



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

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

La communication avec le patient dans les situations d'urgence.



Formateur référent : Catherine DIEU

Elise RIAUDET
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
2 Mai 2022



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 : La communication avec le patient dans les situations d'urgence.

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmière 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 02/05/2022.

Signature de l'étudiante:

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 toutes les personnes qui m'ont aidée dans la construction de mon projet professionnel et de ce travail de fin d'études, mais aussi toutes les personnes qui ont contribué au bon déroulement de ma formation durant ces trois années au sein de l'IFSI.

Ainsi, je remercie tout particulièrement:

Ma référente de MIRSI, Catherine DIEU pour m'avoir guidée tout au long de l'élaboration de ce travail de recherche.

Sophie BOR, ma référente pédagogique, pour l'intérêt porté à mon parcours de formation et mon projet professionnel. Je la remercie pour son soutien et ses conseils.

Un grand merci également aux trois professionnelles soignantes: Emma, Louane et Louise; qui ont accepté de répondre à mes entretiens infirmiers, pour le temps qu'elles m'ont accordé et la bienveillance qu'elles m'ont témoignée durant ces temps d'échange.

Merci aux professionnels qui m'ont encadrée lors de mes stages tout au long de cette formation.

Un grand merci également à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI pour leur accompagnement, leurs apports, leurs conseils, leur bienveillance.

Et enfin, je remercie ma famille, mes collègues et amis qui m'ont aidée et soutenue de près ou de loin durant ces trois années de formation et dans la rédaction de ce mémoire de recherche.

Sommaire

Siglier	0
Introduction	1
1.1- La situation	1
1.2- Cheminement vers la question de départ	4
1.3- Question de départ	4
II- Cadre conceptuel	5
2.1- Le contexte d'urgence	5
2.1.1 Définition de "l'urgence" et rôle infirmier	5
2.1.2 Soigner dans un contexte d'urgence	7
2.1.3 Vécu de l'urgence par l'infirmier(e)	8
2.2- La relation soignant-soigné	9
2.2.1 La relation d'aide	10
2.2.2 La relation de confiance	11
2.2.3 L'alliance thérapeutique	12
2.3- Les attitudes et valeurs soignantes	12
2.4- La communication	13
2.4.1 La communication verbale	13
2.4.2 La communication non verbale et le paralangage	14
2.4.3 L'observation, la perception et l'écoute	15
2.4.4 Les conséquences d'un manque de communication	16
2.5- Le vécu du patient	18
III- La méthode d'enquête	18
3.1- Objectifs de l'enquête	18
3.2- Dispositif d'enquête	19
3.3- Les limites de l'enquête	20
IV- Analyse descriptive et interprétative des entretiens	21
4.1- Le contexte de l'urgence	21
4.1.1 Caractéristiques et défis de l'urgence	21
4.1.2 Qualités requises du soignant dans un contexte d'urgence	23
4.1.3 Les ressources et les besoins de l'IDE en situation d'urgence	23
4.2- La relation soignant-soigné	24
4.2.1 La dimension relationnelle avec le patient en situation d'urgence	25
4.2.2 Éléments influençants la relation soignant-soigné dans le contexte d'urgence	25
4.3- La communication dans les situations d'urgence	27
4.3.1 Place de la communication et son influence sur la prise en soins du patient	27
4.3.2 Conditions favorisant la prise en soins du patient et une relation de confiance	28
4.3.3 Les conséquences d'un manque de communication	29

4.4- Impact des situations d'urgence sur les soignants	29
V- Discussion	30
5.1- L'urgence	30
5.2- La relation soignant-soigné dans l'urgence	32
5.3- La communication dans le contexte d'urgence	33
5.4- Vécu de l'urgence par l'infirmier	34
5.5- Question de recherche	35
Conclusion	36
Bibliographie	37
Annexes	39
Abstract	

“Communiquer c’est transmettre et échanger avec l’autre des idées ou des émotions, c’est faire connaître ce que l’on perçoit, ce que l’on pense ou ressent. Il s’agit d’un mouvement de l’esprit et du cœur, un partage de sens.”

Margot Phaneuf (2011)

Siglier

VSAV: Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

SMUR: Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente.

IDE: Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat.

SAUV: Salle d'Accueil des Urgences Vitales.

BSPP: Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris.

BMPM: Brigade des Marins Pompiers de Marseille.

VLI: Véhicule Léger Infirmier.

VLS: Véhicule Léger de Santé.

PISU: Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence.

SDIS: Service Départemental d'Incendie et de Secours.

Introduction

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

Avant mon entrée en formation en soins infirmiers, j'ai été Secouriste au sein d'une association de protection civile durant 5 ans et je suis également Sapeur pompier volontaire depuis 7 ans. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer la relation soignant-soigné lors d'interventions en tant que sapeur-pompier, sur lesquelles étaient présents des infirmiers. C'est dans ces situations notamment que j'ai découvert mon attrait pour les actes dont ces professionnels de santé ont la responsabilité, et pour la particularité des situations d'urgence.

Ayant pour projet professionnel de travailler en tant qu'infirmière dans un service d'urgence ou de soins intensifs, j'ai eu envie de réaliser mon travail de recherche autour de cette thématique. Cela afin de mieux appréhender et maîtriser les situations d'urgence, améliorer ma pratique professionnelle et favoriser une prise en soins optimale pour les patients. J'ai donc voulu travailler plus précisément en lien avec une situation de relation puis la communication entre le soignant et la personne soignée dans un contexte d'urgence. Ce mémoire va m'aider à réfléchir sur ma pratique et me permettre de différencier les soins dits "techniques" des soins "relationnels" qui peuvent être apportés au patient, même en situation d'urgence. Cette notion de relation fait partie intégrante du rôle propre infirmier et figure parmi les champs de compétence de l'IDE. L'étudiant infirmier acquiert cette compétence au cours de sa formation par le biais de la compétence 6 qui s'intitule "Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins".

Le patient étant une personne à part entière, il ressent et éprouve des émotions qui peuvent être majorées dans une situation d'urgence, qu'elle soit relative ou vitale. Je suis donc partie d'une situation d'urgence vécue au cours de mon stage du semestre 3 en unité de soins intensifs de neurologie et neurologie vasculaire. De cette situation est né un questionnement de départ puis ma démarche méthodologique avant d'amorcer une réflexion autour de l'urgence, des soins relationnels et de la relation soignant-soigné en situations d'urgences.

1.1- La situation

Je suis partie d'une situation que j'ai vécue lors de mon stage du semestre 3, dans un service de soins intensifs de neurologie vasculaire. L'IDE du secteur était amenée à se rendre au sein du

service des urgences lors de l'admission de patients pour qui il était suspecté un AVC (accident vasculaire cérébral) afin de procéder si nécessaire, et le plus rapidement possible, à une thrombolyse.

Ce jour là, suite à un appel pour "alerte thrombolyse" je me suis rendue avec l'IDE aux urgences. Nous avons accueilli le patient, Monsieur B., âgé de 75 ans, qui présentait plusieurs symptômes évoquant un AVC (hémiplégie et hémiparésie droite, aphasie). Aussitôt, l'infirmière s'est occupée de poser une voie veineuse périphérique, après en avoir informé le patient. Pendant ce temps-là, le médecin neurologue procédait à l'examen clinique du patient et réalisait le score de NIHSS. Dans le même temps, l'aide soignante a déshabillé le patient pour le vêtir d'une blouse d'hôpital; puis la manipulatrice radio a informé le patient de l'IRM et prit connaissance du dossier du patient avec le médecin pour détecter une éventuelle contre-indication à l'IRM. Une fois la voie veineuse périphérique posée et le bilan sanguin réalisé, le patient a été transporté à l'IRM. Rapidement, le diagnostic d'AVC ischémique a été confirmé et j'ai aidé l'infirmière à préparer les seringues de thrombolytique selon la prescription du médecin. Après la première injection de thrombolytique, l'état de santé du patient s'est aggravé (élévation de la tension artérielle, diminution de la fréquence cardiaque, majoration de l'aphasie). Le médecin neurologue a aussitôt demandé le transfert du patient vers un box de déchocage pour une prise en soins plus adaptée. Le patient n'a pas été informé de ce qu'il se passait à ce moment-là. Dans le box de déchocage, plusieurs professionnels étaient présents autour de Monsieur B.: le médecin neurologue puis l'infirmière et moi-même qui assurions une surveillance clinique du patient et de ses paramètres vitaux et préparions les thérapeutiques prescrits par le médecin (seringues électriques de traitement hypertenseur pour réguler la tension artérielle et seringues de thrombolytique pour reprise de la thrombolyse dès que possible). Après consultation d'un médecin neurologue du CHU de Nantes, contacté par téléphone, il a été décidé que l'état de santé du patient nécessitait un transfert vers le CHU pour pratiquer une thrombectomie. Une équipe du SMUR a donc été sollicitée pour assurer le transport du patient sous surveillance d'un médecin et d'une infirmière. Cependant, l'état de santé actuel du patient ne permettait pas le transfert. Il fallait attendre que la tension artérielle soit revenue dans les normes et que la thrombolyse ait pu reprendre. Six professionnels s'affairaient alors autour du patient et prêtaient peu attention à ce dernier.

Je me rendais compte que peu d'explications lui étaient données sur ce qui se passait. Monsieur B. était dans l'incapacité de s'exprimer mais l'anxiété était palpable dans ses yeux. Le patient présentait également des sueurs et des pertes d'urines, qui peuvent être des manifestations de l'anxiété.

J'ai été interpellée par cette situation car je pensais que le patient devait déjà éprouver une certaine angoisse en raison de son état de santé actuel et des symptômes qui se manifestaient. Et cette

angoisse était peut-être majorée de part la situation d'urgence, avec un certain nombre de professionnels et peu d'explications données.

J'ai d'ailleurs pu constater la même chose lors d'autres "alertes thrombolyse" auxquelles j'ai assisté au cours de mon stage. En effet, le patient est pris en soins et plusieurs professionnels s'affairent autour de lui. Le contexte relève de l'urgence car une thrombolyse ne peut être réalisée que dans un délai inférieur à 4h30 après l'apparition des premiers symptômes. Les professionnels sont donc tous concentrés sur les actions qu'ils doivent effectuer, au plus vite, afin d'optimiser la prise en soins. Ils sont donc peu attentifs au patient et aux explications à fournir afin que le patient puisse être conscient de ce qu'il se passe et rassuré.

Dans le cadre de mon activité de sapeur pompier, j'ai aussi vécu d'autres situations au décours desquelles j'ai été interpellée par cette question de la communication avec la victime. Au cours du mois d'octobre, avec deux collègues, nous sommes intervenus pour une dame âgée qui avait fait un malaise dans le salon de la maison de retraite où elle réside. Avec l'un de mes collègues nous avons commencé notre interrogatoire pour ensuite adapter notre prise en soins à la victime. Notre chef lui, pendant ce temps-là, questionnait le personnel de la maison de retraite afin d'obtenir des précisions sur ce qui s'était passé et sur l'état de santé de la dame. Cette dernière semblait très angoissée. Cela était détectable dans son regard, sur son faciès (crispé) et se manifestait également par ses propos: "Qu'est ce que je vais devenir ? Qu'est ce qu'il va se passer ? Je ne veux pas embêter ma fille,". Après avoir terminé notre bilan auprès de la victime et interrogé le personnel de la maison de retraite, avec mes deux collègues nous avons discuté de la suite de notre prise en charge puis le chef s'est éloigné pour transmettre son bilan au centre de régulation médicale du SAMU comme le prévoit notre procédure. Mon second collègue est parti vers le VSAV chercher du matériel pour "conditionner" la victime. Tout en nettoyant une plaie que la dame présentait au niveau du crâne, j'ai profité de ce moment pour discuter avec elle et tenter de l'apaiser. Je lui ai expliqué ce qu'il s'était passé et ce qui allait se passer pour la suite: que mon collègue appelait le médecin du SAMU qui allait décider de la suite de la prise en soins, que mon second collègue était parti chercher un brancard et un matelas immobilisateur pour l'installer convenablement et que nous allions très certainement la transporter aux urgences afin qu'elle soit vue par un médecin pour mieux comprendre pourquoi elle avait fait ce malaise. Je parlais avec une voix douce et posée. Je m'assurais que la dame ait bien compris ce que je lui expliquais. Elle semblait réceptive et plus apaisée. Pendant toute la suite de la prise en soins j'ai veillé à maintenir le contact avec elle en lui parlant, en la regardant, ... Après l'avoir installée dans l'ambulance, je lui ai à nouveau expliqué que nous l'accompagnions aux urgences afin qu'elle soit examinée par un médecin. Mme B. me demandait si

sa fille était prévenue. Je l'ai rassurée en lui disant que l'équipe de la maison de retraite allait la contacter juste après notre départ. J'avais posé ma main sur son avant-bras. Par la suite, elle m'a pris la main et ne l'a pas lâchée durant tout le trajet jusqu'à l'hôpital. Pendant le transport, j'ai discuté avec elle, je lui ai posé des questions sur sa famille, elle m'a raconté des événements de sa vie, ... Cela semblait lui faire du bien. Son visage était plus détendu, elle ne posait plus de questions sur ce qui allait se passer ou au sujet de sa fille.

1.2- Cheminement vers la question de départ

Toutes ces situations ont suscité en moi plusieurs questionnements. Autour de la relation soignant-soigné d'abord: qu'est ce que communiquer et comment bien communiquer avec le patient en situation d'urgence ? Quelle est la place de la communication dans un contexte d'urgence et que peut-elle apporter à la prise en soins ? Quels gestes effectuer pour rassurer le patient et mettre en place une relation soignant-soigné dans l'urgence ? Est-ce que la communication peut favoriser la création d'une relation de confiance avec le patient ? Comment installer cette relation ?

Ensuite, en lien avec les émotions présentes dans la communication: comment contrôler son stress, ses émotions, pour ne pas amplifier l'angoisse du patient ? Le stress est-il communicatif du soignant vers le patient ? L'angoisse du patient induit-elle nécessairement un stress au soignant ? Comment peut-on percevoir les émotions du patient ? Comment peut-on traduire les émotions du patient ? Et comment canaliser l'angoisse et les émotions du patient ?

Et enfin, en lien avec le professionnalisme et l'expérience: comment se définit une situation d'urgence ? Bien connaître les conduites à tenir et les procédures en lien avec les pathologies et leurs complications, améliore-t-il la prise en soins et la gestion de notre stress ? Maîtriser l'aspect technique des soins permet-il de mieux appréhender le côté relationnel avec le patient, même en situation d'urgence ?

1.3- Question de départ

Tous ces questionnements m'ont amenée à formuler une question de départ à mon travail de recherche, qui est: "***Dans quelle mesure la communication du soignant influence-t-elle la prise en soins d'un patient dans un contexte d'urgence ?***"

Cette question de départ a pour but de m'aider à mieux comprendre ce qu'est la communication et son importance dans les soins. Elle m'aidera également à mieux intégrer la notion d'urgence et ses relativités, et à réfléchir sur la place que prend le patient en situation d'urgence afin qu'il ne soit pas simplement vu comme un objet de soins.

Dans un premier temps j'aborderai le contexte d'urgence, en donnant une définition de l'urgence et du rôle infirmier dans ce contexte. Je détaillerai les priorités dans un contexte d'urgence puis m'attarderai sur le vécu de l'IDE en situation d'urgence. Dans une seconde partie j'étudierai la relation soignant-soigné, à travers ses différentes dimensions que sont la relation d'aide, la relation de confiance et l'alliance thérapeutique. Je développerai ensuite les attitudes et valeurs soignantes. Dans une quatrième partie je parlerai de la communication, en évoquant notamment les différents modes de communication, la communication verbale, la communication non-verbale et le paralangage puis l'observation et la perception. Par la suite je parlerai des conséquences d'un manque de communication, avec les émotions telles que l'anxiété, le stress, la douleur et la peur. Et pour finir je m'attarderai sur le vécu du patient.

II- Cadre conceptuel

Le cadre théorique correspond aux recherches effectuées sur les différentes notions et concepts concernant le questionnement de départ. Il a pour objectif de répondre en partie aux interrogations sur le grand thème de la communication en situation d'urgence.

