il est nécessaire de bénéficier d'une formation pour pouvoir trier et établir un code pour les malades.

De plus, les auteurs expliquent que la priorité aux urgences est d'agir vite car il y a un risque vital. Les IDE les rejoignent sur cette priorité. En effet, il faut sauver le patient et ainsi agir très vite. C'est pourquoi l'infirmière d'accueil et d'orientation ainsi qu'une prise en soin rapide sont fondamentales à la survie des patients

Mais grâce à ces entretiens, nous pouvons retenir qu'avec davantage d'expérience cela nous permet de percevoir toutes les dimensions et les soins des urgences ce qui a été omis dans le cadre conceptuel.

Je pense donc que c'est avec de l'expérience que nous pouvons agir de la manière la plus adaptée possible à la situation rencontrée. En tant que future jeune professionnelle, je suis convaincue que c'est en faisant des erreurs que l'on apprend.

3. Le vécu de l'infirmier

Les infirmiers interrogés ont pu me faire part de leur vécu dans le service d'urgence. Les IDE expriment beaucoup de stress, moins de sérénité, ne pas être toujours à l'aise, avoir davantage d'appréhension. En effet c'est ce qui ressort dans le cadre conceptuel.

Dans ce service, nous sommes confrontés à un déséquilibre permanent entre les moments d'accalmie et d'agitation. Certains auteurs voient l'anticipation comme étant une source de stress alors que les infirmiers la voient comme quelque chose qui permet de gérer le stress.

Cependant, les entretiens expriment un stress « positif » plutôt que « négatif ». Ce stress crée un « pic d'adrénaline » qui modifie notre comportement et qui permet d'agir. De plus, un des infirmiers dit que le ressenti peut changer au cours de sa vie professionnelle. Effectivement, l'expérience joue énormément dans le vécu de l'infirmier.

En outre, les professionnels interviewés distinguent deux types de gestes, les gestes courant comme les prises de sang, les voies veineuses périphériques et les gestes techniques comme les intubations. Selon les gestes à réaliser le ressenti infirmier ne sera pas le même. Néanmoins, les auteurs et les professionnels de santé se rejoignent pour dire qu'il existe un lien entre le travail d'équipe et le vécu infirmier. Ils soulignent qu'il est primordial d'être soutenu et aidé par l'équipe afin de prendre en soin le malade le mieux possible.

A mon sens, être infirmier doit être une vocation et surtout lorsqu'on veut travailler dans un service comme les urgences. Il faut apprécier le caractère urgent des soins. Ces réponses ne m'ont donc pas étonnée et je me sens en accord avec celles-ci. Je pense que les émotions du soignant ont une place importante dans la prise en soin des malades mais que c'est à travers l'expérience que nous nous améliorons. Nous sommes tous différents et nous ne sommes pas tous égaux face à nos émotions.

En tant que future professionnelle, je travaillerai davantage sur moi-même. En effet, j'ai tendance à vouloir tout anticiper et c'est en anticipant trop que nous commettons des erreurs. Dans un service d'urgence ou dans un autre, l'infirmier n'est en aucun cas préparé aux situations qu'il aura à gérer.

4. Le vécu de l'entourage et du patient aux urgences

Comme vu dans le cadre théorique, le vécu du patient aux urgences n'est pas toujours positif. Ce service peut instaurer pour les malades une dynamique de stress, d'anxiété, d'incertitude. Les IDE partagent également l'avis des auteurs. « Les urgences dans lesquelles se trouvent les patients peuvent créer un contexte anxiogène pour le patient et l'entourage »

Les recherches documentaires ont mis en évidence que le ressenti du patient influence les interactions avec les soignants et ainsi la prise en soin. Les infirmiers interrogés n'en font pas allusion. En accord avec mes recherches documentaires, je pense que le ressenti du patient a une place primordiale dans le prendre soin. Par exemple, dans le cas d'un patient énervé et/ou agité, si on ne prend pas compte de ses émotions cela peut engendrer de l'agressivité voir de la violence de la part du patient envers lui-même ou envers les soignants.

Les infirmiers interviewés expliquent que parfois l'entourage peut être source de stress pour le patient. Effectivement, les auteurs soulignent que l'entourage est parfois plus anxieux que le patient. C'est pourquoi, dans certains cas les professionnels excluent volontairement l'entourage alors que les IDE interrogés prônent l'inclusion de l'entourage et font la nuance dans les visites. Notamment, le service autorise les visites au déchocage, pour les mineurs ou pour les personnes en fin de vie. Ainsi, en fonction de la situation la prise en charge de l'entourage et de la famille varie.

De plus, lors de mes entretiens, les IDE ont évoqué le ressenti du patient et de l'entourage par rapport au temps d'attente. Effectivement, lorsqu'un patient fait son entrée aux urgences, il est soumis à de nombreux actes médicaux comme des prises de sang, des imageries, des consultations... Généralement, les patients sont impatients au vu du temps d'attente. Or une personne qui souhaite prendre rendez-vous en ville, a un délai de 3 à 4 mois voire plus.

C'est pourquoi, en tant que future professionnelle, j'utiliserai les méthodes apprises au cours de cette formation afin de prévenir tout risque de « dérapage », comme la violence, l'agressivité ou encore

l'incompréhension. D'après mon expérience, je trouve qu'il est fondamental de prendre en compte le vécu des patients et de leur entourage pour une prise en soin de qualité et de respecter mes valeurs soignantes.

5. La collaboration de l'équipe

D'après les recherches du cadre théorique, tous les acteurs de soins s'entraident et collaborent les uns avec les autres. Sans un travail d'équipe, le service des urgences ne pourrait fonctionner. Les IDE insistent sur la notion d'entraide comme le font les auteurs. A l'aide de cette collaboration, l'équipe soignante peut anticiper certains gestes. Alors que dans les différents ouvrages, ils ne font pas allusion à l'anticipation, ni à l'accessibilité des médecins comme l'ont évoqué les infirmiers mais à une communication verbale essentielle et à une équipe organisée, calme et sans tension. En effet, à l'inverse, si une équipe est désorganisée elle ne va pas fonctionner correctement. Ainsi, selon moi, ces éléments sont complémentaires.

De plus, les auteurs expliquent que l'incertitude, l'agitation et l'imprévisibilité qui règnent dans un service d'urgence peut engendrer des tensions et du stress dans les équipes soignantes. Lorsque les professionnels sont confrontés à des situations imprévues, certains vont se figer, d'autres vont fuir ou s'agiter ou encore voir l'anxiété comme quelque chose de positif, un moteur. Alors que les infirmiers interviewés évoquent seulement une collaboration positive dans l'équipe.

Puis, je me suis questionnée sur la collaboration entre aide-soignant et infirmier. Les deux infirmiers sont d'accord sur le fait que les aides-soignants sont plus proches du patient que les infirmiers. Ainsi, nous pouvons noter que l'équipe est d'une grande ressource en situation d'urgence et chaque professionnel est complémentaire.

Selon moi, l'équipe occupe une grande partie dans la vie professionnelle d'un soignant. Je dirais même qu'elle fait la différence dans la prise en soin d'un patient et notamment en situation d'urgence. En effet, lorsqu'on a confiance dans notre équipe, tout va fonctionner, chacun à sa place et connaît son rôle. En tant que future professionnelle, je porterai une attention particulière sur l'équipe.

B. Les soins relationnels

1. Leur représentation

Nous avons pu voir avec le cadre conceptuel, que les soins relationnels sont « un ensemble d'attitudes, de comportements spécifiques, des actes, des paroles qui sont proposés par un soignant, à une personne en difficulté de santé ». Lors des entretiens réalisés, les infirmiers ont souligné que les soins relationnels occupent une part importante du soin. De plus, les infirmiers expliquent que ces

soins permettent de « poser les choses », « les déstresser », « de les rassurer » alors que le cadre conceptuel ne l'évoque pas.

Ensuite, mes entretiens m'ont permis de distinguer deux types de soin relationnel : verbal et non verbal. J'ai eu confirmation de ces éléments par mes recherches documentaires. En effet, l'équipe soignante mais aussi le patient, communiquent énormément à l'aide du langage non-verbal, et ce, presque toujours inconsciemment. Les infirmiers ont insisté sur le fait qu'il fallait être attentif à notre communication verbale et non-verbale, mais qu'il fallait également essayer d'analyser la communication du patient, afin de « cerner » au mieux la situation et le ressenti de celui-ci. Cette notion est appelée Feed Back, énoncé dans le cadre conceptuel.

Dans les entretiens et les recherches réalisées, j'ai pu remarquer plusieurs exemples de communication non-verbale. Comme la proxémie, le contact physique et également le contact visuel.

De plus, le cadre conceptuel est le seul à expliquer un autre type de communication, « la communication non-violente ».