2.1- Le contexte d'urgence

L'urgence est une notion primordiale de ce travail de recherche. Dans cette partie, elle sera définie puis le rôle infirmier dans les situations d'urgence sera abordé. Il sera développé ensuite les priorités dans ce contexte, avant de parler du vécu de l'IDE.

2.1.1 Définition de "l'urgence" et rôle infirmier

L'urgence est un terme courant assez vaste. Dans le dictionnaire encyclopédique Hachette (2001), l'urgence est définie comme relevant du caractère de l'urgent. Il s'agit d'une "situation pressante qui doit être réglée sans délai et qui ne peut être différée". Le patient est en besoin de soins dans un délai le plus court possible. L'urgence est également définie par le dictionnaire Larousse (2021) comme étant une "situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement". Dans cette définition relativement simple du dictionnaire, nous pouvons remarquer qu'elle est composée de 4 éléments importants de l'urgence. En effet, elle aborde la notion de pathologie, qui fait donc référence à un dysfonctionnement au sein de l'organisme. Suite à cela, un diagnostic est posé puis un traitement est mis en place afin de remédier à ce problème de santé. La dernière notion abordée dans cette définition de l'urgence est

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

La définition donnée dans le cours *L'organisation des urgences en France* de l'Unité d'Enseignement 4.3 est: "L'urgence est un problème qui touche la santé de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète à tort ou à raison l'intéressé ou son entourage. Il existe plusieurs types d'urgence: l'urgence réelle ou vraie (le pronostic vital est en jeu), l'urgence fonctionnelle, l'urgence sociale et l'urgence ressentie par le malade." Cet apport conforte la définition énoncée ci-dessus. L'urgence implique donc un problème de santé qui survient de façon inattendue. Plusieurs types d'urgences existent et la prise en charge du patient va varier en fonction du type et du degré de l'urgence.

Le rôle de l'infirmier en situation d'urgence est défini dans le Code de la Santé Publique par l'article R4311-14: "En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient."

En psychiatrie, on parlera d'une urgence ou détresse psychologique dans le cas où un patient se met en danger ou met en danger ses proches à cause d'une dégradation de son état de santé mentale. Dans ce cas-là, le patient nécessite d'être évalué rapidement par un médecin psychiatre et d'être hospitalisé dans un service de psychiatrie ou d'urgences psychiatriques en attendant d'être orienté vers un service de soins psychiatriques de secteur qui est en mesure de prendre en soins les patients en phase aiguë d'une détresse psychique. D'un point de vue somatique, on parle plutôt de degrés d'urgence. Par critère de gravité, il y a dans un premier temps les urgences vitales. Elles représentent tous les traumatismes ou maladies graves mettant en jeu le pronostic vital à court terme. C'est le cas de l'infarctus du myocarde ou des polytraumatismes à la suite d'un accident de la voie publique. Ce sont des urgences qui nécessitent des soins immédiats et une hospitalisation la plus rapide possible en service de réanimation ou à la SAUV (dite aussi salle de déchocage) avant une intervention au bloc opératoire pour les urgences chirurgicales. Dans un second temps, il y a les urgences fonctionnelles qui sont les traumatismes et maladies graves mettant en jeu le pronostic fonctionnel à plus ou moins court terme (par exemple la brûlure grave d'un membre ou l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs). Il s'agit là de situations d'urgence qui nécessitent une hospitalisation, mais qui ne menacent pas immédiatement la vie du patient. Enfin, il est question d'urgences ressenties lorsqu'il n'y a pas de danger réel pour le patient. Parfois, il n'y a pas de problème médical. Il peut s'agir de situation stressante pour le patient telle que la crise d'angoisse. Certains signes cliniques peuvent

évoquer une urgence fonctionnelle voire vitale dans un premier temps comme la douleur thoracique. Mais une fois les premiers examens cliniques et paracliniques effectués, le plus souvent à l'accueil des urgences, ces situations sont considérées comme des urgences secondaires, ne nécessitant pas une hospitalisation dans un service de soins intensifs.

Il existe également les urgences sociales principalement dues à une précarité sociale et des difficultés d'accès aux soins pour les personnes les plus démunies. Il peut s'agir de patients sans domiciles fixes ou en manque de repères sociaux, et dont les urgences sont parfois un refuge et une solution d'hébergement temporaire. Ces patients peuvent également être pris en charge dans des centres d'hébergement spécifiques, l'hiver notamment via le samu social.

2.1.2 Soigner dans un contexte d'urgence

D'après Ségolène Delaby (2018), les termes "accueil des urgences" ont chacun beaucoup de sens même si le terme "urgences" peut sembler prioritaire à première vue. En effet, le terme "urgence" peut s'apparenter aux soins dits "techniques", au côté médical, thérapeutique, et cela peut sembler primordial. Mais le terme "accueil" est tout aussi signifiant aux urgences. Il met en valeur l'aspect psychologique que l'on peut avoir avec le patient et l'approche humaine lors de son arrivée dans le service. Généralement, lorsque le patient est admis au sein d'un service d'urgences, il apporte avec lui des émotions (craintes, stress, anxiété, panique, ...) car il se trouve dans une situation peu courante et anxiogène. L'étape d'accueil est donc indispensable pour lui permettre de verbaliser et d'extérioriser ses craintes et son ressenti. La prise en charge d'un patient en situation d'urgence peut relever du rôle propre et du rôle prescrit de l'infirmier selon les articles R4311-10 et R4311-14 du Code de la Santé Publique: "[...] En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état"; "L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes: [...]".

Dans ce contexte, il convient de s'intéresser plus particulièrement à la prise en charge soignante dans un contexte d'urgence somatique. Tout infirmier, quel que soit le service où il travaille, peut être confronté à une situation d'urgence. Cependant, son rôle, ses objectifs et ses actions auprès du patient diffèrent selon le contexte d'urgence et d'exercice de son métier d'infirmier. Certains secteurs d'activité de la profession infirmière sont tout de même plus confrontés à ces situations d'urgence. En intra-hospitalier, l'infirmier y fait régulièrement face dans des services d'urgence ou de réanimation. En pré-hospitalier, ces situations d'urgence se retrouvent principalement dans des prises en charge de patients réalisées par des équipes médicalisées avec les SMUR qui sont

coordonnés par le SAMU. Il y a également les infirmiers sapeurs-pompiers qui interviennent avec un médecin comme à la BSPP ou à la BMPM. Dans d'autres départements, ces infirmiers sont volontaires et interviennent en VLI ou VLS grâce à des PISU établis par le Service de Santé et de Secours Médical du SDIS. Dans le cadre d'une équipe médicalisée en SMUR ou para-médicalisée en VLI, l'infirmier effectue des actions relevant du rôle prescrit (défini selon l'article R4311-7 du Code de la Santé Publique).

2.1.3 Vécu de l'urgence par l'infirmier(e)

Dans les situations d'urgence, les patients et leur entourage peuvent être touchés par la peur, le stress, l'anxiété voire même l'angoisse. Mais en face les soignants ont également des émotions, en réaction à celles ressenties et exprimées par les patients, en fonction du vécu de la situation également et notamment lors de situations d'urgence où l'incertitude est présente. Ces situations sont toujours difficiles à appréhender au début par les infirmiers qui n'y sont pas habitués. Les émotions du soignant peuvent se transmettre au patient, notamment dans un contexte d'urgence où le stress et l'anxiété vécus par l'ensemble des acteurs de la situation peuvent s'avérer intense. Si le patient ressent le soignant comme inquiet ou préoccupé, cela va renforcer ses propres sentiments. Comme il est écrit dans l'ouvrage de l'infirmière et directrice de publication Anne-Claude Allin-Pfister (2008), "rien n'est plus contagieux que l'anxiété". Le soignant se doit donc de canaliser ses émotions pour ne pas communiquer son stress ou son anxiété au patient. Si ce dernier a confiance dans les soignants, le facteur d'anxiété induit par la situation d'urgence peut-être réduit. Le stress généré par la situation d'urgence est palpable pour le patient et les soignants. La première partie de ce travail de recherche étant centré sur la position du soignant en contexte d'urgence, il sera développé dans une autre partie l'impact du stress chez le patient.

Cette sensation de stress vécue par l'infirmier peut permettre de révéler des capacités chez le soignant qui se retrouve en mesure d'être plus réactif. On distingue d'ailleurs le stress dit "positif" qui se définirait comme des capacités accrues d'un individu, incitant ce dernier à se surpasser. L'infirmier est momentanément en alerte face au danger que provoque chez lui le contexte d'urgence. La précision des gestes qu'il doit effectuer peut être un facteur de stress comme le souligne la psychologue Claudine Carillo (2011). Cependant, il ne faut pas que cela pénalise l'exercice infirmier par un phénomène de blocage ou d'incapacité à effectuer les soins nécessaires. En situation d'urgence, chaque infirmier semble d'ailleurs s'adapter face au stress qu'il vit. Selon Anne-Claude Allin-Pfister (2008), le stress est généré par "l'incertitude et l'imprévisibilité qui règnent en milieu d'urgence". Il semble en tous cas que ce stress tende à disparaître avec le temps, ou du moins il est mieux canalisé grâce à l'expérience acquise par l'infirmier au fur et à mesure des situations

d'urgences vécues. Cette gestion du stress est facilitée par les connaissances et les savoirs que l'infirmier assimile après chaque situation rencontrée et c'est avec le temps que les compétences évoluent. Cependant, l'infirmier ne doit pas se concentrer uniquement sur l'aspect technique de la prise en charge qu'il réalise en urgence. L'approche relationnelle est tout aussi essentielle dans un contexte d'urgence. On peut supposer que le patient, qu'il soit conscient ou inconscient, entend et ressent tout ce qui peut-être dit et réalisé auprès de lui. La psychologue Michèle Grosclaude (2007) constate que "l'urgence, le risque vital et les techniques occupent toutes les priorités, l'absence apparente de conscience ou de lucidité et l'amnésie renforcent la conviction que les patients "ne se rendent pas compte" ou "ont oublié", incitant à penser que le domaine psychique est secondaire". Là est tout l'intérêt pour l'infirmier de se détacher partiellement des soins techniques pour se centrer sur le vécu de la situation par le patient afin d'améliorer la prise en charge globale à travers les soins relationnels, ce qui aura des répercussions positives sur l'état de santé général du patient.

Dans un contexte d'urgence, le médecin urgentiste et docteur en philosophie, Pierre Valette (2013) décrit dans son œuvre que la prise en charge d'une personne commence par les soins relationnels. Quand c'est possible, il y a en effet un dialogue qui se met en place entre le patient et les soignants. Il n'y a donc pas réalisation de gestes à proprement parler, mais un recueil des antécédents, des traitements suivis et de l'anamnèse. C'est à l'issue de l'entretien que surviennent les gestes qui sont dits "techniques" avec des examens cliniques et paracliniques. La relation soignant-soigné influence nettement le vécu et le ressenti du patient en situation d'urgence. La prise en charge émotionnelle du patient passe par un travail de l'infirmier sur lui-même à travers la gestion de ses propres émotions, mais il y a également l'impact de la relation de confiance qui permet de diminuer le stress généré par le patient.

2.2- La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est omniprésente et au cœur du métier d'infirmier. Cette relation est définie par le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015) comme "l'activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale et non-verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience". Le dictionnaire des soins infirmiers (2000) définit, lui, la relation soignant-soigné comme "une interaction entre deux personnes en situation de soin, à chaque fois renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible".

Selon les psychologues Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf (2008), la relation est définie comme "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 finalité d’une relation entre deux individus que tout oppose. Pour Alexandre Manoukian, la relation soignant-soigné nécessite 3 attitudes de la part du soignant, en rapport avec les valeurs soignantes:

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

- faire preuve d’objectivité afin de ne pas déformer ce qui peut-être vu et entendu.

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

Selon David Colmont (2013), directeur des soins, la relation soignant-soigné est “pour le patient [...] l’élément principal lui permettant de comprendre ce qui lui arrive ou de chercher à éclaircir ce qu’on lui fait”. Il est nécessaire de transmettre toutes les informations au patient afin que celui-ci comprenne les objectifs de la prise en charge médicale, notamment en situation d’urgence où les soins doivent être réalisés le plus précocement possible afin de limiter l’aggravation du pronostic vital. Cet élément est primordial dans l’instauration de la relation de confiance entre le soignant et la personne soignée. La relation soignant-soigné permet donc d’accompagner et de soutenir le patient vers un retour à l’autonomie en identifiant ses besoins et ses attentes en matière de soins et de relationnel. Au cours de cette relation, d’autres types de relations peuvent se mettre en place comme la relation d’aide, la relation de confiance et l’alliance thérapeutique.

2.2.1 La relation d’aide

Au travers de la relation soignant-soigné, une relation d’aide peut s’instaurer avec le patient. Cette relation est définie par le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015) comme étant une interaction méthodologique entre deux personnes, à un moment donné, où l’infirmier contribue à rechercher la satisfaction de l’autre personne en favorisant l’expression du besoin d’aide. Dans cette relation d’aide, la communication non verbale est très pertinente, elle permet au patient de se sentir écouté, d’être pris en considération et ainsi de valoriser ses propres ressources pour répondre à ses besoins. Avec la création d’une relation de confiance, le patient s’impliquera davantage dans sa prise en charge et elle sera moins pesante pour lui-même. Selon Carl Rogers, psychologue humaniste américain, la relation d’aide n’implique pas de position autoritaire. Les deux protagonistes sont d’égal à égal, c’est un échange où chacun peut apprendre et recevoir de l’autre. La relation d’aide a donc pour vocation de privilégier la croissance, le développement et la compréhension afin de faire émerger les propres ressources du patient en l’aidant à verbaliser. Le soignant doit être disponible et impliqué dans son comportement et son discours pour rassurer, encourager et accompagner le patient tout au long de la prise en charge. D’après la cadre formatrice de santé François Molière (2012) “la relation d’aide s’adresse [...] à des personnes qui vivent ponctuellement une situation très

difficile: agression, accident”, ce qui en fait un élément privilégié à développer dans la relation avec le patient en situations d’urgences. La relation d’aide se développe autour de capacités relationnelles qui seront développées dans une autre partie.

Margot Phaneuf (2011), infirmière canadienne pionnière et référente en soins infirmiers, explique “Toute relation se fonde avant tout sur la communication et c’est la qualité de cet échange avec l’autre qui nous permettra par la suite de créer un lien émotionnellement porteur de sens qui se transformera en relation d’aide”.

2.2.2 La relation de confiance

Au sein de la relation soignant-soigné, la relation de confiance occupe une place primordiale. Celle-ci est ainsi décrite par le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015): “La confiance relève d’une croyance spontanée ou réfléchie en la valeur éthique d’une autre personne ayant la capacité de respecter une confiance”. En d’autres termes, la confiance est l’espérance ferme que l’on place en quelqu’un ou quelque chose, certitude de la loyauté d’autrui. Elle apporte un sentiment de sécurité et peut permettre toutes formes de confidences notamment sur les besoins ressentis par le patient ainsi que ses espérances vis-à-vis des soins. La confiance est aussi définie par le professeur en management Vincent Mangematin (2012) “comme l’acceptation par un individu de s’exposer à l’opportunisme de l’autre”.

Selon Hildegard Peplau, docteur en éducation en soins infirmiers, il existe 4 phases dans la relation de confiance entre le soignant et le soigné:

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

La relation de confiance ne se crée pas d’emblée, elle est construite au fur et à mesure de la relation entre l’infirmier et le patient. Ce phénomène est lent et continu, et est dépendant de l’attitude et du positionnement de l’infirmier dans la relation soignant-soigné. En situation d’urgence, le patient est souvent seul, mis à l’écart de sa famille et ses amis. Il doit remettre sa vie entre les mains des soignants qui sont des inconnus pour lui. C’est alors le rôle du soignant que de faire accepter cette réalité au patient. Des délais de prise en charge relativement courts rendent complexe l’instauration de cette relation de confiance, qui doit permettre une meilleure acceptation et une meilleure adhésion du patient aux soins proposés.

2.2.3 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique peut exister au sein de la relation soignant-soigné seulement après avoir créé une relation de confiance avec le patient. D'après le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015) la confiance est le pilier de la relation thérapeutique. La relation soignant-soigné qui est donc basée sur la confiance, permet au patient de se confier à l'infirmière pour lui permettre de répondre à ses besoins qu'il ne peut résoudre seul. L'infirmière va donc chercher à soulager sa souffrance. L'alliance thérapeutique créée sur la base de la confiance est essentielle pour que les interventions thérapeutiques soient efficaces. La relation d'aide et la relation de confiance sont liées afin de permettre l'alliance thérapeutique. Ces relations avec le patient ont pour objectif d'améliorer sa prise en charge globale en répondant à ses besoins.

2.3- Les attitudes et valeurs soignantes

D'après le Grand Dictionnaire Terminologique, le savoir-être est défini comme étant "la capacité de conduite personnelle appropriée à l'emploi considéré, pour un individu (savoir accueillir une personne agressive par exemple)". Autrement dit, le savoir-être peut-être défini comme étant l'aptitude d'un individu à avoir une posture adéquate en fonction de la situation. Comme vu précédemment, l'instauration d'une relation d'aide et relation de confiance avec le patient repose sur des capacités relationnelles. Celles-ci sont déclinées au nombre de quatre, et le soignant doit les assimiler pour les exploiter tout au long de la relation avec le patient.

Il y a d'abord l'empathie qui est définie par le psychologue Roger Mucchielli (2013) comme "un processus par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que l'autre". C'est donc la capacité du soignant à analyser les dires et le comportement du patient afin de comprendre sa situation, d'apprécier sa vision des choses et son univers. Cette valeur est l'une des valeurs clés de la profession infirmière. Effectivement, l'empathie est très souvent nécessaire pour une prise en charge de qualité du patient. Il est important en tant qu'infirmier de savoir se remettre en question et s'interroger sur ses pratiques, en se mettant plus ou moins "à la place" du patient, pour essayer de comprendre la position dans laquelle il se trouve. La relation d'aide fait également appel à la notion d'écoute active qui place le soignant en position de récepteur face au patient. Cette position implique un respect de la parole. Le patient est encouragé à s'exprimer. Cela peut s'effectuer à travers des techniques de reformulation et les silences ne sont pas écourtés. Il y a aussi la capacité de non jugement qui incite le soignant à ne pas donner son avis et émettre un jugement sur les propos ou la situation du patient. Ceci rejoint la notion de respect de la personne soignée, pour ne pas créer de rupture dans la relation de confiance avec le patient. Enfin, le dernier élément est celui de la congruence ou de l'authenticité soignante. La

congruence c'est notamment le fait d'être en accord, d'être juste entre ce que l'on dit et ce qu'on fait. L'infirmier doit être naturel dans ses échanges pour que le patient se sente écouté et compris. Il faut néanmoins être vigilant dans les propos qui pourraient lui être transmis, au risque de majorer son angoisse. L'infirmier qui entretient une relation d'aide avec la personne soignée, quel que soit le contexte, est présent pour accueillir et accompagner les affects, les émotions et les ressentis de celle-ci en utilisant tous les outils relationnels à sa disposition. Cela présuppose une connaissance de soi en tant qu'infirmier, pour ne pas s'identifier au patient et reconnaître les situations à risques pour mieux s'y préparer.

2.4- La communication

D'après le cours sur les théories de la communication dans le cadre de l'UE 4.2, le terme communication signifie "mettre en commun". Il s'agit de partager, d'échanger et cela implique d'entrer en relation avec quelqu'un". La communication est expliquée par le schéma de Shannon et Weaver (1948) et consiste en l'envoi d'un message par l'émetteur vers le récepteur, par le biais d'un canal de communication. Le récepteur reçoit ce message, le décode afin de le comprendre et il peut ensuite répondre à ce message. Il devient alors émetteur à son tour: c'est le feed-back. Tout autour de la communication peuvent se mettre en œuvre des bruits parasites, que l'on qualifie de freins à la communication. La communication peut permettre d'établir la relation entre le soignant et le patient, mais elle n'est pas toujours évidente à instaurer. C'est pour cela qu'elle fait l'objet d'un apprentissage durant les études d'infirmières et qu'elle fait partie d'une des compétences que l'infirmier acquiert au regard de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier.

Selon Margot Phaneuf (2011), "communiquer c'est transmettre et échanger avec l'autre des idées ou des émotions, c'est faire connaître ce que l'on perçoit, ce que l'on pense ou ressent. Il s'agit d'un mouvement de l'esprit et du cœur, un partage de sens qui, dirigé vers l'autre, fait appel ou non à la parole". La communication est composée de la communication verbale, de la communication non-verbale et enfin de la communication para-verbale. D'après le Professeur Albert Mehrabian, la communication verbale ne représente que 7% de la communication globale. 38% de la communication passe par les intonations, et enfin 55% par le langage gestuel. A savoir que le mode d'expression de ces derniers peut évoluer d'une culture à l'autre.

2.4.1 La communication verbale

La communication verbale implique l'utilisation des mots et expressions, via l'usage de la parole. Le choix des mots peut-être spontané, sans connotation particulière. En situation d'urgence, ce mode de communication peut s'instaurer à travers le recueil de données effectué par les secours.

C'est un point de départ dans l'établissement d'une relation avec le patient. L'impact des mots est important. Le manque de temps et la situation critique du patient obligent l'infirmier à adapter son vocabulaire afin d'être le plus clair et calme possible auprès du patient. Les manipulateurs en imagerie médicale François Egret et Anne Caillet (2018) expliquent qu'ils se sont rendus compte "que les termes qu'utilisent les professionnels spontanément sont souvent "normatifs"" et que "nous ne sommes jamais à l'abri, tout en souhaitant bien faire, de faire "tourner en rond" l'angoisse du patient. De même que le patient est pris aussi dans une spirale que lui-même ne peut pas toujours résoudre sans aide. Nous découvrons que la prise en charge relationnelle a besoin d'être constamment travaillée." En effet, en fonction des mots utilisés par les soignants, les émotions du patient peuvent varier. Ceci est notamment valable pour l'anxiété: si la communication de l'infirmier est maladroite, celle-ci peut augmenter l'anxiété du patient en situation d'urgence et au contraire, si elle est adaptée, peut rassurer le patient et le mettre en confiance. François Egret et Anne Caillet (2018) insistent sur l'idée que nous devons sans cesse, en tant que professionnels de santé, travailler notre prise en charge relationnelle.

2.4.2 La communication non verbale et le paralangage

Philippe Turchet, synergologue, définit la communication non verbale comme : "Tout mode de communication n'ayant aucun recours au verbe, c'est à dire utilisé - consciemment ou non - sans le recours du langage, des mots".

Margot Phaneuf (2011), elle, déclare: "La communication non verbale est un échange sans mots. La chair pense et le corps parle, même lorsque la bouche se tait." Les auteurs insistent donc sur le fait que la communication non verbale n'utilise pas le verbal, c'est-à-dire qu'elle n'utilise ni les mots ni les verbes. Cette communication passe exclusivement par le langage du corps et des expressions corporelles, du visage, des attitudes et des comportements. Et elle peut se faire de façon consciente ou inconsciente. En effet, Margot Phaneuf (2011) énonce que "la communication non verbale révèle une bonne partie de ce que nous exprimons volontairement et même involontairement."

La communication non verbale revêt différentes composantes qui peuvent être: l'aspect extérieur des personnes, la gestuelle, la proxémie, la posture, le toucher, l'expression faciale, le paralangage et le silence. Margot Phaneuf quand à elle, détaille: "olfaction, parures, regard, respiration, mimiques, expressions, sourire, gestuelle, voix, mouvements du corps, démarche, posture, distance, espace, toucher, silence, bruits, coloration de la peau, pauses".

Selon l'anthropologue Edward T. Hall (1971) la proxémie se définit comme "l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique, elle est liée à la communication". Il met en avant quatre distances possibles entre les

individus: la distance publique (lorsque l'individu s'exprime à voix haute devant un groupe), la distance sociale (qui est la distance entre deux personnes qui ne se connaissent pas ou peu), la distance personnelle (lors d'un échange entre deux personnes proches) et enfin la distance intime (qui fait référence à ce qu'il y a de plus privé chez l'individu, elle implique une certaine promiscuité permettant de ressentir la respiration, la chaleur, les odeurs, ..). C'est cette dernière qui est la plus présente dans un contexte d'urgence puisqu'elle implique de pouvoir examiner au plus près le patient pour relever l'ensemble des éléments cliniques contribuant à la pose d'un diagnostic. Le soignant va également être très proche du patient pour la réalisation des soins.

Margot Phaneuf (2011) insiste sur le fait que l'on accorde bien souvent une grande importance aux mots et très peu d'importance au langage non verbal, bien qu'ils soient complémentaires. Elle ajoute également que "Le Langage non verbal est un instrument par excellence de contact entre les humains et d'appui aux échanges verbaux." De plus, la communication non verbale "révèle une bonne partie de ce que nous exprimons" et que "le langage non verbal est si expressif qu'il peut même parfois se passer de mots".

La communication non verbale a un impact majeur sur la communication, est un outil idéal pour lire l'état émotionnel du patient, est un outil pour répondre aux besoins du patient. En effet, Margot Phaneuf (2011) dit que "comme nos expressions accompagnent, amplifient, nient ou prolongent nos paroles et qu'elles sont les véhicules de nos émotions et de nos sentiments, leur importance s'avère très grande dans la création de nos relations". Elle ajoute aussi qu'il est très important que l'IDE arrive à décrypter la communication non verbale du patient pour réagir en conséquence. Les signaux non verbaux sont beaucoup plus efficaces que leur équivalent verbal. La communication non verbale s'applique par des gestes simples, il faut juste en comprendre la signification, non seulement pour les interpréter mais aussi pour s'en servir comme outil de communication.

La communication non verbale occupe une place primordiale dans la création d'une relation de confiance. Nous n'y prêtons pas toujours assez d'attention mais il est important pour l'IDE de savoir déchiffrer cette communication et de savoir l'utiliser pour répondre aux besoins du patient. Margot Phaneuf (2011) précise qu'un "regard, un sourire, le toucher restent autant de moyen de rentrer en communication", pour rassurer et reconforter le patient.

2.4.3 L'observation, la perception et l'écoute

A travers la communication non verbale, de nombreux éléments ont un impact dans la relation avec le patient. Parfois, le soignant ne doit pas hésiter à laisser place au silence par exemple. Margot Phaneuf (2011) parle de la perception en affirmant qu'elle "possède des liens intimes avec l'observation car elle constitue la porte d'entrée à nos sensations et à nos impressions. C'est la prise de conscience par les sens ou l'esprit, avec ce que cela peut supposer de risques et de possibilités".

Selon le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015), l'écoute active est un type d'écoute qui implique un silence intérieur, ce qui exclut un questionnement immédiat, le fait d'émettre ses propres idées, d'interpréter, suivant ses propres valeurs et enfin, de ne pas interrompre le flot de paroles de la personne présente. L'écoute active se concrétise avec la reformulation qui résume l'histoire de la personne. L'attitude du soignant (congruence, communication para-verbale) permet d'exprimer son degré d'attention pour aider et favoriser le développement de la relation. Le soignant saura rester neutre, indépendant et distinguer les sentiments de la personne soignée, des siens. En d'autres mots, l'écoute active consiste à écouter les dires d'une personne sans intervenir, savoir être attentif aux signes de communication verbale et non-verbale sans soumettre son propre avis sur le sujet, tout en étant impartial. L'écoute active ou écoute bienveillante est primordiale afin de construire une relation d'aide avec le patient. Suite à cette écoute, il est nécessaire de reformuler les idées de la personne avec nos propres mots pour s'assurer d'avoir bien perçu le sens et les paroles de celle-ci. Le comportement du soignant lors de l'écoute active est très important car son non-verbal et son para-verbal permettent de montrer le degré d'intérêt que l'on porte aux paroles du patient, car on ne peut pas le transmettre avec des mots.

2.4.4 Les conséquences d'un manque de communication

Un manque de communication dans la prise en soins des patients en situation d'urgence peut avoir de nombreuses conséquences. En effet, ce manque peut majorer ou provoquer certaines émotions telles que de l'angoisse, du stress, de la douleur ou de la peur. L'émotion est définie par le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015) comme "l'expression verbale ou physique réactive, involontaire ou non, de personne affectée par la joie, la douleur, la colère, le chagrin, la perte...". Selon Michel Minder, professeur en sciences pédagogiques, l'émotion est un état psychophysiologique ayant un caractère de choc, se manifestant brusquement, comportant une phase de tension et une phase de détente. Elle est aussi définie par François Lelord et Christophe André, psychiatres, comme une réaction soudaine de tout notre organisme avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions).

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

de la crise d'angoisse à l'anxiété chronique. L'angoisse, même malgré une bonne communication, peut rester présente. C'est une émotion qu'on ne peut faire taire facilement.

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

Le psychologue Antoine Lazarus et le professeur Susan Folkman (1984) décrivent le stress comme une "transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être". Ce stress généré par la situation d'urgence est palpable pour le patient et les soignants.

Un manque de communication en situation d'urgence peut également majorer ou créer des douleurs et des peurs chez le patient. La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée, ou ressemblant, à celle liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle". En fonction de leur durée, on distingue les douleurs aiguës et les douleurs chroniques. Le ressenti de la douleur est un phénomène très subjectif qui peut-être extrêmement différent selon les individus, mais aussi chez une même personne, selon son environnement: contexte affectif, socio-culturel, ethnologique ou religieux... Ces éléments peuvent largement moduler la perception de la douleur. Toujours d'après l'IASP, il existe un lien étroit entre la douleur et le contexte psychosocial.

Selon le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2015), la peur est définie comme un "état affectif plus ou moins durable, pouvant débuter par un choc émotionnel, fait d'appréhension (pouvant aller jusqu'à l'angoisse) et de trouble (pouvant se manifester physiquement par la pâleur, le tremblement, la paralysie, une activité désordonnée notamment), qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire". Autrement dit, la peur peut se définir comme étant un statut émotif qui dure ou non dans le temps, qui émerge souvent par une charge émotionnelle ou l'appréhension joue beaucoup. Cet état émotionnel peut se manifester de différentes manières, allant de l'anxiété jusqu'à l'angoisse, avec des troubles somatiques plus ou moins visibles (sueurs, tremblements, paralysie, palpitations, ...). Il est secondaire à la prise de conscience d'un danger ou d'une menace qui peuvent être réels ou potentiels. La peur plonge la personne concernée dans un sentiment d'insécurité et de désarroi.

2.5- Le vécu du patient

Pour terminer ces recherches théoriques, le vécu du patient est également très important à prendre en compte pour dispenser des soins de qualité au patient. Selon l'infirmier Christophe Debout (2018), le milieu des urgences est régulièrement assimilé à la "détresse", et celle-ci peut-être de diverses natures: vitale, somatique, psychologique et sociale. Les patients entrent généralement avec l'espoir d'être guéris, soulagés et pris en considération par l'ensemble de l'équipe soignante. Etre admis dans un service d'urgence place l'individu dans une dynamique de stress, d'anxiété. Il se retrouve face à l'incertitude, dans un milieu souvent méconnu et anxiogène. La façon dont ce stress et cette anxiété seront gérés par le patient dépendra de sa capacité à gérer ses émotions, mais également des relations qu'il exercera avec l'ensemble de l'équipe soignante ainsi que du contexte et du degré d'urgence dans lequel il sera admis aux urgences. En effet, la communication et les relations créées avec les membres de l'équipe joueront pour beaucoup dans le vécu du patient sur son séjour aux urgences. C'est donc pour cela que la qualité de la communication et de la relation avec le patient est primordiale dans les services et situations d'urgence.

III- La méthode d'enquête

3.1- Objectifs de l'enquête

Cette enquête a pour but de confronter le résultat de mes recherches théoriques à la réalité du terrain, en partageant l'expérience de professionnels en service.