Les expériences que j'ai vécu sur les terrains de stage, m'ont fait prendre conscience que ma communication avec les patients n'était pas toujours adaptée, et particulièrement lors des situations d'urgence. Ce stage aux urgences m'a permis d'y remédier et j'ai alors compris l'importance de notre communication, en tant qu'infirmier, lorsque l'on prend un patient en soin.

Ainsi, grâce à ce travail de recherche, j'ai pris conscience que la communication non-verbale pouvait, sans le vouloir, faire passer énormément de messages à notre interlocuteur, et inversement, d'où l'importance d'y prêter une attention particulière. En tant que future professionnelle de santé, je serai vigilante au non verbal du soigné et au mien afin de m'adapter à la personne et donc potentiellement changer ma façon d'accompagner.

2. L'influence des soins relationnels en situation d'urgence

Lors de mes entretiens, cette notion qui n'est pas dans le cadre conceptuel est ressortie. Les infirmiers expriment une influence plutôt positive, ils ont abordé les termes de réassurance, d'apaisement.... Ainsi, ils expliquent, que les soins relationnels sont une étape très importante dans la prise en soins. Je peux en déduire que l'aspect relationnel du soin devient un soin lui-même.

Utiliser les bons modes de communication, cela peut faire toute la différence et éviter certaines situations délicates.

Les expériences que j'ai vécu sur les différents terrains de stages et depuis l'arrivée du COVID et par conséquent les masques, font que beaucoup de soignants expriment leur mécontentement.

Effectivement, ils évoquent l'aspect négatif du masque. Le fait de cacher une grande partie du visage a des répercussions sur la communication non-verbale. Cependant, le port du masque nous amène à envisager une prise en soin différente. Effectivement nous devons être davantage à l'écoute, plus attentionné et plus précautionneux.

Par exemple l'altération d'un sens (cécité, surdité...) oblige l'individu à développer ses autres sens.

Selon moi les masques ont le même impact. Malgré la barrière du masque, les soignants peuvent la contourner en utilisant d'autres formes de communications comme le toucher, la gestuelle, la posture, le regard... Ainsi, je peux dire que les êtres humains s'adaptent à tout et que, nous, les soignants, avons cette capacité.

3. La mise en place d'une relation soignant-soigné aux urgences

Lors des analyses de mes entretiens, j'ai pu remarquer que la mise en place d'une relation soignant-soigné aux urgences peut parfois être facile ou difficile. En effet, ce qui m'a le plus enrichi ce sont les situations vécues et évoquées par les infirmiers. Un des IDE m'a expliqué que lors d'une prise en soin, la relation soignant-soigné n'a pas été possible. Alors que les recherches documentaires voient seulement la relation soignant-soigné d'un  cil positif et ne voient pas les limites de cette relation. Les auteurs évoquent également les trois attitudes de la part du soignant afin de mettre en place une relation soignant-soigné de qualité.

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

De plus, les infirmiers parlent de la notion de « transférabilité » qui va influencer notre mise en œuvre de cette relation. Effectivement, je serais d'avis pour dire que ce mécanisme peut apporter énormément à la relation soignant/soigné.

En tant que future professionnelle, je serais attentive au vécu du patient ainsi qu'au mien afin de m'adapter et adapter au mieux la relation soignant-soigné. En effet, selon moi la relation soignant-soigné est fondamentale dans le prendre soin d'un patient aux urgences. De plus, l'histoire personnelle du soignant peut enrichir selon moi, cette relation avec le patient, car le soignant peut faire référence à un proche ou à sa situation personnelle. Je pense que je pr terai d'autant plus attention à ma façon de me comporter, de prendre le temps pour les soins par exemple.

C. Le prendre soin

1. La vision du « care »

A travers les ouvrages que j'ai lus, la notion « care » se traduit par « prendre soin ». Les infirmiers interrogés soulignent cette définition en ajoutant que c'est un programme qui va répondre aux besoins du patient tant sur les soins techniques que relationnels. « C'est un tout qui a pour objectif de soigner le patient sous toutes les dimensions possibles. »

Néanmoins, dans le cadre conceptuel, j'ai divisé le prendre soin sous différentes parties : le care, caring et cure. Le « care » désigne l'action de soigner, ce sont les soins habituels, les soins d'entretien alors que cure ce sont les soins curatifs, de réparation et de restauration. Alors que lors des entretiens, les réponses portaient davantage sur le prendre soin infirmier. De plus, j'ai découvert grâce aux entretiens qu'il existe différents types de prendre soin : l'aspect somatique, psychologique et social. Ainsi la notion « care » est très vaste et varié selon les IDE interrogés.

En ce qui concerne mon avis sur le prendre soin, je dirais tout d'abord que c'est un des piliers prépondérants du métier d'infirmier. Selon moi, le prendre soin d'un patient, c'est le fait de prendre en soin le patient dans sa globalité, en respectant ses besoins et ses choix, tout en respectant son entourage, son mode de vie, ses habitudes de vie, ses souhaits et besoins.

2. Le prendre soin aux urgences

J'ai eu la chance d'interviewer des infirmiers d'un service d'urgence qui m'ont apporté beaucoup de connaissances. Comme dit précédemment, le « prendre soin » est composé de multiples dimensions : somatique, social et psychologique. Souvent, le prendre soin de la dimension sociale est inexistante aux urgences.

Le cadre conceptuel est le seul à évoquer la déontologie dans le prendre soin infirmier. Cet article explique que « dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité. Hors le cas des urgences est celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité. Un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle. ». Alors que les infirmiers n'en parlent pas.

Les infirmiers interrogés parlent également de la notion de « temps », dans un service d'urgence où tout va très vite. Néanmoins, il est possible de prendre en soin un patient dans sa globalité au vue du peu de temps qu'il nous est imparti.

En tant que future professionnelle, le prendre soin aux urgences représente pour moi, une réelle importance dans notre profession, car le patient est au cœur du soin, et pour que cela lui soit

bénéfique, il est indispensable de pouvoir y répondre. Il n'y a pas que l'aspect somatique qui existe il y a d'autres aspects importants.

3. L'organisation nuit/jour aux urgences

J'ai décidé de réaliser une partie sur l'organisation des urgences et sur les différences de prise en soin entre le jour et la nuit. Effectivement, cela peut débuter par les effectifs réduits lors des nuits.

En tant que future professionnelle, je ne me focaliserai pas sur la nuit ou seulement le jour. Selon moi, être de jour ou de nuit à des points positifs comme des points négatifs. Je suis convaincue que peu importe notre prise en soin qu'elle soit de nuit ou de jour, elle m'apportera énormément de savoir-faire et de savoir-être.

Ainsi, après l'analyse de l'ensemble des éléments abordés lors de la réalisation du cadre conceptuel et de l'enquête exploratoire de ce travail j'ai pu relever quelques hypothèses qui pourrait répondre à ma question de départ. Par exemple est-ce que les différentes formes de communication en situation d'urgence vont-ils élargir notre prendre soin infirmier ? Est-ce que les différents types de communication verbale et paraverbal sont-ils un avantage dans le prendre soin aux urgences ? Ou encore est-ce qu'une situation d'urgence limite la mise en œuvre de soins relationnels dans notre prendre soin infirmier ?

Si je devais poursuivre mon questionnement de recherche, je suis parvenue à la reformulation de ma question de recherche qui est : dans quelle mesure les soins relationnels peuvent-ils influencer le prendre soin infirmier d'un patient en situation d'urgence ? serait : En quoi la collaboration dans l'équipe soignante peut-elle influencer le prendre soin infirmier d'un patient en situation d'urgence ?

VI. Conclusion

Ce travail de recherche marque la fin de mes trois années d'études en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Cette formation a permis de me construire une identité professionnelle au travers de mon parcours de stages qui ont été riches et variés. En effet, une situation m'a interpellé et questionné, notamment l'influence des soins relationnels sur le prendre soin infirmier d'un patient en situation d'urgence.

J'ai pu mettre en évidence les questionnements que j'ai pu me poser à la suite de ma situation d'appel, afin de définir ma question de départ qui est : Dans quelle mesure les soins relationnels peuvent-ils influencer le prendre soin infirmier d'un patient en situation d'urgence ?

Par la suite, j'ai orienté mes recherches et mes lectures sur trois grands concepts que j'ai pu mettre en évidence lors de ces questionnements et qui sont l'essence même de mon mémoire : l'urgence, les soins relationnels et le prendre soin. J'ai donc cherché des ouvrages, des articles, des sites internet en lien avec ces grandes notions. Il m'a fallu définir ces trois concepts et les mettre en lien. Mes différentes lectures et recherches ont permis d'apporter de réels apports théoriques à mon cadre conceptuel.

J'ai ensuite interrogé deux infirmiers avec l'aide d'un guide d'entretien. Ils m'ont apporté de nombreuses informations permettant d'enrichir mes éléments de réponse et les échanges furent très intéressants et enrichissants. À la suite de cela, j'ai pu réaliser l'analyse de ces deux entretiens. J'ai ensuite mis en corrélation mon cadre conceptuel et les apports théoriques, avec le terrain professionnel, afin de disposer davantage de ressources, et de différents points de vue.

Pour finir, j'ai rédigé une discussion dans laquelle j'ai apporté mon avis et mon positionnement professionnel. Puis j'ai mis en corrélation avec la théorie et les ressentis des deux infirmiers.

A travers la réalisation de ce mémoire, j'ai recueilli de nombreux éléments qui vont m'être bénéfiques lors de mon exercice professionnel en tant qu'infirmière. Les soins relationnels étant au cœur de ce métier, je trouvais primordial d'approfondir ces notions et d'améliorer mes compétences afin de pouvoir les mettre en pratique dans ma future fonction. De plus je terminerais par dire que ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers, a été une opportunité de me faire évoluer sur divers aspects, notamment dans ma pratique professionnelle en situation d'urgence.

A l'issue de ce travail de recherche, un questionnement demeure tout de même. Je souhaiterais faire une ouverture sur un questionnement qui m'a marqué : En quoi la simulation en santé en pluridisciplinarité peut-il influencer le prendre soin infirmier en situation d'urgence ?

VII. Bibliographie

Ouvrages :

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

Argently, Jean et Régine Maufoux-immérgout (2012) Précis de soins relationnels. De LAMARRE

Darras E., Hesbeen W., Honoré B., De haas J., Delcourt B., Gelas S., Gueibe R., Hees M., Maisons-honoré L., Mehl L., Petit C., Schmitt B., Schurmans M., Weber D.(2000) Prendre soin dans le monde. De Seli Arlan. De Seli Arslan

Hesbeen, Walter (2007) Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. De Masson

Hssain I., Piedade I., Benveniste R., Marc B., Miroux P.(2021) Guide infirmier des urgences (2ème édition). De Elsevier Masson

Jacques Salomé, (2003) Relation d'aide et formation à l'entretien. De Broché

Massebeuf A., Manoukian A. (2008) la relation soignant-soigné (3^{ème} édition). De LAMARRE

Phaneuf M., (2011) La relation soignant soigné rencontre et accompagnement. DE Chenelière Education

Articles de revues :

Danet F., Pierru F. (11/09/2019) l'histoire des urgences pour en comprendre la crise. France culture :<https://www.franceculture.fr/societe/lhistoire-des-urgences-pour-en-comprendre-la-crise#:~:text=L%27histoire%20des%20urgences%20%C3%A9clair%20la%20crise%20actuelle.%20Cr%C3%A9%20es,60%2C%20les%20services%20d%27urgence%20sont%20aujourd%27hui%20en%20crise>

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

Feldman-Desrousseaux, Eliane (12/2006) Prendre soin dans la parole : écoute soignante. Perspective soignante (27). 6-25

Formarier M. (2007) la relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers (n°89)

Guimelchain-Bonnet Michèle (10/2010) Les soins relationnels. L'aide-soignante (120). 13-21

Hesbeen, Walter (1999) La caring est-il prendre soin ? Perspective soignante (4). 30-48

Hirslanden-Gruppe (10/07/2019) « Un métier particulièrement gratifiant » :
<https://blog.hirslanden.ch/fr/2019/07/10/un-metier-particulierement-gratifiant/>

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

Michaux, Lise (2017) Les mots prendre soin. Perspective soignante (58), 45-73

Rothier Bautze E. (10/2019) Evolution de la relation dans les soins, La revue de l'infirmière (254) p16-18

Steg A. (2018). L'accueil des patients aux urgences, un défi. Revue Soins, N°825 Mai 2018, page 32-33

Dictionnaire :

Académie française (s.d) Le relationnel Dans le dictionnaire de l'académie française. Consulté le 6 décembre 2021 sur <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R1461>

Académie française (s.d) soin Dans le dictionnaire de l'académie française. Consulté le 6 décembre 2021 sur <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A8S1090>

Dictionnaire Larousse (s.d) communication verbale. Dans le dictionnaire Larousse. Consulté le 13 décembre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Dictionnaire Larousse (s.d) ugence. Dans dictionnaire larousse. Consulté le 16 décembre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>

CNRTL (Centre national de ressources textuelles et lexicales) (s.d) soin dans CNRTL. Consulté le 14 décembre 2021 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>

Formarier Monique (2012) prendre soin. Dans les concepts en sciences infirmières (p.328, 2^{ème} édition). De Mallet conseil

LégiFrance (s.d) Article R4312-12 / Article R4311-14. Du Code de déontologie infirmière sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/

Magnon R., Déchanoz G., Bec J. (2005) dans dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. (3^{ème} édition). De Masson

Paillard Christine (2021) care et caring. Dans dictionnaire des concepts en sciences infirmières (p.595, 5^{ème} édition) De SETES

Paillard Christine (2021) relation. Dans dictionnaire des concepts en sciences infirmières (p.595, 5^{ème} édition) De SETES

Paillard Christine (2021) prendre soin. Dans dictionnaire des concepts en sciences infirmières (p.595, 5^{ème} édition) De SETES

Paillard Christine (2021) urgences. Dans dictionnaire des concepts en sciences infirmières (p.595, 5^{ème} édition) De SETES

Cours :

Christine LEBIHAN (12/02/2020) U.E 4.02 Soins relationnels : théories de la communication » de l'Unité d'Enseignement 4.2 Semestre 2

Christine LEBIHAN (31/08/2020). Présentation de l'U.E 4.2 soins relationnels de l'Unité d'Enseignement 4.2 Semestre 3

Yoann DIROU, Antoine GUILLOUET et Murielle LASBLEIZ (11/05/2021) « L'organisation des urgences en France : les missions d'un service d'urgence, le "triage" des patients à l'arrivée aux urgences et le parcours du patient. Le rôle et les missions de l'infirmier(ère) dans les différents secteurs des urgences. » de l'Unité d'Enseignement 4.3 Semestre 3

VIII. Annexes

A. Situation d'appel

Au cours de ma troisième année d'études en soins infirmiers, j'ai réalisé un stage dans un service d'urgences. Je suis affectée pour l'après-midi en SAUV appelé « déchoquage » qui est l'une des unités des urgences.

Mme X est entrée au déchoquage pour une alerte thrombolyse c'est-à-dire une suspicion AVC. En effet, lorsqu'un patient rentre à l'hôpital pour ce motif, leur prise en soin est très rapide, « c'est une course contre la montre ».

Une fois arrivé en SAUV, chacun a son rôle : l'aide-soignante met la patiente en chemise de l'hôpital, l'infirmière pose les deux voies veineuses, je prends les constantes dont la tension aux deux bras, en même temps le neurologue réalise son examen. Tout va très vite. Mme X, a 50 ans et est très anxieuse. C'est son époux qui a appelé le SMUR car elle présentait une hémiparésie du côté gauche ainsi qu'une agnosie et une aphasia. Une fois arrivée au déchoque, le SMUR nous transfère Mme X sur un de nos brancards et nous fait rapidement les transmissions.

Nous nous occupons d'elle, pendant que le SMUR part faire son entrée administrative. Elle est très paniquée car elle est consciente de ce qu'il se passe mais ne parvient pas à communiquer avec les soignants à cause de son trouble. Cependant, elle entend tout ce qu'il se passe autour d'elle, d'où l'intérêt pour nous de garder notre calme et de ne pas montrer un stress communicatif. L'infirmière, l'aide-soignante et moi-même avons une voix posée, la plus calme possible pour apaiser l'ambiance anxiogène de la situation. En effet, nous nous activons autour d'elle sans nous précipiter mais il faut tout de même aller très vite pour une prise en soin rapide. J'observe qu'il n'y a aucune précipitation dans ce que mes collègues expliquent à la patiente et dans les gestes qu'elles réalisent. L'infirmière, l'aide-soignante et moi-même parlons en permanence d'une voix calme et lente à Mme X, et lui expliquons au fur et à mesure les gestes que nous posons afin de la rassurer. Nous cherchons à capter son regard pour maintenir une communication non-verbale, notamment par le toucher, en serrant les mains, en posant notre main sur l'épaule de Mme et ainsi pour manifester notre soutien permanent. Lorsque nous lui parlons, nous la regardons droit dans les yeux afin que la patiente reste consciente et se focalise sur la personne qui lui parle. Je remarque que le vocabulaire utilisé est réfléchi. L'infirmière se veut rassurante à travers les propos plutôt positifs qu'elle utilise, tel que « ça va aller ! vous êtes à l'hôpital » « tout va bien se passer ! » ou encore « nous sommes là, respirez » Nous faisons en sorte de toujours rester dans le champ de vision de Mme X pour qu'elle ne se sente pas délaissée dans l'ensemble de sa prise en soin. Une fois nos soins terminés, nous l'amenons à l'IRM et la laissons aux mains expertes des neurologues.