Ainsi, les entretiens m'ont permis de répondre aux objectifs suivants:

Définir le contexte de l'urgence et ses particularités.	Caractériser ce qu'est une situation d'urgence. Identifier les défis de l'IDE dans une situation d'urgence. Mettre en évidence les qualités requises chez le soignant. Se rendre compte des ressources et des besoins de l'IDE en situation d'urgence et évaluer la nécessité d'une formation spécifique pour travailler en service d'urgence.
Comprendre la relation soignant-soigné qui se met en jeu entre le soignant et le patient dans un contexte d'urgence.	Mesurer la place accordée à la "dimension relationnelle" avec le patient en situation d'urgence. Montrer comment la dimension relationnelle est mise en place avec le patient. Mettre en évidence les éléments qui vont influencer la relation soignant-soigné dans le contexte d'urgence.
Déterminer en quoi la communication influence la prise en soins du patient dans une	Identifier la place accordée à la communication en situation d'urgence. Déterminer les conditions favorisant la prise en soins du

situation d'urgence.	patient et les éléments à prendre en compte pour établir une relation de confiance avec le patient. Mettre en évidence les conséquences d'un manque de communication.
Prendre conscience de l'impact psychologique et physique des situations d'urgence rencontrées sur les soignants.	Identifier les moyens mis en place par les soignants pour se protéger de l'impact des situations rencontrées.

3.2- Dispositif d'enquête

J'ai choisi de mener mon enquête en réalisant des entretiens de type semi-directifs, suivant un guide d'entretien élaboré au préalable (annexe I), cela afin de favoriser un échange ouvert. Ma grille d'entretien s'est construite autour de ma question de départ qui traite de l'impact de la communication avec le patient dans les situations d'urgence. Dès ma question de départ, j'ai développé trois grands axes: le contexte d'urgence, la relation soignant-soigné et la communication. C'est d'ailleurs ces thèmes là qui cadrent mon travail de recherche et ma grille d'entretien. Dans les deux cas, j'ai commencé par développer mon sujet autour de l'urgence. En effet, le point de départ de ma situation s'est déroulé dans un contexte d'urgence. C'est la dimension relationnelle autour de cette thématique que je cherche à comprendre tout au long de ce travail à travers les soins relationnels et la communication qui se mettent en place dans la relation soignant-soigné que l'infirmier entretient avec le patient.

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes sur les thèmes de mon sujet pour que les professionnelles interrogées puissent s'exprimer librement tout en restant dans le cadre de ma question de départ. Le guide m'a permis de conserver une trame lors des entretiens et de revenir parfois sur certains termes à aborder ou approfondir. Cet outil d'enquête a permis de confirmer les éléments que je recherchais. Lors de la réalisation des différents entretiens infirmiers, j'ai constaté de nombreuses similitudes entre les réponses des trois infirmières interrogées.

Pour répondre plus précisément à mes interrogations, j'ai orienté mes entretiens vers trois professionnelles infirmières régulièrement confrontées à des situations d'urgence en intra-hospitalier dans les services d'urgence ou lors de missions en urgences pré-hospitalières. Dans l'ordre de réalisation de mes entretiens, j'ai commencé par l'infirmière n°1, diplômée depuis 2009. Elle a exercé sur une petite période (6 mois) en service d'urgence. Elle exerce maintenant depuis 10 ans au bloc opératoire et parallèlement elle est depuis 6 ans infirmière sapeur pompier volontaire intervenant sous protocole en véhicule léger infirmier au sein du Service départemental d'incendie et de secours.

L'infirmière n°2 est diplômée depuis 2012. Pendant 7 ans, elle a exercé dans différents services hospitaliers de médecine et de chirurgie. Elle a également eu une expérience d'1 an en cabinet libéral puis exerce depuis 2 ans au sein d'un service d'urgences. Parallèlement, elle exerce dans le domaine de l'urgence pré-hospitalière en tant qu'infirmière sapeur pompier volontaire au sein du Service départemental d'incendie et de secours.

L'infirmière n°3, quant à elle, est diplômée depuis 2003. Elle a travaillé pendant 6 ans en service de réanimation chirurgicale avant d'entrer en formation d'infirmier anesthésiste. Elle est diplômée IADE (infirmier anesthésiste) depuis 2011 et exerce depuis en tant qu'infirmière anesthésiste au bloc opératoire de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire. Parallèlement, dans le cadre de la continuité des soins, elle effectue des gardes au bloc opératoire des urgences et au SMUR (service médical d'urgence et de réanimation).

J'ai mené ces différents entretiens au début du mois de mars, pendant mon premier stage du semestre 6 de la formation. Ils se sont déroulés sur les lieux de travail (centre d'incendie et de secours pour les infirmières n°1 et n°2 et salle du personnel du bloc opératoire pour la troisième). L'entretien de l'infirmière n°2 a eu lieu durant son temps de garde tandis que pour l'infirmière n°1 et l'infirmière n°3 les entretiens ont eu lieu en dehors de leur temps de travail. Avant tout entretien, l'anonymat et la confidentialité des entretiens ont été garantis auprès des professionnelles que j'ai interrogées et enregistrées au moyen d'une application sur mon téléphone portable, avec leur accord. Le tutoiement a été suggéré d'emblée par les infirmières et a permis de favoriser un rapport de proximité au cours des entretiens, plutôt qu'un rapport étudiante/professionnelle, ce qui a contribué à instaurer un climat de confiance.

3.3- Les limites de l'enquête

Je me suis rendue compte qu'il n'est pas simple de mener un entretien, même avec l'aide d'un guide d'entretien comme support. En effet, je n'avais pas envie de rester uniquement focalisée sur les questions que j'avais préparées, afin de laisser une certaine liberté d'expression aux professionnelles interrogées. Cependant, il n'est pas toujours évident de recadrer la discussion et suivre le fil des questions tout en voulant conserver une certaine spontanéité dans l'échange. Aussi, il convient de préciser que toutes les infirmières interrogées répondaient à plusieurs parties de l'entretien alors que je posais seulement une question, ce qui laisse supposer que par moment, mes questions n'étaient peut-être pas assez ciblées. J'ai également constaté des répétitions et similitudes dans les réponses aux questions portant sur les deuxième et troisième thèmes (la relation

soignant-soigné et la communication). Malgré tout, certains éléments clés transmis permettent d'éviter les répétitions dans le traitement et l'analyse de mes données empiriques.

IV- Analyse descriptive et interprétative des entretiens

4.1- Le contexte de l'urgence

Les 3 infirmières interrogées seront nommées IDE 1 (infirmière au bloc opératoire et infirmière sapeur pompier), IDE 2 (infirmière en service d'urgences et infirmière sapeur pompier) et IDE 3 (infirmière anesthésiste au bloc opératoire de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire et infirmière au SAMU/SMUR). J'ai choisi d'interroger les professionnelles sur leurs différentes expériences professionnelles et notamment celles de l'urgence, afin d'observer s'il existe des différences de discours en fonction du niveau d'expérience de chacune. L'IDE 1 est infirmière depuis 13 ans, avec 6 mois d'expérience en service de soins intensifs et 6 mois en service d'urgences puis 4 ans en tant qu'infirmière sapeur pompier volontaire, en préhospitalier. L'IDE 2 est diplômée depuis 10 ans. Elle m'explique qu'à la sortie de la formation elle souhaitait directement exercer en service d'urgences ou de réanimation mais qu'il lui a été conseillé à ce moment-là d'acquérir d'abord un peu d'expérience. Elle a exercé dans divers services de médecine et de chirurgie puis 7 ans en libéral. Elle est depuis 2 ans infirmière en service d'urgences et également infirmière sapeur pompier volontaire depuis 6 ans. L'IDE 3 est infirmière depuis 19 ans et infirmière anesthésiste depuis 11 ans. Elle dispose d'une expérience de 6 ans en service de réanimation et d'une expérience de 10 ans au SAMU/SMUR.

Ces 3 professionnelles ont toutes une expérience significative de l'urgence, que ce soit en milieu hospitalier ou en préhospitalier. Elles peuvent donc avoir toutes les 3 un avis critique sur la thématique de la communication avec le patient en situation d'urgence.

4.1.1 Caractéristiques et défis de l'urgence

Pour commencer, j'ai souhaité interroger les infirmières sur leur définition de l'urgence et ce qui caractérise l'urgence, afin de me rendre compte de leur point de vue en tant que professionnelles de santé. Cela m'a permis de me rendre compte de l'idée que se fait de l'urgence chaque professionnel et quels sont les points importants qu'ils abordent dans leur définition. Pour Emma et Louise, IDE n°1 et n°3, l'urgence c'est l'imprévu, lorsque la situation ne se passe pas comme il était prévu que ça se passe, ne correspond pas aux attendus et va modifier le déroulement normal de la prise en soins.

Les trois entretiens que j'ai menés m'ont permis ensuite de préciser cette définition de l'urgence en ajoutant à la notion d'imprévu des caractéristiques cliniques et des caractéristiques psychologiques. En effet, les infirmières n°1 et n°2 ont mis en évidence qu'une situation d'urgence se définit aussi par la symptomatologie du patient et la gravité de son état de santé. Emma, l'IDE n°2, indique qu'une situation d'urgence "C'est déjà la clinique. [...] C'est quand tu vois la personne déjà cliniquement sans prendre les paramètres vitaux. Tu te fais déjà un ordre d'idée de savoir si elle est critique ou non critique. [...] Tu vois si ça touche le neuro, si ça touche le cardio ou si ça touche la respi. [...] Si tu as déjà une des trois qui dysfonctionne c'est que déjà tu as une victime qui est critique. [...] là c'est une situation d'urgence du coup". Les attitudes et émotions des soignants vont également caractériser l'urgence puisque comme le souligne Emma "on peut se sentir démunis. [...] t'as un peu les pétoches. [...] Tu fais ce que tu peux. Tu te sens impuissant." Elle ajoute alors "On est plus vigilant, plus au taquet. On arrête de discuter [...], on essaie d'être là."

Pour mieux me rendre compte de ce que c'est que d'exercer dans un contexte d'urgence, j'ai questionné les trois professionnelles sur ce que peuvent être les défis de l'IDE dans un contexte d'urgence. D'après les réponses obtenues, j'ai pu distinguer des défis d'ordre plutôt professionnel comme les savoirs puis la réactivité et l'organisation et des défis d'ordre relationnel qui seraient la gestion du stress, la relation soignant-soigné et la communication. Concernant les savoirs, les trois infirmières indiquent qu'il ne faut pas faire d'erreur, rester attentif et vigilant. Elles précisent également qu'il faut rester à l'écoute, des autres et aussi de ses connaissances. Il est nécessaire d'avoir toutes les clés en mains et mettre toutes les chances de son côté pour que la prise en soins soit optimale. L'infirmière du service des urgences ajoute que sur le plan technique "on te demande d'être un bon technicien, savoir piquer, savoir préparer tes seringues et tout ça". Après les savoirs, l'infirmière du SAMU/SMUR évoque également le défi de la réactivité, de l'anticipation et de l'organisation. Les professionnelles déclarent qu'en situation d'urgence il faut savoir quoi faire au bon moment et conserver une vision de la situation dans sa globalité.

En plus des défis d'ordre professionnel, les soignantes interrogées ont évoqué des défis d'ordre relationnel. Le stress et plus précisément la gestion du stress est évoqué par l'infirmière n°1 "[...] t'as toujours une pression donc il faut gérer la pression." mais aussi par l'infirmière n°2 "Les défis en contexte d'urgence... Et ben pour moi mon défi c'est canaliser le stress." On peut voir ensuite que la relation soignant-soigné est aussi un défi pour les IDE dans leur exercice en contexte d'urgence. Les trois professionnelles sont unanimes et déclarent qu'il est important de rester à l'écoute et attentif envers le patient. La communication est le 3ème défi d'ordre relationnel que j'ai pu identifier suite aux trois échanges avec les infirmières. Les infirmières 1 et 2 n'en ont pas directement parlé au

moment de ma question sur les défis de l'infirmier(e) en situation d'urgence mais l'ont abordé dans la suite de nos échanges. Par contre, l'infirmière du SAMU/SMUR a insisté sur ce sujet en indiquant qu'il faut expliquer la situation et les actes au patient en utilisant des mots simples et le feed-back pour confirmer que l'information a bien été entendue. Elle précise que l'échange est important avec le patient mais aussi entre les professionnels.

4.1.2 Qualités requises du soignant dans un contexte d'urgence

Je me suis intéressée ensuite aux qualités requises chez le soignant pour travailler dans un contexte d'urgence afin de savoir si certaines qualités sont tout particulièrement nécessaires. D'après mes échanges avec les trois professionnelles interrogées, j'ai pu mettre en évidence comme importantes des compétences professionnelles, des qualités organisationnelles, des capacités réflexives, des qualités relationnelles et une bonne maîtrise des émotions.

Concernant les qualités relationnelles tout d'abord, nécessaires pour le soignant, les infirmières ont évoqué à plusieurs reprises l'empathie, l'écoute, la tolérance, le self-control et la bonne humeur, ainsi qu'une bonne communication. Après les qualités relationnelles a été évoqué par l'infirmière n°2, qui travaille en service d'urgences, la maîtrise des émotions. Elle explique "Déjà canaliser son stress, parce que je pense que si tu es stressé ça ne marche pas". Les trois professionnelles ont aussi évoqué comme qualités importantes chez un soignant exerçant en service d'urgence des qualités organisationnelles, des capacités réflexives et des compétences professionnelles. Ainsi, Louise, qui exerce au SAMU/SMUR, explique qu'il est nécessaire d'avoir "une rigueur dans son travail, une capacité à anticiper les choses, une capacité à être organisé, le plus possible". L'infirmière du service des urgences ajoute "Avoir une bonne observation clinique, en fait tout observer. Savoir se remettre en question. Toujours se poser les bonnes questions".

4.1.3 Les ressources et les besoins de l'IDE en situation d'urgence

Pour terminer cette première partie consacrée au contexte de l'urgence, j'ai demandé aux infirmières que j'ai rencontrées quelles peuvent être les ressources puis les besoins de l'IDE en situation d'urgence. Au cours des entretiens, j'ai d'abord pu relever différents besoins comme des besoins de matériels et de protocoles. Les trois professionnelles évoquent ensuite des besoins en termes d'acquisition d'expérience, de doublure et de formation. L'infirmière n°2 indique que de part son parcours dans différents services avant d'intégrer le service des urgences, elle a pu acquérir une certaine expérience qui lui est très utile aujourd'hui dans son exercice aux urgences. Les autres infirmières précisent qu'une certaine connaissance du milieu des urgences est un plus et qu'une fois dans le service en lui-même il faut savoir approfondir les soins techniques, faire des recherches et creuser la spécialité. J'ai pu aborder avec Emma, l'infirmière n°1, la question de la formation et de la

doublure lors de la prise de poste qui pense que "si tu arrives à avoir une doublure, déjà c'est bien" et que s'il est possible d'avoir une formation c'est également un plus. Les deux autres infirmières n'ont pas forcément partagé son point de vue sur la question de la formation. Elles ont expliqué que selon elle il n'y a pas de besoins en termes de formation pour exercer dans le contexte de l'urgence mais ont plutôt évoqué l'expérience propre de chaque professionnel qui s'acquiert au fil du temps.

Toujours parmi les besoins des IDE en situation d'urgence, l'infirmière exerçant au SAMU/SMUR mentionne des aptitudes relationnelles à avoir "Infirmier aux urgences il faut avoir des qualités relationnelles ou en tous cas d'écoute et de patience." Dans le même esprit, Louane, l'infirmière des urgences, ajoute un besoin en terme de maîtrise des émotions. Le dernier besoin que j'ai pu identifier au cours des entretiens est un besoin d'accompagnement et de soutien psychologique comme l'évoque l'infirmière n°1 "tu as aussi besoin de souffler, de décrocher, et des fois, de parler de ta journée, des situations qui t'ont choquée, touchée, blessée, peu importe...".

Des ressources ont également pu être identifiées avec l'aide des trois professionnelles que j'ai interrogées. Il a été évoqué les cadres de santé, par l'infirmière n°1. Elles ont aussi parlé des autres professionnels et de l'équipe, mais également de la famille et l'entourage (mère, amis, ...). Pour finir l'infirmière n°2 complète la liste "il peut y avoir les psychologues qui peuvent être là sur des situations compliquées".