B. Guide d'entretien

Cet entretien se fait au cours d'un mémoire de ma 3^{ème} année d'infirmière. Ce mémoire servira seulement dans le cadre de ma formation infirmier et restera anonyme

Acceptez-vous d'être enregistré ?

1. Pouvez-vous me présenter rapidement votre parcours infirmier ?

Relance :

- Depuis combien de temps exercer vous aux urgences ?
- C'était votre choix ?

Prise en soin aux urgences

2. Qu'est-ce que c'est pour vous, en tant que professionnel, une situation d'urgence ?

Relance :

- Quelles sont les priorités/priorisation ?
- Comment vous sentez-vous en situation d'urgence ? Aux gestes à effectuer ?
- Quel est selon vous le vécu du patient ?
- Quelle est la place de l'entourage dans ces situations ?
- Et en ce qui concerne l'équipe, leur collaboration pouvez-vous m'en dire davantage ?
- Comment voyez-vous le prendre soin en équipe aux urgences ?

Le relationnel

3. Selon vous que représente les soins relationnels ?

Relance :

- En quoi les soins relationnels ont-ils une influence dans la prise en soin aux urgences ?
- Gérez-vous souvent des situations d'urgences vitales ?

4. Quelle est pour vous la place du relationnel aux urgences (famille, relation soignant soigné, organisation) ?

Relance :

- Avez-vous le temps, dans la précipitation, de mettre en place une relation soignant soigné ?
- La relation soignant-soigné est-elle primordiale dans l'urgence, dans un premier temps ?

Prendre soin

5. **Qu'est-ce que le care pour vous (côté chaleur humaine, empathie, bien-être physique, mental, social...)?**

Relance :

- Le care prend-il une place importante aux urgences ?
- Avez-vous le temps de prendre soin le patient dans sa globalité aux urgences ?

Avez-vous des éléments à ajouter ? Merci beaucoup de m'avoir accordé de votre temps. Cet entretien restera anonyme.

C. Retranscriptions entretiens

1. Entretien IDE 1

Etudiant : Cet entretien se fait au cours d'un mémoire de ma 3^{ème} année d'infirmière. Ce mémoire servira seulement dans le cadre de ma formation infirmier et restera anonyme. Acceptes-tu d'être enregistré ?

IDE : oui bien sur

Etudiant : Alors peux-tu te présenter rapidement et ton parcours infirmier ?

IDE : Je m'appelle * j'ai 30 ans, je suis diplômé infirmier de 2019, j'ai travaillé un an en tant qu'infirmier en soins intensif digestif, j'ai travaillé après un an en maladie infectieuse et depuis le mois de juillet 2021 je suis aux urgences du CHU de Rennes

Etudiant: Du coup c'était ton choix de travailler aux urgences?

IDE : alors c'était mon choix, on va dire oui, en fait je voulais rester en maladie infectieuse mais il n'y avait pas de poste donc voilà j'ai eu plusieurs choix et les urgences étaient un de mes choix, c'était un service que j'avais déjà fait en stage de troisième année.

Etudiant: ça te plaît ?

IDE : ouais c'est vraiment sympa les urgences

Etudiant : Tu travailles la nuit ?

IDE : oui c'est ça de nuit, avant je faisais du jour de la nuit mais pour l'instant je fais que de la nuit mais ça me plaît. Le rythme 12h c'est quand même pas mal.

Etudiant : Alors parlons des urgences. Qu'est-ce que c'est pour toi en tant que professionnel une situation d'urgence ?

IDE : Pour moi c'est une situation où le patient est en urgence vitale immédiate sans geste rapide de notre part. donc que ce soit sur une ARCP, sur qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre ? sur un choc hémorragique, sur tous les états de choc et aussi les urgences qui sont un peu moins urgentes mais les crises épilepsie ou les états de mal épileptiques et tous ce qui est alerte thrombolyse. Voilà pour moi je dirais ce qu'est une urgence. Voilà globalement si on laisse le patient comme ça, il va décéder rapidement

Etudiant : Beaucoup de choses.

IDE : oui

Etudiant : Ensuite quelles sont les priorités, les priorités de l'urgence ?

IDE : Une priorité déjà c'est de sauver le patient très clairement, et mes priorités se serai de bien réaliser mes gestes que moi j'ai à faire voilà tous ce qu'on a à faire et c'est vrai je n'ai pas beaucoup d'expérience ça fait 2 ans et demi que je suis diplômée, 11 mois que je suis aux urgences. Moi la priorité c'est de bien faire les gestes et c'est vrai que le relationnel passe un petit peu après parce que je n'ai pas assez d'expérience je pense et c'est ce qui me fait beaucoup... sur une sur une grosse urgence. Je suis très focalisée sur ce que je dois faire pour être sûr de pas faire d'erreur et bien faire pour sauver mon patient.

Etudiant : Et comment te sens-tu en situation d'urgence ? Aux gestes à effectuer par exemple ? comme tu as pu le dire tu es plus centré sur les gestes

IDE : Bah franchement je me sens plutôt bien après je n'en fais pas assez et c'est que même si on travail aux urgences on en fait pas très souvent des urgences mine de rien et les vraies urgences on en fait pas tant que ça. J'ai fait plus d'urgences dans d'autres services qu'aux urgences finalement récemment j'ai fait un remplacement en maladie infectieuse donc j'ai fait un arrêt cardiaque alors que je n'en avais pas fait depuis un an et demi. euh... c'était quoi le début de la question déjà ? je suis partie un peu loin je crois

Etudiant : Comment te sens-tu ...

IDE : Ah oui ! c'est vraiment l'expérience qui joue énormément

Etudiant : tu ne te sens pas stressé, débordé... ?

IDE : bah en fait quand c'est quelque chose que je connais que j'ai déjà vu. Typiquement un ACR (arrêt cardio respiratoire), je suis protocolé dans ma tête je me dis qu'il faut que je fasse ça fasse ça, ça et ça et je les fait donc voilà typiquement là-dessus ça va mais d'autres choses ou par exemple sur quelque chose que je n'ai jamais vu un choc cardiogénique par exemple je serai plus stressé parce que je ne sais pas en fait ce que le médecin à l'avance va demander et donc je serai encore plus concentré et je serai moins serein alors que sur un ACR ou sur un choc hémorragique qu'on avait régulièrement en maladie infectieuse par exemple donc là c'est pareil j'avais l'habitude je savais ce qu'il avait à faire et je sais faire c'est quand même plus facile

Etudiant : Ensuite quel est selon toi le vécu du patient aux urgences en général ?

IDE : franchement je pense qu'il n'est pas bon

E/IDE : *rires *

IDE : Ben non mais c'est triste à dire mais y'a quand même peu de gens qui ressortent contents des urgences entre les temps de prise en charge on n'a pas le temps de voir les patients on n'a pas le temps de discuter avec eux. Ils restent 5h pour au final qu'on leur dise que ça peut être vu en consultations externes enfin franchement moi je serai à leur place je serai saoulé et ça peut se comprendre et je ne pense vraiment pas qu'il y a une bonne prise en charge aux urgences.

Etudiant : Et entre le public et le privé c'est différent ?

IDE : en privé dès que c'est un peu compliqué ils renvoient. Après pour une fracture du poignet bah oui ils peuvent faire des bonnes pris en charge ça dur une demi-heure ils ont fait leur radio ils ont eu leur plâtre, ce n'est pas le même travail. C'est aussi un problème de personnel enfin parce que quand on a 25 patients et qu'on est tout seul bah tu peux faire ce que tu as envies mais y'a un moment ça ne va pas le faire.

Etudiant : Et la place de l'entourage aux urgences ?

IDE : il n'y en a pas, enfin en service classique peut être un peu plus parce qu'ils peuvent être plus facilement présent quand ça ne va pas alors qu'aux urgences on bloque l'entrée à tout le monde il y a qu'au déchoch où ils peuvent avoir accès s'il y a vraiment une urgence vitale ou pour des patients qui sont mineurs mais c'est vrai que la place de l'entourage clairement on voit comment ça se passe et puis on se rappelle l'entourage. Et aussi pour les fins de vie finalement c'est vrai que c'est un peu le problème même si on aimerait bien qu'ils puissent avoir quelqu'un à coté d'eux leur dans leur box c'est peu compliqué.

Etudiant : Et en ce qui concerne l'équipe ? leur collaboration ? Est-ce que tu peux m'en dire un petit peu plus ?

IDE : leur collaboration avec ?

Etudiant : l'équipe en général par exemple avec les médecins, les internes, les infirmiers, les aides-soignants

IDE : Ah part quelques médecins un peu spéciaux on va dire qu'il y a une bonne collaboration franchement il y a une super ambiance enfin de nuit après je ne connais pas l'équipe de jour donc...