A distinguer des ressources, l'infirmière n°1 a également évoqué des prédispositions chez certains soignants pour travailler dans des services spécifiques comme le service des urgences ou les contextes d'urgence en préhospitalier. Ainsi, elle déclare "il y a des gens qui sont faits pour chaque service. Que ça soit de l'urgence ou pas. D'autant plus dans de l'urgence mais aussi final dans tout. [...] Tu veux travailler dans un service d'urgence, si t'es pas fait pour de l'urgence, que tu as du mal à gérer tes émotions, à gérer du stress, que tu as du mal à écouter l'autre, que tu n'arrives pas à travailler en équipe, que... [...] Donc déjà je pense qu'il faut des prédispositions [...] Donc voilà oui déjà une base qui te plaise quoi, qui te motive à faire ça. [...] Tout ça c'est des services où il faut que tu aies un truc en toi qui te motive, qui te bouge pour faire ça, qui te fasse vibrer".

4.2- La relation soignant-soigné

Dans une deuxième partie, consacrée à la relation soignant-soigné, j'ai tout d'abord voulu m'intéresser à la place accordée à la dimension relationnelle avec le patient dans les situations d'urgence, puis à la façon dont cette dimension relationnelle est mise en place. J'ai ensuite interrogé les professionnelles sur les éléments qui selon elles influencent la relation soignant-soigné dans un contexte d'urgence.

4.2.1 La dimension relationnelle avec le patient en situation d'urgence

Il est ressorti des entretiens avec les trois infirmières que la place accordée à la dimension relationnelle est très importante, même primordiale pour les soignants. Les professionnelles interrogées ont ensuite explicité les intérêts de la dimension relationnelle auprès du patient dans un contexte d'urgence, montrant ainsi que sans cette dimension relationnelle il n'y aurait pas de relation soignant-soigné et le déroulement de la prise en soins serait totalement différent voire même très compliqué. L'IDE n°1 déclare "Ça fait tout. Ça fait toute la prise en charge". L'infirmière n°3 précise "Ça peut quelquefois déterminer l'issue. [...] Ça a quand même plusieurs vertus. Il y a une relation qui s'installe entre le patient et l'infirmier qui est riche [...] Et puis la deuxième chose, quelquefois ça permet de faire un diagnostic différentiel. [...] C'est essentiel. Et ça permet d'établir un lien déjà, une petite relation de confiance. [...] Et ça permet de créer un lien de confiance, de libérer la parole aussi et d'améliorer je pense la prise en charge globale du patient". Tous ces bénéfices apportés par la dimension relationnelle mise en place avec le patient ont un impact positif sur ce dernier, qui est déjà fortement touché par le contexte de l'urgence comme l'ont justement souligné les trois IDE. Ce dernier a mal, a peur, est inquiet, stressé par la situation en elle-même qui est déjà très anxiogène. J'ai ensuite demandé aux professionnelles rencontrées comment elles mettent en place cette dimension relationnelle au quotidien, avec les patients qu'elles prennent en soins. De leurs réponses, deux grands axes se sont dégagés qui permettent de mettre en place la dimension relationnelle: des savoirs-être et des savoirs-faire. L'infirmière n°1 détaille "Le plus simplement possible. En fait d'humain à humain, comme quand on rencontre quelqu'un dans la vie de tous les jours quoi. [...] Il faut être un peu avenant. Il faut laisser de la place en fait à cette relation. [...] d'humain à humain" et l'infirmière n°3, Louise, indique "Alors déjà en me présentant. Je me présente "bonjour". Comment... Je me présente".

L'infirmière n°1 précise alors comment elle fait pour instaurer cette dimension relationnelle avec le patient "Un sourire, un bonjour. [...] Tu souris, tu dis bonjour. Tu montres que tu vas l'écouter, que tu es là pour lui. Que tu es là pour le côté psychologique, pour l'écouter, pour discuter s'il a besoin". Et l'IDE n°3 quant à elle "je me mets à leur hauteur. On va dire, si le patient est allongé, je ne vais pas rester debout face à lui, je vais m'agenouiller pour être un peu plus à sa hauteur. [...] Et puis ensuite, j'explique ce que je fais. [...] Et puis je m'assure qu'il est bien installé".

4.2.2 Eléments influençants la relation soignant-soigné dans le contexte d'urgence

Le contexte de l'urgence étant bien spécifique, je me suis demandée si des éléments peuvent influencer la relation soignant-soigné dans ce contexte. Les réponses des IDE interrogées m'ont

permis d'identifier des éléments en lien avec le contexte, d'autres en lien avec les émotions et pour finir d'autres éléments en lien avec le ressenti du patient.

Concernant le contexte, la relation soignant-soigné va dépendre de la situation en elle-même, des autres professionnels intervenants, du patient et de la charge de travail. Ainsi, l'IDE 1 explique "Quelqu'un qui va avoir une grosse plaie ou une grosse bosse, ou un gros hématome, une grosse brûlure.. Il va être focalisé là-dessus. Du coup, il ne va plus t'écouter car il va être sur son truc. Tu auras beau développer toutes les caractéristiques que tu peux, toutes les bonnes ondes que tu peux... lui va rester figé sur son truc." L'IDE n°3 ajoute "quelquefois la gravité de la situation. La gravité de la situation qui fait que... comment dire. On sait que c'est grave et en même temps on veut rassurer".

Les autres professionnels peuvent également influencer cette relation soignant-soigné comme l'expliquent l'infirmière sapeur-pompier et l'infirmière du SAMU/SMUR. En effet, les collègues peuvent intervenir sans cesse et interrompre la communication que l'infirmier essaie de mettre en place avec le patient. Le patient lui-même va également impacter la relation soignant-soigné, en fonction de son âge notamment comme l'explique l'infirmière n°1 "Si c'est des enfants peut-être aussi. [...] Aussi, les personnes handicapées. [...], la prise en charge va être très difficile".

L'infirmière exerçant en service d'urgence indique aussi que la charge de travail peut influencer sur la relation soignant-soigné: "Le fait d'avoir énormément de travail, de ne pas prendre le temps. [...] Tu n'as pas le temps. [...] Mais en gros la quantité de travail, le manque de personnel, le manque de temps. On a pas le temps...".

La relation soignant-soignée, selon les professionnelles interrogées, peut également être impactée par les émotions et notamment le stress. Comme le dit l'infirmière n°1 "Les émotions du patient, sa façon de penser. Il a peur, il a mal, il est inquiet...". L'infirmière du SAMU/SMUR précise "l'agressivité ou les émotions que peut ressentir le patient. [...] l'agressivité du patient peut rentrer en jeu je pense." Concernant le stress, elle indique aussi "ça peut-être le stress induit. Induit par le patient, qui peut transmettre son stress. Induit par les autres professionnels, qui peuvent mettre une pression. [...]tu ne peux pas à la fois essayer de gérer ton stress et à la fois créer une relation de qualité avec le patient. Donc ça je pense que c'est un élément qui peut influencer la relation".

Pour finir, les entretiens m'ont aussi permis de mettre en évidence comme éléments influençant la relation soignant-soigné: la douleur, l'intimité et les croyances du patient. Concernant la douleur, l'infirmière n°1 explique "Dans une situation d'urgence, il peut y avoir la douleur du coup. Parce que quelqu'un qui a très mal ne sera plus apte en fait". Elle ajoute aussi que les croyances du patient peuvent impacter la relation "Ca peut-être la relation homme-femme. Dans certaines religions par exemple, ... Une femme qui s'est fait mal, qui s'est blessée ou autre. Si c'est un homme qui va la

prendre en charge, ça peut la déranger. [...] Parce que dans sa religion... On peut comprendre que ça puisse venir perturber cette prise en charge". L'infirmière n°2, qui travaille en service d'urgences, évoque la notion d'intimité comme pouvant influencer la relation entre le soignant et le patient.

On peut donc se rendre compte de toute la complexité à établir une relation soignant-soigné correcte avec le patient puisque dans un contexte d'urgence de nombreux éléments peuvent entrer en jeu et totalement influencer la relation.

4.3- La communication dans les situations d'urgence

Ensuite, j'ai souhaité aborder la question de la communication, notamment dans les situations d'urgence. Je voulais savoir comment les infirmiers communiquent avec le patient dans ce contexte. Qu'est ce que cette communication pouvait apporter et impliquer ? Nous allons donc voir dans un premier temps la place accordée à la communication en situation d'urgence et son influence sur la prise en soins du patient. Ensuite j'évoquerais les conditions favorisant la prise en soins du patient dans un contexte d'urgence et les éléments à prendre en compte pour établir une relation de confiance. Et pour finir je parlerai des conséquences liées à un manque de communication.

4.3.1 Place de la communication et son influence sur la prise en soins du patient

Les entretiens menés auprès des infirmières ont permis de constater que dans leurs pratiques professionnelles, la communication occupe une place très importante, voire la première place. Au fil des échanges avec les professionnelles, j'ai pu identifier deux grandes influences de la communication sur la prise en soins du patient: une influence d'abord sur le plan technique, puis une influence sur le plan relationnel. Sur le plan technique, la communication permet de comprendre et de mener une bonne prise en soins. Ainsi, l'infirmière n°1 explique "ça permet de comprendre. [...] Donc déjà comprendre, comprendre notre prise en charge en fait. Comprendre comment on s'occupe de ce patient là mais comprendre aussi la prise en charge. Pourquoi on en est là, pourquoi on s'occupe de cette personne ? Et donc du coup il n'y a que la communication qui permet de savoir". L'infirmière n°2 ajoute que la communication permet pour le patient "d'améliorer son état clinique" et l'infirmière du SAMU/SMUR complète en expliquant que la communication influence la prise en soins "dans un sens positif [...] ça donne le ton à la prise en charge. [...] pour moi c'est en fait essentiel pour améliorer la prise en charge. [...] qui va aboutir sur une prise en charge complète et sur une satisfaction de la part du soignant". Sur le plan relationnel, la communication avec le patient permet d'apaiser les ressentis du patient. Ce dernier se sentira entendu et compris. Il sera ainsi moins stressé. En plus de cela, une relation de confiance peut s'établir comme l'ont indiqué les trois professionnelles interrogées.

4.3.2 Conditions favorisant la prise en soins du patient et une relation de confiance

La communication avec le patient dans les situations d'urgence occupe donc une place très importante pour les professionnelles que j'ai interrogées et influence positivement la relation soignant-soigné, notamment en permettant la création d'une relation de confiance. J'ai donc voulu en savoir plus sur les conditions qui favorisent la prise en soins du patient, toujours dans un contexte d'urgence, et sur les éléments à prendre en compte pour établir une relation de confiance avec ce dernier. Mes échanges avec les trois infirmières que j'ai rencontrées dans le cadre de ce mémoire m'ont permis d'identifier 4 grandes conditions favorisant la prise en soins du patient dans un contexte d'urgence. Il y a d'abord les aptitudes relationnelles qui sont importantes et nombreuses pour favoriser la prise en soins du patient. Ce sont par exemple le dialogue, l'écoute, l'attention et la compréhension. Les professionnelles ont aussi cité la confiance et l'empathie.

“Je pense que du coup si tu arrives à établir avec ta communication une relation de confiance et bien tu auras déjà une bonne prise en charge de ton patient”, explique ici l'infirmière n°1 pour montrer que la relation de confiance favorise une bonne prise en soins du patient. Et l'infirmière n°3 ajoute qu'il faut “mettre le patient en confiance”. D'après les trois professionnelles, l'adaptabilité et la technicité sont aussi des conditions qui favorisent la prise en soins du patient.

Ces conditions favorisantes peuvent se recouper avec d'autres éléments à prendre en compte pour établir la relation de confiance avec le patient. Les professionnelles interrogées m'ont parlé de l'importance du relationnel mais aussi de la personne soignée en elle-même et du positionnement du soignant également. Elles insistent toutes les 3 sur l'importance du relationnel au moyen du toucher mais également du regard avec le sourire et une fois de plus l'empathie, l'écoute et l'attention. Louise, l'infirmière du SAMU/SMUR, précise “le dialogue, le regard.. Répondre aux questions, savoir dire quand on ne sait pas. [...] Donc si on ne sait pas on le dit, et on va aller chercher la réponse. [...] La relation de confiance, c'est vraiment la communication verbale et non-verbale que l'on établit avec le patient. Regarder, parler en regardant et non pas parler en faisant autre chose. Se montrer vraiment là. Après quelquefois ce n'est pas forcément parler mais tenir la main, toucher. [...] Et donc l'usage des mots est important. Utiliser des mots avec une connotation positive, c'est essentiel. C'est un peu ce que l'on appelle la communication thérapeutique. [...] L'usage des mots est surtout très important”. Pour établir une relation de confiance avec le patient, il est important également de tenir compte du patient en lui-même. Comme l'expliquent Emma, l'infirmière n°1, et Louane, l'infirmière du service des urgences, en fonction de l'âge du patient, de ses antécédents, de son degré d'autonomie, ... la prise en soins ne sera pas la même et la relation de confiance se construit différemment.

Louise, l'infirmière des urgences, n'a pas évoqué, elle, cette adaptation en fonction du patient mais plutôt un bon positionnement que le soignant doit adopter "Les éléments à prendre en compte. [...] la position... Se mettre à sa hauteur. [...] Ne pas tourner le dos".

4.3.3 Les conséquences d'un manque de communication

Après avoir parlé de l'importance de la communication pour une bonne prise en soins des patients dans un contexte d'urgence et notamment pour établir une relation soignant-soigné, j'ai voulu m'intéresser plus précisément aux conséquences qui peuvent découler d'un manque de communication. Le manque de communication peut avoir des conséquences sur la prise en charge en elle-même. Celle-ci ne sera pas optimale et complexe car le soignant n'arrivera pas à cibler les besoins du patient. Cela pourra aussi avoir des conséquences sur le patient et le soignant, en apportant de l'incompréhension, du stress, une non-adhésion du patient et une déshumanisation de la relation.

4.4- Impact des situations d'urgence sur les soignants

De par mon expérience en tant qu'étudiante infirmière en stage ou en tant que sapeur-pompier volontaire en parallèle, j'ai souhaité m'intéresser à l'impact des situations d'urgence sur les soignants. Il ressort de mes échanges avec les trois professionnelles que les situations d'urgence ont un impact sur les soignants, que celui-ci soit psychologique ou physique. Sur le plan psychologique, l'infirmière n°1 déclare "ça te met dans tous tes états en rentrant [...] tu y penses après coup". L'infirmière des urgences précise: "Au niveau psychologique oui [...] Et si psychologique ça c'est sûr [...] sur les deux grosses situations d'urgence que j'ai eues, sur les arrêts cardios des deux petites... Et bien j'ai galéré. La première j'ai mis du temps à m'en remettre [...] j'ai fait un contre transfert en voyant ma fille". Louise confirme "Toutes les situations d'urgence ont un impact psychologique. Toutes. Elles ont toutes un impact... Sur le moment, l'impact psychique, ça va être le stress que tu ressens [...] On se refait toujours l'histoire... toujours l'histoire".

Seule l'infirmière du service des urgences parle de l'impact physique "Au niveau psychologique oui. Physique je pense aussi parce que des fois quand tu es stressée.... forcément tu prends. Tu sais des fois tu peux avoir des courbatures le lendemain".

Il ressort aussi des entretiens que l'impact sera plus ou moins conséquent, en fonction de la nature des situations rencontrées. Mais comme l'évoque l'infirmière des urgences, certains comportements comme le fait de ne pas reparler des faits, vont aussi influencer la gravité de cet impact physique ou psychologique: "Mais parce que je n'en ai pas parlé. Et parce qu'on a pas trop débriefé".

Suite à ce constat que les situations d'urgence ont un impact sur les soignants, j'ai demandé aux trois professionnelles rencontrées ce qu'elles mettent en place pour se protéger. Ainsi, l'IDE 1 a évoqué le fait de prendre de la distance et/ou de passer le relais quand on ne se sent pas capable de gérer la situation. L'infirmière du service des urgences, elle, a évoqué le fait de relativiser sur la situation: "Enfin moi c'est ce que je me dis: "la personne est déjà dans la merde et du coup je ne peux pas l'aggraver en soit parce que justement je ne peux lui apporter que du bénéfice". Donc déjà en soit ça t'enlève un stress. De deux, je me dis je ne suis pas incompétente". Elle parle aussi de l'importance de coopérer, travailler en équipe et ne pas hésiter à demander aux autres professionnels en cas de doute. L'IDE du SAMU/SMUR, quant à elle, insiste donc aussi sur l'expérience, qui est importante pour pouvoir se prémunir de l'impact des situations d'urgence.

L'infirmière n°2 m'explique aussi qu'elle prend des nouvelles de ses patients ou victimes: "Et moi je sais un truc que je fais... Après je ne sais pas si c'est bien ou pas mais je vois pour les deux arrêts, et bien j'ai appelé le lendemain le CHU pour avoir des nouvelles [...] c'était la finalité pour moi en fait. Du coup j'avais fait mon truc. Et dans ma tête, ma phase "de deuil" était passée. Et je n'ai pas repris de nouvelles après. C'était juste pour savoir où ça en était".

Pour finir, l'infirmière des urgences et l'infirmière du SAMU/SMUR insistent sur le fait de parler et se faire accompagner en cas de besoin. Elles évoquent notamment les débriefings, qui sont essentiels pour revenir sur les situations qui ont été difficiles à vivre pour les équipes.

V- Discussion

Afin de terminer mon travail de recherche, je vais confronter les points de vue des professionnelles que j'ai rencontrées avec mes recherches théoriques. Cela a pour but de répondre à ma question de départ "*Dans quelle mesure la communication du soignant influence-t-elle la prise en soins d'un patient dans un contexte d'urgence ?*" et la conduire vers une problématique de recherche. Ça me permettra également de me positionner en tant que future professionnelle.

A travers mon cadre conceptuel, j'ai pu trouver des éléments pouvant répondre à ma question de départ. Les infirmières interrogées m'ont également apporté des éléments de connaissance qui me seront très utiles dans ma pratique professionnelle.

5.1- L'urgence

Au cours de mes recherches sur l'urgence, j'ai constaté que toutes les définitions se rejoignent autour de l'idée d'imprévu, d'inattendu. C'est aussi comme cela que les professionnelles que j'ai rencontrées définissent l'urgence. Une situation d'urgence est une situation qui n'était pas

prévue et qui surprend. Mes recherches évoquaient aussi la notion du délai, qui est court dans l'urgence. En effet, les situations d'urgence sont des situations qui ne peuvent être différées et doivent être traitées dès que possible. C'est aussi l'idée que je me fais d'une situation d'urgence à travers ce que j'ai pu voir dans mes pratiques en tant qu'étudiante infirmière ou sapeur pompier volontaire.

Un autre élément de l'urgence qui a été abordé par les professionnelles, et qui se recoupe avec mes recherches théoriques, est la notion de gravité. On utilise souvent le terme "urgence" pour désigner un patient ou une victime dont l'état de santé est critique, lorsqu'il y a notamment l'atteinte d'au moins une des trois fonctions vitales, ou un patient qui va "décompenser" c'est à dire dont l'état de santé va se dégrader au fil des minutes.

En se plaçant du côté des soignants, l'urgence va être caractérisée par les émotions de ces derniers. Comme j'ai pu le voir au cours de mes recherches, les soignants ressentent des émotions qui peuvent être exacerbées dans les situations d'urgence. Et c'est aussi ce qu'ont exprimé les infirmières que j'ai interrogées. Lors d'une situation d'urgence le soignant peut se sentir démuni, anxieux. Il peut avoir peur aussi. Il faut rester vigilant et le plus efficace possible. Les professionnelles interrogées m'ont expliqué que les situations d'urgence comportent plusieurs défis d'ordre professionnel comme les savoirs (il ne faut pas faire d'erreur, rester attentif et vigilant, être à l'écoute de ses connaissances), la réactivité, l'organisation puis des défis d'ordre relationnel tels que la gestion du stress, la relation soignant-soigné (rester à l'écoute du patient) et la communication. Elles ont par la suite insisté sur le fait que tous ces défis sont gérés plus facilement avec l'habitude et l'expérience comme j'ai pu le lire lors de mes recherches. C'est aussi ce que j'ai déjà pu constater dans ma pratique professionnelle. Plus l'on est confronté aux situations et à certains actes et plus on acquiert, je trouve, des habiletés et automatismes. Il y a moins d'hésitations. Nous sommes plus rapides et mieux organisés.

J'ai peu abordé dans mon cadre conceptuel les qualités requises du soignant pour exercer dans un contexte d'urgence, mais je m'y suis davantage intéressée lors de mes entretiens avec les professionnelles. Comme je le disais dans le chapitre 2.1.2 Soigner dans un contexte d'urgence, le terme "urgence" peut s'apparenter au côté médical et aux soins techniques mais l'aspect psychologique de la situation et l'approche relationnelle sont tout aussi importants. Pour cela, certaines qualités sont nécessaires pour l'infirmier(e). Les professionnelles que j'ai rencontrées ont évoqué des qualités organisationnelles, qui s'acquièrent selon moi au cours de la formation puis au fil des stages et de l'expérience professionnelle. Elles ont aussi évoqué des capacités réflexives, qui sont en lien avec les connaissances et compétences acquises au cours de la formation et également en lien avec l'expérience. Puis elles ont surtout évoqué des qualités relationnelles et une bonne maîtrise des émotions. Elles ont notamment cité: l'empathie, l'écoute, la tolérance, le self control et

la bonne humeur ainsi qu'une bonne communication. Ces qualités relationnelles font écho à ce que j'ai pu lire lors de mes recherches et lectures puisqu'en effet l'instauration d'une relation d'aide et relation de confiance avec le patient repose sur des capacités relationnelles, déclinées au nombre de 4: l'empathie, l'écoute active, le non-jugement et le respect, puis la congruence ou encore authenticité soignante. On retrouve donc notamment l'écoute et l'empathie, la tolérance et le respect.

Dans le cadre théorique, il n'a pas été abordé la question des ressources et des besoins de l'infirmier(e) dans un contexte d'urgence. Cependant, cette question m'est apparue lors de l'élaboration de mon guide d'entretien. Outre les besoins en termes de matériels notamment, les trois infirmières interrogées ont évoqué des besoins en termes d'acquisition d'expérience et de formation. Cela rejoint quelque peu ce qui a été évoqué précédemment avec les défis du soignant en situation d'urgence, montrant que l'expérience permet aux infirmiers et infirmières d'acquérir certains réflexes facilitant une meilleure gestion des situations d'urgence.

5.2- La relation soignant-soigné dans l'urgence

Pour moi, la dimension relationnelle avec le patient ou la victime (dans le cadre de mon activité de sapeur pompier) a toujours été très importante et je veille à établir un lien systématiquement, dans la mesure du possible. Mes lectures ainsi que les entretiens que j'ai menés auprès des trois infirmières m'ont confortée sur le fait que la dimension relationnelle est extrêmement importante et nécessaire, même, voire surtout, en contexte d'urgence. Ce relationnel permet au patient de comprendre ce qui lui arrive et de chercher à éclaircir ce qu'on lui fait. Cela lui permet de se sentir écouté et pris en considération. Une relation s'installe entre le patient et le soignant, qui va permettre d'établir un lien et une relation de confiance. De par mon expérience, je suis d'accord avec les infirmières que j'ai interrogées pour dire que la dimension relationnelle avec le patient permet d'améliorer sa prise en soins globale. La mise en place de la dimension relationnelle passe par la communication, simplement d'abord en se présentant et en saluant le patient mais aussi avec le sourire, en se montrant disponible et à l'écoute. Le soignant peut ensuite se mettre à la hauteur du patient puis expliquer, avec des termes simples et adaptés, ce qu'il va être fait afin de ne pas laisser le patient dans l'inconnu et avec des interrogations qui pourront majorer sa peur, son anxiété, sa douleur. En effet, en contexte d'urgence le patient a souvent peur, il est anxieux, il peut avoir mal, il peut être agressif. Il est focalisé sur ce qui lui arrive et ce qu'il ressent et peut ne pas écouter les professionnels présents autour de lui. Et cela sera majoré en fonction de la gravité de la situation. Tous ces éléments là vont influencer la relation soignant-soigné et sa mise en place.

Les professionnelles rencontrées m'ont également expliqué que d'autres éléments peuvent influencer la relation soignant-soigné, tels que le profil du patient (son âge, son niveau d'autonomie, son vécu, ses croyances...). Au cours de mes stages infirmiers, je n'ai pas été amenée à prendre en soins des enfants mais dans mon activité de sapeur pompier cela m'est déjà arrivé et il est vrai que la relation n'est pas la même qu'avec un adulte. Cette relation se mettra en place différemment aussi avec une personne âgée ou une personne du même âge que nous par exemple. J'ai aussi été confrontée, dans mon exercice professionnel, à une patiente et sa famille qui de part leur croyance religieuse refusaient que la patiente soit approchée par du personnel de sexe masculin. Or l'équipe était composée ce jour-là de deux hommes et moi-même. Nous avons dû nous adapter au mieux afin de respecter les croyances de la patiente tout en assurant une bonne prise en soins.

Pour finir, deux autres éléments qui vont influencer la relation soignant-soigné sont la charge de travail et l'interruption par les autres professionnels. Le soignant, surtout avec le manque d'expérience, peut-être pris dans ses tâches à réaliser et occulter le patient. Il peut aussi être interrompu sans cesse par les autres professionnels qui vont lui demander des informations et des actes, et ainsi le dialogue avec le patient sera coupé à plusieurs reprises ne permettant pas une bonne communication. Enfin, les émotions du soignant vont aussi impacter cette relation. De part sa propre histoire, le soignant pourra être plus sensible à certaines situations rencontrées et donc impacté par certaines émotions qui vont s'en découler. Son comportement face à la situation sera ainsi différent. Je me suis moi-même déjà retrouvée dans cette situation. Il faut savoir en parler à ses collègues ou passer le relais quand on sent que ça ne va pas et qu'on ne pourra pas gérer la situation.

5.3- La communication dans le contexte d'urgence

La communication peut permettre d'établir la relation entre le soignant et le patient et occupe une place primordiale dans les situations d'urgence. Cependant, elle n'est pas toujours évidente à instaurer. La communication, d'après les infirmières que j'ai rencontrées, permet plusieurs choses. Sur le plan technique, elle permet de comprendre ce qui s'est passé, pourquoi on est auprès de ce patient et ce qu'on va mettre en place. La communication donne le ton à la prise en soins. Sur le plan relationnel, elle permet d'expliquer la situation au patient et de le rassurer, l'apaiser. Le patient pourra se sentir entendu et compris. Et par la communication, la mise en place d'une relation soignant-soigné sera possible.

La communication comprend la parole. C'est donc la communication verbale. Cependant, dans le contexte d'urgence notamment, la communication non verbale est tout aussi importante. Elle renvoie au langage du corps et aux expressions corporelles, du visage, aux attitudes et comportements. Plus précisément, la communication non verbale comprend: les odeurs, le regard, la

respiration, les mimiques et expressions, le sourire, la gestuelle, la voix, les mouvements du corps, la démarche, la posture, la distance, l'espace, le toucher, le silence, les bruits et la coloration de la peau (rougissement, pâleur, ...). Les soignantes interrogées ont par exemple insisté sur le regard, le sourire et le toucher. Il faut tenir compte du patient et il est important que l'IDE puisse interpréter la communication non verbale du patient. Tout comme le soignant doit aussi faire attention à son propre non verbal, qui peut avoir des répercussions sur le vécu du patient. Si la communication du soignant est maladroite, celle-ci peut augmenter l'anxiété du patient en situation d'urgence. Elle peut majorer ou provoquer certaines émotions telles que l'angoisse, le stress, la douleur et la peur. Le manque de communication peut aussi engendrer de l'incompréhension, une non-adhésion du patient aux soins et une déshumanisation de la relation.

Un manque de communication avec le patient peut encore avoir des conséquences sur la prise en soins, qui sera complexe et non optimale car le soignant n'arrivera pas à cibler les besoins du patient. Lorsque la situation nécessite une grande concentration, que le soignant a plusieurs actions à mener la communication sera plus compliquée mais comme me l'a dit un jour une infirmière le simple fait de dire au patient "je vous préviens il va y avoir beaucoup de monde autour de vous, beaucoup de choses à faire mais on s'occupe de vous", ou encore "je vous préviens je ne vais pas pouvoir trop vous parler j'ai besoin d'être concentrée mais je suis près de vous". Cela peut suffire pour permettre au patient de comprendre ce qu'il se passe, se sentir pris en considération malgré tout et être quelque peu rassuré.

5.4- Vécu de l'urgence par l'infirmier

Pour clôturer mes entretiens avec les professionnelles interrogées, je me suis intéressée au vécu de l'urgence par les soignants eux-mêmes. Ce point a été peu abordé dans le cadre conceptuel mais m'est apparu important lors de mes entretiens. En effet, j'ai pu me rendre compte moi-même que j'ai déjà été touchée par certaines situations rencontrées lors de mes stages infirmiers ou dans mon activité de sapeur pompier volontaire. Je sentais que ces situations me touchaient plus que les autres, j'y repensais après coup pendant plusieurs jours et avait besoin d'en parler. J'ai donc voulu savoir si les soignants exerçant en contexte d'urgence sont aussi impactés par les situations qu'ils rencontrent dans leur activité professionnelle. Les entretiens que j'ai menés auprès des trois infirmières m'ont montrés que oui, les soignants sont plus ou moins touchés par les situations rencontrées. Les infirmières ont expliqué que les situations peuvent avoir un impact psychologique et physique, qu'elles y repensent après coup et peuvent mettre du temps à s'en remettre, en se refaisant l'histoire par exemple. Les professionnelles avaient d'ailleurs évoqué un besoin d'accompagnement et d'un soutien psychologique.

Pour se prémunir de l'impact des situations rencontrées, les professionnelles m'ont expliqué qu'elles peuvent prendre une certaine distance ou passer le relais lorsqu'elles ne se sentent pas capables de gérer la situation. Elles ont aussi évoqué l'importance du travail en équipe et sur l'expérience, qui permet de mieux se prémunir face à ces situations complexes. Enfin, le fait de pouvoir en parler, par le biais des débriefings notamment, et de se faire accompagner en cas de besoin permet de mieux vivre ces situations qui ont été difficiles.

5.5- Question de recherche

La situation de départ exposée en première partie de ce travail de recherche avait suscité chez moi de nombreux questionnements. Ainsi, l'orientation de mon travail de recherche s'était portée sur la communication avec le patient dans les situations d'urgence. Pour rappel, la question de départ était *“Dans quelle mesure la communication du soignant influence-t-elle la prise en soins d'un patient dans un contexte d'urgence ?”*.

J'ai tout d'abord axé mon développement sur l'urgence, ce qui relève de l'urgence et les déclinaisons qui en sont faites. Il était également question du rôle infirmier dans ce contexte, au travers du cadre juridique et institutionnel qui encadrent l'exercice de la profession infirmière. J'ai effectué beaucoup de liens avec mon expérience lors des stages infirmiers en soins intensifs et auprès des infirmiers sapeurs pompiers ou en tant que sapeur-pompier volontaire, tout en complétant mes connaissances théoriques à travers différentes lectures. Dans un deuxième temps, j'ai développé la notion des soins relationnels qui insistent sur la prise en compte de la personne au travers de la relation soignant-soigné notamment, dans un contexte d'urgence. Je me suis attardée sur la relation de confiance puis j'ai développé l'intérêt de la relation d'aide. En troisième partie, j'ai abordé les différents modes de communication (verbale et non-verbale) et notamment les apports de la communication dans la relation puis les conséquences d'un manque de communication.

En confrontant les données théoriques de mes différentes recherches et lectures avec les résultats de mes entretiens infirmiers, l'élément essentiel qui en ressort démontre que la relation avec le patient est indissociable des soins infirmiers, même en situation d'urgence où la prise en soins dite *“technique”* pourrait sembler prioritaire.