Il y a quand même une bonne ambiance dans l'équipe de nuit il y a de l'entraide, quand on a besoin d'un médecin il est là, même si tu le réveilles à 4h du matin il est un peu chonchon mais il va quand même venir. Voilà si on a besoin de quelque chose et puis en plus on a de la chance aux urgences aussi c'est qu'on a pleins de protocoles. On peut faire plein de choses sans médecin, on peut faire de

l'antalgie sans médecin, on prélève on gagne énormément de temps parce qu'on n'a pas besoin de médecins et ça c'est quand même un plus dans la prise en charge.

Etudiant : Vous anticipez beaucoup ?

IDE : oui on anticipe. Typiquement quand je travaillais en maladie infectieuse la nuit en fait quand on a besoin 1g de doliprane à 5h du matin on est obligé d'appeler l'interne du pôle pour qu'ils voient le dossier pour savoir si on peut en donner et puis tu vas 5h du mat pour 1g de doliprane il est un peu vénère voilà tu n'as pas ce soucis aux urgences c'est tout bête mais le gramme de doliprane à 5h du mat tu le donnes. Il faut bien que je valorise les urgences quand même.

Etudiant : Alors comment vois-tu le prendre soin en équipe aux urgences ? entre infirmiers et aide-soignante

IDE : c'est à dire prendre soin ? La place de l'infirmier dans l'équipe ou par rapport aux patients

Etudiant : oui les deux

IDE : Il faut et il y a une bonne collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants. On est présent les infirmiers mais je pense que les aides-soignants ont plus de temps pour être présents pour les patients parce que différents types de charge de travail, des choses qu'on fait qu'ils ne font pas. Je pense que nous on essaye de passer le maximum de temps mais les aides soignant ont quand même plus de temps que nous pour passer du temps pour se poser, pour s'arrêter, pour discuter un petit peu et je pense que les soins relationnels c'est un peu plus eux qu'ils le font même si nous on en fait quand on fait des gestes quand on vient voir les patients donc on arrive on fait une prise de sang puis on revient 3h après alors que les aides-soignants sont là pour mettre un bassin ou pour autre chose et je trouve qu'il y a plus facilement je pense de discussion et de soins relationnel avec les aides-soignants. Pareil pour dans les autres services généralement il y a plus de aides-soignants c'est souvent un peu plus que nous.

Etudiant : Ensuite passons sur le relationnel, selon toi que représente les soins relationnels ?

IDE : C'est une part importante du soin je pense surtout aux urgences les patients quand ils viennent ils sont angoissés en général quand on vient d'urgence c'est souvent pour ça et le soin relationnel il est primordial parce que ça peut déjà poser les choses et déstresser un peu les patients et ça peut leur faire beaucoup de bien. Parce que les personnes qui viennent aux urgences c'est souvent du psychosomatique, et déjà si tu l'es déstresse ça va beaucoup. Typiquement j'ai eu une entrée hier en unité COVID, il est arrivé hier soir en détresse respiratoire en fait en discutant finalement il se pose et en fait il va très bien mais voilà c'est juste que de angoisse et le soin relationnel je trouve est

vachement important là-dessus parce que des fois on peut finalement juste en discutant pas besoin de médicaments pas besoin de traitement pas de médecins on discute un peu 5/10 min et puis finalement le patient va mieux et c'est juste un petit coup de stress.

Etudiant : Donc les soins relationnels englobent la communication verbale.

IDE : oui tout à fait

Etudiant : Souvent la communication verbale et non verbale vont de pair est ce que ces communications sont présente dans les soins relationnels ?

IDE : oui, oui il y a également une communication non-verbale, le touché, tous les gestes, le contact physique, l'expression faciale aussi, qui est difficile avec le masque.

Etudiant: gères-tu souvent des situations d'urgences vitales ?

IDE : bah moi pas tant que ça finalement vu que je ne fais pas de déchoc après bah voilà j'en fais plus dans d'autre service mais j'en ai fait quelques-unes oui c'est vrai. J'ai un souvenir d'un choc hémorragique, un patient anglais qui appelait sa femme alors qu'il était en train de vomir du sang

Etudiant /IDE : rires

IDE : Si si et là très important la place de la femme dans cette situation-là d'ailleurs. Donc oui j'en fais quand même quelques.

Etudiant: Du coup les soins relationnels dans ces situations là et ce qu'ils ont une influence dans la prise en soins ?

IDE : oui comme je le disais dans la question d'avant sur le côté de l'angoisse franchement le soin relationnel ça peut vraiment apaiser les gens sur une situation d'urgence ce n'est pas ça qui va les sauver mais ça peut que faire du bien. Je me rappelle d'une situation quand j'étais en stage aux urgences on a eu un patient qui faisait un infarctus du myocarde à l'IAO et on l'a envoyé en urgences en coro, on l'a emmené, j'étais avec le médecin et l'infirmier et en fait le médecin était tellement dans son trucs que je me rappelle parce que ça m'a choqué c'est qu'il disait tout, tout fort et elle expliquait rien au patient. « vas-y fait l'ECG, met les patchs du défibrillateur au cas ou il fait un arrêt sur le trajet » j'étais à côté je me rappelle j'étais surpris et on était sur le trajet jusqu'au CCP (centre cardio pneumo) et on a du passer par les souterrains et le sol n'est pas droit partout et ça tapait donc ça faisait sonner le défibrillateur en alarme donc le patient ça le faisait stresser et c'était super compliqué de lui expliquer, après on s'est posé un petit peu en attendant l'entrée en coronarographie, j'avais discuté un petit peu avec lui mais c'est vrai que c'était compliqué quoi en plus tout le monde s'agitait autour de lui. Lui il a juste un peu mal dans la poitrine. C'était wouah !!

Dans ce cas-là, j'étais le petit étudiant, je venais d'arriver en stage, je ne comprenais pas tout. Sur le coup je n'avais pas trop fait de soins relationnels c'était typiquement comme je te l'ai dit tout à l'heure la technique. On fait ce qu'on sait faire et on voit le patient après et je pense qu'on aurait dû lui en parler un peu plus avant

Etudiant: Après dans la précipitation ...

IDE : ouais c'est ça parce que le médecin était au téléphone avec le coro et elle lui disait qu'il allait sûrement faire un arrêt dans le box de l'IAO

Etudiant : As-tu le temps, dans la précipitation, de mettre en place une relation soignant soigné ?

IDE : Après ça dépend de la situation, il y a des situations où c'est urgent mais tu as le temps un petit peu je pense de te poser de discuter et de faire un petit peu de soin relationnel mais parfois il y a des situations d'urgence où ça va être compliqué sur un ACR par exemple mais il y a des situations typiquement des chocs hémorragiques où bah finalement t'es là ton patient il est en train de faire son choc mais ton sang est posé toi t'as fait ce fallait faire. Tu restes à le surveiller et puis tu as largement le temps de prendre du temps quoi. Parfois dans l'urgence des fois tu peux prendre 5 min pour discuter un petit peu, d'expliquer, de rassurer on peut quand même trouver du temps.

Etudiant : Dans la situation de l'infarctus en y repensant, est-ce qu'avec l'expérience tu aurais pu mettre en place des soins relationnels.

IDE : Je pense qu'en tant d'étudiant je n'aurais pas pu, l'infirmier présent non plus il y avait beaucoup trop de soins à faire mais par contre je pense que le médecin aurait peut-être pu discuter et expliquer la situation au patient. Il a su qu'il partait en coro quand on était dans l'ascenseur. Mais en fait entre poser une voie, faire l'ECG, mettre l'aspegic j'avoue que l'infirmier n'a rien vu passer. Dans cette situation moi j'aurais pu être, le médecin peut-être mais pas l'infirmier. Finalement il a été sauvé quand même

Etudiant: C'est le principal.

IDE/E : *rires*

Etudiant : La suite, qu'est-ce que le care pour toi ?

IDE : le care ? ça fait longtemps que je suis sorti de l'école. Il fallait m'envoyer un topo pour que bosser avant de venir.

Etudiant: le care c'est l'ensemble soin qui va permettre le bien-être physique, mental c'est le prendre soin

IDE : oui c'est ça

Etudiant : En fait je dis des mots compliqués mais voilà c'est ça c'est le prendre soin.

IDE : oui c'est le prendre soin. Tu as résumé

Etudiant : Oui j'ai répondu à ma question

IDE : oui oui c'est quand même ça. C'est un ensemble soin qui permet d'accéder au bien-être physique, mental après il a le côté social je pense qu'on voit énormément aux urgences. Il y en a tellement qui sont dans la misère sociale mais ce n'est quand même pas le premier aspect qu'on prend en charge en premier. En soit on commence la prise en soin au niveau somatique puis au niveau psychiatrique et la partie sociale en dernier. Et le social c'est vraiment ce qui passe sur en dernier. C'est vraiment le somatique et après on voit pour le reste. Et pareil pour les médecins c'est compliqué pour eux parce que je pense qu'ils aimeraient bien essayer de se poser un petit peu et faire des soins relationnels avec les patients mais ils n'ont pas spécialement le temps non plus.