Au cours de ce travail, je me suis rendue compte que la réassurance du patient, dans un contexte d'urgence où le stress est omniprésent, est un élément essentiel pour une prise en soins de qualité. Le phénomène de stress semble présent chez tous les patients pris en soins dans un contexte d'urgence. Celui-ci est influencé par l'incertitude du diagnostic, l'agitation permanente et la multiplicité des acteurs présents. L'un des objectifs clé de la relation soignant-soigné est de rassurer le patient, de l'aider à canaliser, voire diminuer cet état de stress. Il est cependant difficile pour

l'infirmier d'évaluer l'efficacité et la qualité des soins relationnels prodigués auprès du patient. Dans un contexte d'urgence, le nombre d'intervenants évolue rapidement avec un changement régulier d'interlocuteurs de soins (infirmiers, aides-soignants, ambulanciers, médecins, parfois étudiants ou aussi sapeurs-pompiers) mais aussi de lieux (pré-hospitalier, service d'accueil des urgences, service d'imagerie, bloc opératoire, ...). Il n'y a donc pas un seul et unique référent de soins tout au long de la prise en charge. Aussi, comment le patient ressent-il cette succession de prises en soins et quel impact cela a sur son état émotionnel ?

Ce cheminement m'a conduite vers ma question de recherche, qui est la suivante: ***“En quoi la multiplicité des interlocuteurs soignants peut majorer l'état de stress vécu par le patient en situation d'urgence ?”***.

Conclusion

Les soins relationnels peuvent s'appliquer dans les soins infirmiers dispensés dans n'importe quel cadre d'exercice. L'aspect critique et le temps qui est compté dans les situations d'urgence n'excluent pas l'utilisation des outils relationnels à travers les différents modes de communication et de relations. La dimension relationnelle est essentielle et a un retentissement sur l'état de santé du patient. Sans échange avec le patient, il n'y aurait pas de relation de confiance et donc d'adhésion aux soins. Les soins techniques et relationnels sont complémentaires et chaque situation relationnelle est unique.

Ce travail de recherche m'a permis de réfléchir sur mes aptitudes relationnelles en situation professionnelle. En effet, j'accorde une très grande importance à la dimension relationnelle dans les soins que je dispense, mais également dans les mots que j'emploie et le sens de mes phrases afin de modérer l'impact de mon discours auprès du patient. Ce n'est pas un exercice évident tous les jours, d'autant plus que je n'ai pas l'expérience qu'ont la plupart des infirmiers et infirmières que j'ai pu rencontrer dans des contextes d'urgence. Ce travail m'a permis d'identifier des outils supplémentaires pour prendre en soin le patient au mieux, dans un contexte d'urgence.

Bibliographie

Ouvrages

Allin-Pfister A.C. (2008). *Situations d'urgence*. Rueil-Malmaison, France: Wolters Kluwer France, éditions Lamarre.

Bioy A. Bourgeois F. et Nègre I. (2013). *La communication entre soignant et soigné*. Paris, France: Breal.

Dubois-Fresney C. et Perrin G. (2017). *Le métier d'infirmière en France* (7ème édition). Paris, France: Presses universitaires de France.

Formarier M. et Jovic L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition). Lyon, France: Mallet Conseil.

Manoukian A. et Masseboeuf A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3ème édition). Rueil-Malmaison, France: Wolters Kluwer France, éditions Lamarre.

Mucchielli R. (2013). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. Paris, France: ESF Éditeur.

Phaneuf M. (2011). *La relation soignant-soigné, Rencontre et accompagnement*. Paris, France: Chenelière Education.

Valette P. (2013). *Éthique de l'urgence, urgence de l'éthique*. Paris, France: Presses universitaires de France.

Articles de revues

Colmont D. (2013). La relation soignant-soigné: un ensemble de forces en présence. *Interbloc*, XXXII, pages 170 à 173.

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

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

Grosclaude M. (2007). Coma et réanimation, pour une prise en charge de qualité. *Revue Soins*, n° 714, pages 41 à 42.

Lodier F. (2018). L'accueil des patients aux urgences, un défi. *Revue Soins*, n° 825, page 29.

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

Dictionnaire

Dictionnaire Hachette encyclopédique grand format. (2001) Paris, France: Hachette.

Dictionnaire Larousse. (2021). Paris, France: Larousse.

Magnon R. Déchanoz G. et Lepesqueux M. (2000). *Dictionnaire des soins infirmiers*. Lyon, France: Amiec Recherche.

Paillard C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. Noisy Le Grand: Sètes éditions.

Textes législatifs

Article R4311-7 du Code de la Santé Publique: consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

Article R4311-10 du Code de la Santé Publique: consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

Article R4311-14 du Code de la Santé Publique: consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'infirmier.

Pages web

Grand Dictionnaire Terminologique. <https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/>

Hesbeen W. (2016). *Penser une relation de soin soucieuse de ce qui est vécu par chacun.*

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

Inserm (2017), *Douleur: un symptôme fréquent, parfois vécue comme une fatalité.*

<https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>

Phanuel D. et Hamon-Mekki F. (Octobre 2013), *La relation pour instaurer la confiance dans les soins.*

<file:///C:/Users/Lizou/Desktop/IFSI/MEMOIRE/Larelationpourinstaurerlaconfiance...pdf>

Espace soignants (2019). La communication non verbale.

<https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/communication-non-verbale>

Ouvrages non publiés

Formateurs IFSI (Mai 2021). Cours de soins d'urgence (UE 4.3 S4). *L'organisation des urgences en France.*

Formateurs IFSI (Février 2020). Cours de soins relationnels (UE 4.2 S2). *Théories de la communication.*

Mémoires

Bidan C. (2018). *L'infirmière face à ses émotions en situation d'urgence.* IFSI de Lorient.

Bourdan A. (2015). *La relation soignante en situations d'urgences.* IFSI du CHU de Nantes.

Pelus V. (2020). *La communication avec le patient dans les soins en situation d'urgence.* IFSI du CHU de Rennes.

Titelouze de Gournay L. (2020). *Urgence, deux tempo... quand le relationnel potentialise les soins techniques de l'urgence vitale.* IFSI de Laon.

Annexes

Annexe I: Grille d'entretien

Annexe II: Entretien n°1

Annexe III: Entretien n°2

Annexe IV: Entretien n°3

Annexe V: Tableau d'analyse des entretiens

Annexe I: Guide d'entretien

I - L'urgence

1) Présentez-vous rapidement (parcours professionnel).

- Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmier dans un contexte d'urgence ? (urgences, SAMU, infirmier sapeur pompier, ...).
- Était-ce un choix personnel de lieu d'exercice ?

2) Pour vous, qu'est ce qui caractérise une situation d'urgence ?

- Degré d'urgence ? Urgence vitale ? Urgence relative ? Urgence sociale ? Urgence psychiatrique ?

3) Selon vous, quelles sont les qualités requises du soignant pour travailler dans un service d'urgence ?

4) Quels sont les défis d'une infirmière en contexte d'urgence ? Pouvez-vous illustrer par un exemple.

- La prise en soins globale ? Le relationnel ? Les soins techniques ? La famille ? La douleur ? L'anxiété ?
- Qu'est ce que vous avez mis en place ? Y a t'il des outils, attitudes (communication ? création d'une relation de confiance ?)

5) Quels sont les besoins et/ou ressources de l'IDE en situation d'urgence ?

- Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir une formation spécifique pour travailler au sein d'un service d'urgence ? Si oui, quel type et pourquoi ? outils nécessaires?

6) Quelle place accordez-vous à la "dimension relationnelle" avec le patient en situation d'urgence ?

- Comment la mettez-vous en place avec le patient ?
- Quels outils des soins relationnels utilisez-vous ? (communication, écoute, réassurance, ...).

II - La relation soignant-soigné

7) Quels sont les éléments qui viennent influencer la relation soignant-soigné avec le patient dans un contexte d'urgence?

- Émotions du patient , stress situation d'urgence, incertitude, pronostic, ... ?

8) En quoi, la communication influence-t-elle la prise en soins du patient pour l'infirmière dans un contexte d'urgence ? Pourquoi ?

- Les soins relationnels améliorent-ils votre prise en soins globale en situation d'urgence ?

9) Quelles conditions sont à mettre en place pour favoriser la prise en soin du patient dans un

contexte d'urgence?

- Qu'est ce que la relation de confiance avec le patient implique pour vous en contexte d'urgence ?

10) Quels éléments prenez-vous en compte pour établir une relation de confiance avec le patient en situation d'urgence ?

- Quels sont les pré-requis à l'établissement de la relation de confiance avec le patient en situation d'urgence ?

III - La communication

11) Quelle place accordez-vous à la communication en situation d'urgence ?

12) Selon vous, un manque de communication avec le patient peut-il avoir des conséquences sur ce dernier

- Si oui, lesquelles ? (anxiété, stress, douleur, peur, ... ?)

13) Est-ce que votre activité professionnelle et les situations d'urgence que vous rencontrez ont un impact sur vous ? (psychique, émotions, physique, ...).

- Comment cela se manifeste ?
- Que mettez-vous en place pour y pallier et ne pas vous laisser envahir ?

Annexe II: retranscription entretien n°1

Emma (prénom d'emprunt).

Infirmière travaillant au bloc opératoire et également infirmière sapeur pompier volontaire assurant des gardes au VLI (véhicule léger infirmier).

ESI: Est-ce que tu peux me présenter rapidement ton parcours professionnel ?

IDE: Du coup moi j'ai eu mon diplôme en 2009 et quoi... je ne sais pas quoi dire. Ben du coup j'ai travaillé un petit peu en orthopédie, un petit peu.. 6 mois en orthopédie, 6 mois en unité de soins intensifs de cardiologie sur Paris. Et 6 mois aux urgences aussi sur Paris. Et puis après je suis arrivée dans le coin et j'ai pris le premier poste qui passait. Du coup j'ai pris un poste. Sur Nantes c'est beaucoup plus bouché qu'ici. Ici ils cherchent partout mais sur Nantes c'est plus compliqué. Du coup c'était un poste en chirurgie de la main au bloc. Je suis restée pendant 10 ans. Au bout de 10 ans j'en ai eu marre et j'avais envie de faire carrément autre chose. J'ai entendu parler de la VLI. Du coup je me suis... j'ai postulé. C'était encore aussi à la période où c'était un peu plus facile que maintenant. Maintenant ils ont énormément de demandes. Ils refusent, ils refusent, sur plusieurs années de suite. J'ai attendu un an mais parce qu'ils recrutent une fois par an. Ça faisait deux ans qu'ils ne recrutent plus, en plus. Alors que maintenant c'est deux fois par an. Et voilà et du coup quand ils ont fait le recrutement j'ai postulé, j'ai été prise. Et du coup j'ai fait ma formation (PSE1, PSE2, les PISU, ...). Et du coup je n'avais pas repris un boulot tout de suite parce que j'en cherchais un, on avait déménagé entre-temps ici. Mais je cherchais un boulot qui me plaisait. Donc en attendant je me suis occupée de ma fille et du coup j'ai fait que ça, que de la VLI pendant 6 mois mais à temps plein. J'avais le temps puis je me suis dit comme ça pour commencer c'est le top. Parce que ça permet de bien se mettre dans le truc. Moi je ne connaissais pas les pompiers en plus. Voilà et puis là je travaille depuis 3 ans au bloc, où je suis là à la polyclinique.

ESI: Ok. Pour toi, qu'est ce qui caractérise une situation d'urgence ?

IDE: Alors... à l'hôpital ou pas hôpital ? Parce que pour moi ce n'est pas pareil les deux.

ESI: Dis-moi les deux oui.

IDE: À l'hôpital c'est quand il y a quelque chose qui ne se passe pas comme on avait prévu que ça se passe. Mais que ça soit grave ou pas grave au final, parce que je ne sais pas quelqu'un... moi je suis au bloc donc quand quelqu'un a un problème à être intubé, ça peut-être une situation d'urgence donc on sait que les anesthésistes ou même les infirmières qui aident l'anesthésiste seront du coup plus vigilants d'un coup quand on voit que quelque chose ne se passe pas comme ce qui était prévu

que ça se passe. On est plus vigilants, plus au taquet. On arrête de discuter ou autre tu vois, on essaie d'être là. Mais après c'est une situation d'urgence je trouve qui est sous contrôle donc ça n'est pas de l'urgence au final. Sur le moment c'est de l'urgence parce que c'est quelqu'un qui peut décompenser et tout ça mais on est dans un milieu hospitalier donc dans ce cas on intube plus rapidement. Enfin à un moment on arrivera forcément à faire quelque chose, ils ont des drogues et tout. Donc c'est des situations d'urgence mais qui peuvent être sous contrôle.

Et après par exemple en VLI les situations d'urgence pour moi au final c'est tout. Toutes les interventions qui nécessitent une VLI sont une situation d'urgence mais à plus ou moins grande échelle. Je ne sais pas... Parce que un gamin qui tombe, mettons un gamin qui tombe chez lui. On sait qu'il peut décompenser hyper rapidement. T'interviens, il est debout, il rigole, il joue encore, il va super bien... on se dit il va bien nickel, on l'assieds, il peut même aller à pied jusqu'à l'ambulance, on l'assied si ça se trouve on ne va même pas le transporter. Sauf qu'on sait que les enfants ça décompense super rapidement. Donc en fait finalement il avait un hématome, un traumatisme crânien et en deux secondes ça décompense. ...

Tout une hypoglycémie tu peux ne pas réussir à la faire remonter donc c'est une situation... Toute intervention en fait en dehors parce que comme tu n'es pas dans un contexte hospitalier tu n'as pas toutes les clés en main si ça se dégrade rapidement ou autre. Et tu n'as pas non plus toutes les drogues et en plus tu ne peux pas tout donner. Du coup rapidement on peut se sentir démunis. Tu vois face à...

ESI: Oui. A la situation...

IDE: Un gros AVP, le SAMU il n'est pas là tout de suite t'as un peu les pétoches.

ESI: Oui oui..

IDE: Parce que ben à un moment tu ne peux plus rien faire. Tu regardes le patient s'enfoncer entre le moment où tu as demandé le SAMU et... Tu fais ce que tu peux...

ESI: Oui tu te sens impuissant...

ESI: Pour toi, quelles sont les qualités requises du soignant pour travailler dans un service d'urgence ?

IDE: Mmh... De l'empathie en premier lieu peut-être je dirais.

L'écoute, parce que je pense que si tu n'écoutes pas quelqu'un, que tu n'as pas cette capacité d'écoute, je pense que déjà tu ne peux pas rester dans un service d'urgence si tu n'as pas cette capacité d'écoute. Parce que les gens qui viennent parler de ce qui ne va pas ils ont besoin qu'on les entende, qu'on les écoute. Donc je pense qu'il faut prendre ça en compte. Empathie, écoute...

En service d'urgence je pense qu'il faut aussi une tolérance un petit peu à toute épreuve.

ESI: Oui.. ?

IDE: C'est-à-dire... Je ne sais pas comment l'expliquer mais... Tolérer oui le surplus de travail, tolérer qu'il n'y ai personne et qu'une heure après tu sois surchargée, que ... Bien qu'il y ai des fois où tu te sentes aussi un peu débordée, qu'il y ai des gens plus ou moins agressifs, aimables etc qui viennent parce qu'ils ont peur, qu'ils ont mal, qu'ils ont peur pour leur famille. Et voilà je pense qu'il faut ... self control.

ESI: Se parer.

IDE: Oui voilà se parer à ça. De la bonne humeur je pense que c'est un petit point en plus. Si t'arrive à rester. Par exemple, un mec aux urgences, je sais pas si tu l'as déjà croisé, il fait de la VLI. Un grand...

ESI: Oui un grand blond, je vois.. je ne sais pas comment il s'appelle.

IDE: Oui ! Lui il est râleur, il a un sacré caractère mais il est toujours de bonne humeur.

ESI: Oui c'est vrai.

IDE: Et je trouve qu'il est hyper agréable pour les patients. Quand je le vois parler, s'adresser aux patients, je trouve qu'il est hyper à l'écoute et tout..

ESI: Ah oui. Du coup, quels sont les défis d'une infirmière en contexte d'urgence ?

IDE: Ne pas faire d'erreur.

ESI: Oui ?