Un nouveau senior qui est arrivé il n'y a pas très longtemps et elle dit moi je ne veux pas faire de maltraitance soignante donc je prends mon temps avec les patients, c'est plutôt bien hier soir elle était en module B1 et ce matin ils ont fait sortir 15 patients en B2 contre 5 en B1. Elle prend son temps mais est ce qu'il n'y a pas un juste milieu aussi.

Etudiant : Le prendre soin a-t-il une place importante aux urgences ?

IDE : Bah oui parce que déjà t'as tous le côté somatique les patients qui viennent aux urgences c'est quand même pour quelque chose. Après dans d'autres services, il y a des patients ou ils ne leur font pas grand-chose par exemple en médecine aigue gériatrique en fait il y a beaucoup de patients ou somatiquement ils vont bien mais en fait ils attendent juste une place en EHPAD en fait c'est plus du sociale. Aux urgences de tant en tant on attend une place d'hébergement d'urgence. Mais c'est vrai qu'il y a toutes les dimensions du prendre soin aux urgences maintenant que tu m'en parles : du somatique, du psychologique et du social.

Etudiant : du coup aux urgences tu as vraiment le temps de prendre soin le patient dans sa globalité ?

IDE : Parfois non, franchement. Le but des urgences en général, j'ai l'impression que c'est un peu ça pour tout le monde, on voit le côté somatique et le reste on verra plus tard. Par exemple il vient pour des douleurs abdominales, il vient pour des céphalées... on s'occupe de ça, quand ça s'est fait on voit pour le reste c'est annexe et c'est un peu ça l'idée en général. Après si le motif d'entrée est psychiatrique bon là il est directement dirigé vers la psychiatrie mais globalement c'est ça qu'on fait. On s'occupe du côté somatique le reste ça passe un peu à la trappe. On se dit que ce sera vu de jour avec l'assistante

sociale ou avec le psychologue surtout la nuit après je ne sais pas comment c'est fait de jour mais c'est vrai que la nuit on fait le somatique le reste on verra

Etudiant : Il y a vraiment une grande différence entre le jour et la nuit sur la prise en soins ? Est ce qu'elle est vraiment différente ? Les urgences sont toujours « réveillées »

IDE : Je n'ai jamais travaillé de jour aux urgences mais à ce qu'on m'a dit et de mes souvenirs de mon stage, la prise en soin n'est pas du tout la même on n'a pas le même travail même si c'est ouvert 24h/24 la nuit on a quand même beaucoup OH et des personnes qui viennent juste pour des hébergements, nos habitées et tu vois ce sont des choses que tu n'as pas la journée. Ce qui fait finalement que la nuit on fait plus de social alors qu'on n'a pas l'assistante social, rarement le psychologue alors que finalement est ce que ce ne serait pas à ce moment-là où l'on aurait besoin d'eux que la journée à 14h. Ce sont des questions comme ça à se poser. Peut-être que ton mémoire fera bouger les choses.

On est un peu plus autonome la nuit du fait qu'on a moins de médecins, on a moins de tout en fait on a moins d'accès à la radiologie, le laboratoire ce n'est pas le même fonctionnement. Enfin voilà y a plein de choses qui sont un petit peu différent. Mais on a une meilleur équipe la nuit.

Etudiant : tout à fait objectif !

IDE/Etudiant : *rires*

IDE : c'est ça c'est le principal

Etudiant : As-tu des éléments à ajouter ?

IDE : Non, si toi ça te va, si tu n'as pas d'autres questions

2. Entretien IDE 2

Etudiante : Cet entretien se fait au cours d'un mémoire de ma 3^{ème} année d'infirmière. Ce mémoire servira seulement dans le cadre de ma formation infirmier et restera anonyme. Acceptes-tu d'être enregistré ?

IDE : bien sur

Etudiante : Première question, peux-tu me présenter rapidement ton parcours infirmier ?

IDE : Ah oui alors j'ai un parcours un petit peu particulier donc je suis une jeune infirmière par le temps de travail infirmier je suis diplômée depuis 2016 et auparavant j'étais aide-soignant pendant 5 ans et avant d'être aide-soignante, j'étais ambulancière pendant 13 ans. Mon parcours est un petit peu particulier donc j'ai fait la promo 2013-2016. Voilà et puis je suis sorti de l'école je suis venue aux urgences c'était surtout l'endroit où je ne voulais pas venir et puis tu vois la direction m'a mis là donc j'étais là 6 mois ensuite j'ai fait un petit peu de (SDR) service de remplacement et puis après 8 mois en réa chir de nuit et puis comme je voulais repasser le jour pour des raisons personnelles je suis revenu aux urgences et au final c'est là que je me plais mieux

Etudiante : Du coup ça te plaît les urgences ?

IDE : ouais ouais et plus ça va plus ça me plaît parce que pour diverses raisons

Etudiante : les 12h peut être ?

IDE : Ouais les 12h aussi alors après parfois c'est dur mais on ne voit pas trop la journée passée, ça passe vite non on ne voit pas les journées passées sincèrement

Etudiante : Tu es aussi formée au déchocage et à l'IAO ?

IDE : Oui, oui. En fait au début on reste UH, à UHTCD après on fait un petit peu de secteurs long en B1 et B2 et ensuite quand on est un peu plus à l'aise en long. Enfin en général on fait environ 6 mois à l'UH après on passe en long et si tout va bien on fait du A du court et après pour l'IAO et le déchoc il faut une formation particulière.

Etudiante : La formation ?

IDE : c'est une formation de 6 jours donc ici on a une échelle c'est particulier suivant ce que nous donne les gens comme symptôme en fait on donne des codes et des couleurs et on oriente les gens en secteur long ou en secteur cours. On utilise la french c'est vraiment spécifique au CHU

Etudiante : Alors qu'est-ce que c'est pour toi, en tant que professionnel, une situation d'urgence ?

IDE : Alors une situation d'urgence. Ça peut être une urgence médicale mais ça peut être aussi psychologique quoi ça dépend. Ici on a des collègues infirmiers qui dépendent du CHP Guillaume Régnier qui eux ne sont pas en 12h mais qui sont du matin ou d'après-midi et qui s'occupe des urgences psychologiques, c'est plus spécifique et il y a un psychiatre qui est joignable tout le temps. Puis autrement, il y a les urgences médicales donc ici on a un déchoc donc c'est vraiment les urgences vitales, ça peut être des accidents de la route, ça peut être des hémoglobines basses pour x raisons, des gens qui sont en détresse qui ont été retrouvé dans le froid avec des constantes anormales. C'est des gens qui ont besoin d'être pris en charge rapidement, ouais plutôt rapidement

Etudiante : Ensuite, quelles sont les priorités aux urgences selon toi ?

IDE : Dans la prise en charge ?...

Etudiante : oui par exemple

IDE : La priorité c'est d'être bien formé déjà après comme je te disais tout à l'heure pour l'IAO et le déchoc il faut des formations spécifiques donc il faut parce que tu ne peux pas prendre en charge une personne correctement si tu n'as pas eu cette base-là. Après il faut avoir un bon médecin qui est accessible ici il n'y a pas de souci à qui tu transmets rapidement ce qu'on t'a dit à l'IAO à l'accueil et puis des bons collègues sur qui tu peux compter tu sais que t'es pas toute seule. Tu peux demander de l'aide n'importe quand parce que tout seul tu ne peux pas prendre en charge correctement les patients

Etudiante : Selon toi qu'elle est la priorité en ce qui concerne les urgences au niveau pathologique ?

IDE : ici on a tout ce qui est alerte thrombolyse. C'est un circuit très particulier, en fait les gens arrivent souvent ils sont orientés par le 15, le neurologue est déjà informé qu'il va y avoir une entrée. Donc les entrées auparavant elle se faisait à l'IAO classique maintenant elle se font au déchocs. Directement donc les gens arrivent sont pris en charge tout de suite. Il y a un appel au neurologue, ils sont perfusés, scopé tout ça. Il y a eu une étude qui a été fait, il n'y a pas très longtemps on est plutôt pas mal en ce qui concerna la prise en soin des alerte thrombolyse. En 15 minutes les patients sont déshabillés, perfusés, scopé. Je ne sais pas si tu as eu l'occasion de voir mais ce sont des patients qu'on prend rapidement en soin parce que ce qu'il y a un très gros enjeu, la thrombolyse derrière. Ensuite il parte à l'IRM rapidement puis en fonction des résultats, ils sont orientés en neurologie ou ils retournent secteur long.

Etudiante : Et comment te sens-tu toi en situation d'urgence ?

IDE : Ben pas toujours à l'aise. Enfin bon je ne veux pas dire que je ne suis pas à l'aise mais il y a toujours un pic d'adrénaline. Après j'ai des collègues qui montre moins. Mais je pense que quand on aborde le

choc on en parle tous un petit peu, c'est on y va mais on a pas du tout le même comportement. On y va mais pas comme dans les autres secteurs plus tranquillement. Le déchoc c'est toujours une approche particulière

Etudiante : Par rapport aux gestes à effectuer ?

IDE : Les gestes ça va, alors il y a des gestes courants qu'on fait facilement et puis après il y a tout ce qui est un peu plus technique les intubations où là, ce n'est pas notre quotidien quoi, donc forcément il y a plus d'appréhension voilà après on a possibilité d'appeler les collègues de ce côté-là c'est bien. Il y a toujours un collègue qui est plus ancien que toi et puis qui te guide où qui t'aide si y'a besoin de ce côté-là c'est bien.

Etudiante : Et quel est selon toi le vécu du patient aux urgences ?

IDE : je pense que c'est un peu flippant ce n'est pas très joli comme mot mais c'est beaucoup de stress je pense pour les patients. S'ils sont conscients c'est beaucoup de stress parce qu'il nous voit on est dans la rapidité on essaye de rester humain avec les gens mais c'est vrai qu'on est quand même dans la technique quand ils arrivent et eux ils doivent se sentir parfois aussi pas comme d'habitude. Je pense par exemple aux alerte thrombolyse, des personnes qui se rendent compte qu'ils parlent difficilement, où qui n'arrivent pas à nous dire ce qu'ils ont. Tu vois ? Du coup pour eux oui c'est beaucoup de stress je pense.

Etudiante : Et la place de l'entourage dans tout ça ?

IDE : L'entourage des familles et tout ça ?

Etudiante : oui

IDE : ... Au déchoc il n'y a pas de famille. Alors plus avec notre ami COVID il n'y a pas possibilité de visite enfin beaucoup moins, c'est très restreint. Au déchoc il n'y a pas de possibilité parce qu'on a 4 lits donc quand il y a une seule personne on peut faire entrer parfois les familles, quand il y en a 2 bon ! On a un système de paravent qui peut permettre de donner un peu d'intimité si on est vraiment dans quelque chose de grave. Permettre aux familles quand même de voir leurs proches mais c'est un environnement un petit peu aseptisé, ça ressemble un peu au bloc opératoire, les scialytiques tout ça c'est particulier. Nous on ne s'en rend pas trop compte parce qu'on est tout le temps dedans mais je pense que quand on arrive de l'extérieur ...

Etudiante : On est un peu impressionné.

IDE : ouais ouais

Etudiante : Et en module long ?

IDE : Alors avant COVID, les familles pouvaient accompagner alors une personne ou 2 mais ça reste compliqué parce que comme tu as pu le voir, la promiscuité il y a des patients dans les couloirs sur les brancards parce qu'il n'y a pas assez de place dans les box donc bon les familles et puis il y a les patients qui stress mais souvent c'est la famille qui est encore plus stressé que le patient du coup c'est beaucoup de questions qui se posent. Les personnes t'interrogent beaucoup et il faut se mettre à leur place, ils ont besoin de savoir aussi. Après je trouve que la prise en charge on fait ce qu'on peut avec ce qu'on a, mais sur une journée les patients rentrent le matin avec un soucis le soir ils ont eu une prise de sang, des imageries : IRM, scanner Radio. Les personnes ne réalisent pas toujours mais si tu prends rendez-vous en ville, il faut 3 mois à 4 mois voire plus mais c'est vrai que les gens trouvent ça long.

Etudiante : En une journée c'est fait

IDE : oui c'est vrai mais quand tu attends je pense que c'est stressant.

Etudiante : En ce qui concerne l'équipe, leur collaboration peux-tu m'en dire plus ? Tout à l'heure tu as évoqué la présence de l'équipe s'il y a besoin de quoi que ce soit.

IDE : Ouais, alors ici moi c'est ce que j'apprécie. J'ai pu voir parfois dans certains services où les médecins sont de leur côté, les infirmiers de l'autre, les aides-soignants de l'autre. Ici c'est vrai qu'on travaille en collaboration. Les médecins sont très accessibles et on a tous besoin les uns des autres. On a eu des journées c'est compliqué avec les équipes là parce que on est parfois en nombre réduit mais quand il manque un aide-soignant c'est compliqué, même les agents d'accueil qui reçoivent les familles. L'heure du midi par exemple les gens s'orientent vers l'IAO pour avoir des nouvelles de leurs proches, tu te rends vite compte que dès qu'il manque quelqu'un s'est compliqué, ça ce fait mais bon...

Etudiante : et la collaboration entre l'aide-soignant et l'infirmière ?

IDE : Moi j'étais aide-soignante auparavant donc je ne suis peut-être pas objective là-dessus mais je pense que les aides-soignantes sont plus proches et à l'écoute. Je ne peux dire que tu as plus de temps parce qu'ici ils n'ont pas beaucoup de temps mais peut être que quand tu fais un change parfois on fait à 2 mais quand tu fais un change à quelqu'un la personne va plus facilement se confier à toi ou encore lorsqu'un patient a besoin d'un bassin. Enfin il y a beaucoup de monde donc dans les soins on a toujours quelque chose à faire donc c'est vrai que tu poses une perfusion tu discutes un petit peu avec le patient normal. Mais voilà quoi. C'est vrai qu'on ne creuse pas trop parce que quand on commence à creuser des fois c'est plus compliqué à gérer.

Etudiante : Alors passons sur le relationnel. Selon vous que représente les soins relationnels ?

IDE : Les soins relationnels c'est important. Alors je pense qu'on peut ne pas avoir beaucoup de temps mais être proche des gens. Je pense que ça c'est faisable après ça dépend comment tu les abordes aussi, je pense qu'il faut les aborder gentiment, essayer de les rassurer parce qu'ils ont besoin de ça et puis peut être leur dire dès le début « bon voilà vous êtes là vous en avez pour minimum 3/4h quoi ça se passe très bien » et puis de leur dire que « dans tous les cas ils sont aux bon endroit et que s'ils ont des questions aussi on est là pour y répondre et puis si on ne sait pas on s'informe » on essaye de trouver une réponse.

Etudiante : J'ai eu l'occasion de réaliser quelques petites recherches et j'ai pu voir qu'il y a différentes formes de soins relationnels. Par exemple le verbal et le non verbal

IDE : bah le verbal ça revient un petit peu ce que je disais tout de suite les rassurer et le non verbal. Alors avec les masques c'est peut-être un petit peu différent mais je pense que dans le regard déjà tu peux sourire avec les yeux et puis dans l'intonation de la voix et dans ta gestuelle aussi si tu es près du brancard bien face au patient à lui parler alors que si tu es entre la porte et le mur que tu tiens le poignet de la porte tu vois, que tu es déjà un pied à l'extérieur voilà. Je pense qu'il y a aussi la posture aussi.

Etudiante : Du coup pour toi est-ce qu'ils ont une influence dans la prise en soin ? Quel soit positive ou négative ?

IDE : oui bien évidemment, je pense que parfois il y a des jours ou on n'est pas au top de notre forme, il faut passer outre parce que les gens qui arrivent aux urgences, ils ne sont pas en forme. Alors même si parfois il y a eu plus de peur que de mal mais de toute façon ils arrivent chez nous parce que déjà le mot urgent ça leur fait peur. Et puis évidemment la place du relationnel aux urgences et dans d'autres services est primordiale, fondamental même parce que si tu les accueilles bien déjà ça les apaise et je ne vais pas dire que c'est la moitié mais presque. J'ai vu des collègues monter un petit peu en épingle avec les gens et ben forcément ça explose. Ça montre que contrairement à ce qu'on pourrait penser, je pense que si tu baisses d'un ton les gens ils baissent aussi même s'ils restent angoissés, si tu si toi tu gardes ton calme ça aide.

Etudiante : Et est-ce que tu as le temps, dans la précipitation, de prendre un soin le patient dans sa globalité, de mettre en place une relation soignant soigné ?

IDE : Je vais être sincèrement non, j'ai reçu il n'y a pas très longtemps au déchoc un jeune homme de 32 ans qui est décédé qu'on a massé donc là c'est vraiment de la technique quoi et puis la personne était inconsciente donc déjà c'est un peu compliqué ça limite. Donc qu'en vrai il y a urgence, urgence non. Mais quand les gens sont conscients on essaie de faire un minimum quand même, de rassurer

dans l'installation mais c'est vrai que s'il y a un peu de technique on est quand même axé sur la technique. Ici ce qui est important c'est de poser une voix d'abord, tu vois une fois qu'on a posé notre voix et que nos drogues passent ça nous rassure et c'est vrai que tant que cette voix n'est pas posée on est un peu dans le speed.

Etudiante : Du coup la relation soignant-soigné est-elle primordiale dans l'urgence ?

IDE : oui ça reste important. Elle n'est pas forcément à faire tout le temps, mais il y a quand même un transfert parfois. Tu te dis l'empathie, il n'y a pas de mystère. Aujourd'hui on va bien mais ça peut aller vite parce que demain ça peut être toi qui a besoin donc voilà. Dès fois ça nous arrive qu'on se remette sur une prise en charge et qu'on se dise voilà alors là j'aurais peut-être pu faire autrement mais bon parfois on essaye de trouver des petites excuses.

Etudiante : dernier point alors qu'est-ce que pour toi le prendre soin ?

IDE : J'aurais dû réviser parce que c'est une question qui vient tout le temps ça. Ouais c'est tout un programme. Je pense que c'est répondre aux patients autant sur la technique, sur la prise en charge que sur le relationnel comme tu disais c'est un tout quoi. C'est un prendre soin et du corps et de l'esprit. C'est beau ce que je viens de dire.

Mais je pense que c'est ça, c'est un ensemble en fait. Tu ne peux pas faire que du médical enfin que de la technique et oublier le relationnel parce que oui ça revient parce qu'on disait tout à l'heure c'est une bonne partie du soin

Etudiante : est-ce que le prendre soin à une place importante ?

IDE : oui voilà surtout aux urgences où tout va toujours trop vite. Mais en fait ce n'est pas qu'on n'aurait pas le temps sur la journée on devrait avoir le temps mais comme il y a beaucoup de personnes, comme il y a beaucoup de patients mais ça n'empêche pas je pense que tu peux prendre soin des patients quand même. D'ailleurs régulièrement les patients quand ils s'en vont ils nous remercient pour notre prise en charge. Certains nous envoient des petits mots, des chocolats aussi mais oui ça fait du bien.

Etudiante : D'après toi est-ce qu'il y a une différence entre nuit et jour ?

IDE : Alors je n'ai pas travaillé de nuit aux urgences, mais la nuit aux urgences je pense que c'est différent de la journée. Même si dans la journée on a beaucoup de personnes alcoolisées je pense que la nuit il y en a encore plus, plus de personnes sans domicile fixe qui arrivent parce qu'ils n'ont pas d'hébergement, ils ont faim et vu le contexte sanitaire c'est de plus en plus compliqué. Passer 20h-21h ce sont quand même des entrées parfois plus compliquées prise en charge sociale et tout ça. La

journée on a une assistante sociale qui est très bien d'ailleurs mais la nuit non je ne crois pas qu'il y a de permanence non, on ne leur trouve pas d'hébergement mais malgré tout on leur donne à manger. On a nos habitués.

Etudiante : Est-ce que tu as des éléments à ajoutés ?

IDE : Je pense qu'on peut toujours s'améliorer, je pense qu'on pourrait faire mieux. Mes enfants me disent que je vis dans un monde de bisounours mais je pense qu'on pourrait être un peu plus humain parfois et après on essaie de faire avec les moyens que l'on a mais ce n'est pas toujours facile. Ce n'est pas facile parce que le contexte et le service des urgences en particulier on fait au maximum, je pense qu'ici on fait ce qu'on peut. On met les patients à l'écart ne serait-ce que pour les soins d'intimité. Le patient veut un bassin, l'urinal on essaie de les isoler. C'est le minimum qu'on puisse faire quoi faut au moins qu'on puisse faire ça mais parfois quand il y a des brancards partout c'est sport. Mais moi je pense que ça peut toujours être amélioré on peut toujours faire mieux.

Etudiante : OK c'est tout bon pour moi. Je te remercie de m'avoir accordé du temps

IDE : c'est normal...

D. Tableaux d'analyse

IDE 1

La prise en soin aux urgences						Les soins relationnels			Le prendre soin		
Expérience de l'IDE	Situation d'urgence	Priorité de l'urgence	Ressenti de l'infirmier	Vécu patient et entourage	Collaboration dans l'équipe	Représentation	L'effet des soins relationnel en situation d'urgence	Mettre en place une relation soignant-soigné aux urgences	La vision du care	Prendre soin aux urgences	Nuit
-1 an en tant qu'infirmier en soins intensif digestif - 1 an en maladie infectieuse - 11 mois aux urgences du CHU de Rennes	Urgence vitale immédiate Décéder rapidement Geste rapide	Sauver le patient Bien réaliser mes gestes Besoin d'expérience Pas faire d'erreur Sauver mon patient	Technique : L'expérience joue énormément Très protocolé dans ma tête Même plus facile Relationnel : Plutôt bien Stressé Moins serein Plus concentré	Pas bon Peu de patient ressort contents Saoulé Il n'y a pas une bonne prise en charge aux urgences L'entourage il n'y en a pas	Bonne collaboration (AS/médecin/IDE) Super ambiance Entraide Beaucoup de protocoles ce qui nous fait gagner du temps Anticipation AS plus présents pour les patients	Une part importante du soin Primordial Poser les choses et déstresser Juste en discutant Pas besoin de médicament, de médecins Englobe la communication verbale Communication non verbale :	Ça peut vraiment apaiser Ça ne peut que faire du bien Gérer l'angoisse Ce n'est pas ça qui va les sauver	Parfois le temps de te poser, de discuter, d'expliquer Ça peut être compliqué Primordial Prendre 5 min pour discuter, d'expliquer, de rassurer	L'ensemble soin Le bien-être physique et mentale Aspect social Aspect somatique Aspect psychologique	Voit surtout le côté somatique Dimensions psychologiques, sociales et somatiques Place importante Tout le côté somatique Attendent une place Oublie l'aspect social S'occupe du côté somatique le reste ça	Plus du social alors qu'on n'a pas d'assistante sociale Plus autonome Beaucoup OH, SDF Moins de médecins Pas le même fonctionnement

						<p>touché, tous les gestes, le contact physique, l'expression faciale...</p> <p>Les soins relationnels c'est un peu plus eux (AS) qu'ils le font</p>				<p>passe un peu à la trappe</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--

IDE 2

La prise en soin aux urgences						Les soins relationnel			Le prendre soin			
Expérience de l'IDE	Situation d'urgence	Priorité de l'urgence	Ressenti de l'infirmier	Vécu patient et entourage	Collaboration dans l'équipe	Représentation	L'effet des soins relationnel en situation d'urgence	Mettre en place une relation soignant-soigné aux urgences	La vision du care	Prendre soin aux urgences	Nuit/jour	
<p>Ambulancière pendant 13 ans Aide-soignante pendant 5 ans Diplômée IDE depuis 2016 : -6 mois aux urgences -SDR (service de remplacement -8 mois réa chir de nuit -Urgences : formé à l'IAO et SAUV</p>	Urgence médicale ou psychologique	Être bien formé	Technique : Peu toujours s'améliorer	Flippant	On travaille tous en collaboration	C'est important	Les accueille bien déjà ça les apaise	Compliqué	Tout un programme	Tout va toujours trop vite	Nuit prise en charge plus compliqué	
	Urgence vitale	Formations spécifiques	Peut toujours faire mieux	Beaucoup de stress	Médecins très accessibles	Être proche des gens	Presque la moitié du soin	Permet de rassurer	C'est répondre aux patients autant sur la technique que sur le relationnel	Beaucoup de patient	Plus de social mais pas assistante sociale	
	Personne en détresse	Bon médecin accessible	Gestes courants qu'on fait facilement	Beaucoup de stress	Tous besoin des uns des autres	Fondamental	Rassurer	Faire un minimum quand même	Un peu dans le speed			
	Prise en charge rapide	Bons collègues	Possibilité d'appeler les collègues	Le mot urgence ça leur fait peur	Environnement aseptisé	AS plus proche et à l'écoute des patients	Les aborder gentiment	Sa place est primordiale, fondamentale	Axé sur la technique	C'est un prendre soin et du corps et de l'esprit		
	Plutôt rapidement	Transmission rapide	Relationnel : Pas toujours à l'aise	Impressionné	La famille plus stressée que le patient	Tous besoin les uns des autres	Verbal d'un côté : les rassurer	Garder son calme, aide Primordial	Primordiale	C'est un ensemble		
			Pic d'adrénaline	Beaucoup de questions		Non verbal : le regard, l'intonation de la voix, ta gestuelle, la posture	Si tu baisses d'un ton les gens ils baissent aussi	Un peu plus				

			Approche particulière				Ils restent angoissés	humain parfois			
--	--	--	-----------------------	--	--	--	--------------------------	-------------------	--	--	--