IDE: Je trouve en fait en contexte d'urgence mais même partout en fait au final. Dans la vie de tous les jours en fait, quand tu te sens mis sous pression. Mais que ça soit dans n'importe quelle situation, un truc qui d'un coup te met sous pression d'urgence, d'urgence relative mais même au final tu vois t'es en retard à ton travail donc c'est de l'urgence. Entre guillemets mais tu risques de te mettre en danger en fait. Et en fait je trouve que t'as toujours une pression donc il faut gérer la pression... Les défis... Les défis en situation d'urgence... Bah c'est aussi de trouver quoi faire au moment où il y a besoin de le faire. Quand tu pars par exemple en intervention, t'as un motif de départ. Ca m'est déjà arrivé une fois en VLI. Et en fait il ne faut pas rester bloqué sur ce motif de départ parce qu'il peut-être faux en fait. Tu vois combien de fois ça t'es arrivé de partir pour un ACR et en fait le mec il a juste fait un malaise. Et donc ne pas rester bloqué sur ça, rester toujours vigilant, attentif, à l'écoute.. Mais aussi à l'écoute de tes connaissances. Rapidement je pense que tu peux tomber dans une mauvaise prise en charge et en fait te lancer dans un truc...

ESI: Pas adapté ?

IDE: Pas adapté oui, pas bon... Mais que ça soit pour un truc tout simple. Même pour une prise en charge de la douleur. Si tu n'écoutes pas bien la personne par exemple, tu sais, tu restes sur ton truc "oui oui Madame. Oui oui j'ai bien compris.." mais tu peux vite te tromper de voie en fait. Et je pense

que ça c'est un défi aussi, de mettre toutes les clés, d'essayer d'avoir toutes les clés en main, de mettre toutes les chances de ton côté pour que la prise en charge, elle soit optimale. Et je pense que ça c'est un défi parce qu'un bon infirmier je pense, ou un bon tout.. Un bon tout en fait, un bon technicien, un bon praticien, en urgence c'est quelqu'un qui arrivera à ce que sa prise en charge soit optimale. Et pour que la prise en charge soit optimale il faut être toujours vigilant à ce que tu fais, toujours sur le qui vive, toujours un peu à l'affût et de tes connaissances, et du milieu, de la victime, de tes collègues... Après sinon les défis sur la prise en charge en urgence.... Voilà en gros pour moi oui... De rendre ta prise en charge optimale aussi bien sur ton comportement que sur les actions que tu vas mettre en place.

ESI: Ça marche. Quels sont les besoins et les ressources de l'IDE en situation d'urgence justement ?

IDE: Des fiches techniques.

ESI: Oui ok ?

IDE: En hôpital... Des PISU (protocole infirmier de soins d'urgence) chez les pompiers.

ESI: En extra-hospitalier.

IDE: Des fiches techniques... Enfin des protocoles quoi. Mais au final il faut des protocoles pour tout, pour toute situation. Mais en fait une infirmière elle agit toujours sur protocoles, mais tu te dis faire une prise de sang par exemple c'est un protocole que t'apprends en école d'infirmière pour faire ça proprement, pour faire ça correctement, pour ne pas louper la veine, pour ne pas faire mal au patient. Et je pense que chaque prise en charge infirmière est un protocole. Mais euh... en fait tout n'est pas écrit. Il y a beaucoup de choses qui pourraient l'être mais qui ne le sont pas. Et du coup en fait tu te sens... Il y a pleins de situations sur lesquelles on se sent un peu, pas démunis... Il ne faut pas exagérer, mais c'est à toi de trouver tes solutions. Et je pense dans n'importe quel service. Et ça va d'un truc tout simple mais qui peut arriver en toutes situations d'urgence: par exemple tu te piques avec une aiguille, et bien qui aller voir, comment faire, qui prend en charge, comment, quel est le protocole ? C'est un exemple parmi tant d'autres en fait. Tout devrait être bien écrit.

Et pour les ressources ben normalement les cadres, normalement... Pour peu qu'elles soient là, pour peu qu'elles soient disponibles, pour peu qu'elles soient présentes, pour peu qu'elles soient de bonne humeur et abordables, ... Les protocoles, les cadres... Au final ben les ressources ça peut aussi être tes collègues, les gens qui ont un peu de bouteille... Bah au final ta famille aussi.

ESI: Oui les proches.

IDE: Oui.. Parce qu'à un moment donné tu as aussi besoin de souffler, de décrocher, et des fois de parler de ta journée, des situations qui t'ont choquée, touchée, blessée peu importe... Hôpital comme SAMU t'as besoin de décharger. Mais que ça soit un mari, des enfants, ta mère, un cousin,

une copine, ... Au final il n'y a pas de règle mais quelqu'un qui t'écoute, ça fait du bien. Voilà... Et des besoins: du matériel aussi ! On voit souvent en hôpitaux, cliniques... un manque de matos. Et ben ça tu peux pas quoi... T'arrives en VLI si tu n'as pas de quoi perfuser tu es dans la merde. On a besoin de matériel. A l'hôpital on entend tout le temps "ben ça on a plus". C'est embêtant.

ESI: Oui. Et est-ce que tu penses qu'il est nécessaire d'avoir une formation spécifique pour travailler en service d'urgence ?

IDE: En service d'urgence.. Après ça dépend ce qu'on appelle formation. Je pense que déjà si tu arrives à avoir une doublure, déjà c'est bien. Mais forcément oui une formation c'est toujours un plus. Mais même dans n'importe quel domaine. Par exemple en orthopédie si tu peux avoir une petite base, .. De toute façon avant d'y bosser tu ne connais pas. De toute façon faut toujours.. C'est l'avantage de notre métier mais c'est aussi un inconvénient. C'est qu'il est riche. On peut travailler dans pleins de services différents, que ce soit les urgences ou quoi. Mais il faut un suivi au début. Donc formation pas forcément... Après il y a des gens je dirais c'est moche à dire mais il y a des gens qui sont faits pour chaque service. Que ça soit de l'urgence ou pas. D'autant plus dans de l'urgences mais au final dans tout. Tu vas travailler en pédiatrie, si t'es pas fait pour les enfants ça ne marchera pas. Tu veux travailler dans un service d'urgence, si t'es pas fait pour de l'urgence, que tu as du mal à gérer tes émotions, à gérer du stress, que tu as du mal à écouter l'autre, que tu n'arrives pas à travailler en équipe, que... Voilà je pense que du coup tu n'es pas aidé. Donc déjà je pense qu'il faut des prédispositions entre guillemets. Mais comme tout le monde à pour plus ou moins chaque...

ESI: Dans chaque domaine..

IDE: Par exemple moi la réa j'en ai jamais fait mais ça ne m'intéresse pas. Et ça ne me plairait pas du tout d'aller travailler là bas. Je pense que oui on a des...

Donc voilà oui déjà une base qui te plaise quoi, qui te motive à faire ça. Il y a des services spécifiques: la réa, la pédiatrie, les urgences.. Tout ça c'est des services où il faut que tu aies un truc en toi qui te motive, qui te bouge pour faire ça, qui te fasse vibrer. Après une doublure oui forcément. On ne va pas te débarquer dans un service d'urgence comme ça.

Une formation forcément ce serait un plus. Mais après il y a des formations en interne parfois, par exemple prise en charge d'un trauma crânien, prise en charge d'un ACR, d'un AVC..., des minis formations en interne. Donc je pense que si tu as la possibilité de les faire il faut les faire.

ESI: Quelle place tu accordes à la "dimension relationnelle" avec le patient en situation d'urgence?

IDE: C'est énorme. Je pense que c'est une des premières ...

ESI: Chose ?

IDE: Une des premières choses à faire oui. Mais comme partout. En urgence, au bloc, en service.. Si tu ne parles pas avec ton patient ou ta victime tu ne gagnes rien. Il a peur, il est inquiet, il est stressé, il a mal.. Il .. Si tu ne l'écoutes pas.. Mais pour écouter il faut parler. Tu ne vas rien gagner. Juste parler.. S'il te dit qu'il a mal alors qu'il n'a pas mal, il est inquiet... Si tu vas parler avec lui, tu vas vite le savoir. T'auras pas besoin de lui dire mais tu vas vite le savoir. Et finalement il n'aura même plus mal parce qu'il ne sera plus inquiet. Et ainsi de suite. Et ça fait tout. Ça fait toute la prise en charge.

ESI: Du coup, comment tu l'a mets en place avec le patient ?

IDE: Le plus simplement possible. En fait d'humain à humain, comme quand on rencontre quelqu'un dans la vie tous les jours quoi. Un sourire, un bonjour. Il faut être un peu avenant. Il faut, il faut laisser de la place en fait à cette relation. Il faut que tout naturellement comme quand tu rencontres quelqu'un en soirée quoi. Mais dans n'importe quelle situation. Tu souris, tu dis bonjour. Tu montres que tu vas l'écouter, que tu es là pour lui. Que tu es là pour le côté psychologique, pour l'écouter, pour discuter s'il a besoin. Et juste déjà de lui montrer ça, lui il va sentir la porte ouverte et ... Je pense déjà entre quelqu'un, une infirmière qui va être hyper fermée, qui ne regardera pas: "oui alors bonjour, le patient qu'est ce qu'il a ?" en demandant à son collègue. Si à l'inverse tu dis "bonjour monsieur, alors qu'est ce que vous avez ?". Je pense que ...

ESI: Ça change tout.

IDE: Ça change tout oui. Donc d'humain à humain.

ESI: Et quels sont les éléments pour toi qui viennent influencer la relation soignant-soigné avec le patient dans un contexte d'urgence comme ça ?

IDE: Influencer ? Qui peuvent gêner ?

ESI: Oui qui peuvent gêner mais aussi influencer en positif.

IDE: Dans une situation d'urgence, il peut y avoir la douleur du coup. Parce que quelqu'un qui a très mal ne sera plus apte en fait. Il peut y avoir une communication rompue. Donc la douleur, les cris. Des fois même pas la douleur mais le visuel. Quelqu'un qui va voir une grosse plaie ou une grosse bosse, ou un gros hématome, une grosse brûlure.. Il va être focalisé là-dessus. Du coup il ne va plus t'écouter car il va être sur son truc. Tu auras beau développer tout, les caractéristiques que tu peux, toutes les bonnes ondes que tu peux.. lui il va rester figé sur son truc. Aussi... les collègues.

ESI: Oui ?

IDE: Qui peuvent intervenir sans cesse. Tu essaies de discuter puis tu es coupé une première fois, une deuxième fois, une troisième fois, tu ne sais plus où tu en es... Mais ce n'est pas méchant. Mais du coup oui ça peut gêner. Parce que la victime, ou le patient, s'il se sent tout le temps coupé quand il

commence à raconter son histoire... Puis toi tu essaies de comprendre comment il s'est fait ça mais il y a toujours un parasite qui vient te couper je pense que ça n'aide pas.

ESI: Les émotions du patient ? L'anxiété ?

IDE: Oui. Après ça je le mets tu sais dans ce que j'ai dit en premier. Mais oui du coup sa façon de penser. Aussi des fois les ... Je ne sais pas comment on dit... Ca peut-être la relation homme-femme.

ESI: Ah oui oui.

IDE: Par exemple quelqu'un... Dans certaines religions par exemple, les musulmans, .. Une femme qui s'est fait mal, qui s'est blessée ou autre. Si c'est un homme qui va la prendre en charge, ça peut la déranger. Pas parce que c'est le mec qui ne sera pas correct ou quoi. Mais parce que dans sa religion ... On peut comprendre que ça puisse venir perturber cette prise en charge. Il ne faut pas rester focalisé là-dessus, bloqué.

ESI: Oui j'avais vécu une intervention comme ça.

IDE: Ah oui ? Je pense que ça peut-être vraiment ... Moi j'avais eu une intervention aussi comme ça pour une femme enceinte, arabe. Et l'équipage du VSAV c'était que des hommes. Sauf qu'elle était en train d'accoucher et les hommes voulaient aller voir forcément ce qui se passait, pour faire leur travail. Sauf qu'elle, dans son plan de naissance elle avait mis qu'elle voulait que ce soit des femmes. Encore plus, ils venaient la chercher chez elle. Donc pour elle c'était vécu comme une intrusion. Donc oui je sais pas comment on peut dire ça mais la religion, peut-être les croyances ?

ESI: Oui les croyances, les valeurs culturelles.

IDE: Il y a ça. J'essaie de faire un peu large. Si c'est des enfants peut-être aussi. Tu n'arriveras à rien d'un enfant s'il n'y a pas les parents à côté. Donc ça ça peut-être aussi un frein. L'enfant a besoin de son papa pour répondre à tes questions et être mieux, être bien. Tu n'arriveras à rien s'il hurle, s'il tape parce qu'il est perdu et a besoin de la personne qu'il connaît.

ESI: Oui il n'a pas ses repères.

IDE: Il n'a pas ses repères, il a peur, il a mal, il est inquiet. Donc il faut favoriser au maximum les choses qui lui font du bien. Voilà. Aussi, pour aller un peu partout... les personnes handicapées. Aussi bien du coup une personne trisomique, la prise en charge ne sera pas la même que pour un patient "normal". Je ne sais pas comment dire. Ou pour un patient qui est schizophrène, qui n'a pas ses traitements, s'il n'a pas ses repères (que ça soit son milieu, un objet d'attachement ou une personne qu'il connaît), la prise en charge va être très très difficile. Un patient trisomique ou autiste qui a mal, qui s'est fait mal, la prise en charge est coûteuse. Car il ne va pas t'écouter.

ESI: **En quoi la communication influence-t-elle la prise en soins du patient pour l'infirmière dans un contexte d'urgence ?**

IDE: Bah déjà ça permet de comprendre. Comprendre le pourquoi en fait. Un contexte d'urgence ça peut-être un bobo, on se comprend une plaie, n'importe.

Mais ça peut aussi être une urgence psychiatrique. Une prise en charge d'urgence est multiple. Donc déjà comprendre, comprendre notre prise en charge en fait. Comprendre comment on s'occupe de ce patient là mais comprendre aussi la prise en charge. Pourquoi on en est là, pourquoi on s'occupe de cette personne ? Et donc du coup il n'y a que la communication qui permet de savoir. Et ben... pour la prise en charge après. Par exemple pour les gens qui ont mal, qui disent avoir mal, tu vas parler avec eux ils n'auront plus mal. Parce qu'ils ont mal psychologiquement mais pas forcément mal physiquement. Tu auras beau mettre toutes les morphines ils continueront à avoir mal. Tu sais c'est comme les gens dans les services hospitaliers, ils vont t'appeler pour te dire "j'ai mal à la tête, j'ai mal au ventre". Et en fait, tu t'assieds avec eux 5 minutes et en fait il n'a pas du tout mal, il a peur, il est inquiet, il est stressé. Et je pense que c'est pareil pour un service d'urgences. Si toi tu n'as pas les pleines capacités pour juger, avec ce que tu connais, avec tes formations, avec ton vécu aussi, ce que tu es et ce que tu as de ta vie de tous les jours, de ta vie à toi tu n'arriveras à rien faire. Et donc différencier une situation de communication simple et une situation de quelqu'un qui a mal, et en fait la communication permet je pense de faire pleins de déclics derrière. Parce que si tu as une bonne relation avec ton patient tu arriveras à le prendre en charge correctement. Quelqu'un qui reste dans un service, mais au final aux urgences tu peux rester aussi longtemps en fonction du nombre de places, donc quelqu'un qui écoutera bien la prise en charge ce sera plus simple. Si tu l'écoutes il se sentira entendu, et il ne va plus t'appeler pour rien. Et il va t'appeler, quand il t'appellera il sera très... Tu l'écouteras et il ciblera ce qu'il a besoin de te dire. Il ... Oui je pense que la communication de toute façon c'est la base d'une prise en charge. Ça permet tout en fait, il n'y a pas de limites. Ça permet de faire une relation de confiance. Et la relation de confiance, ça permet une bonne prise en charge.

ESI: Oui justement, qu'est ce que la relation de confiance avec le patient implique en contexte d'urgence ? Ou quelles conditions seraient à mettre en place pour favoriser la prise en soins du patient dans le contexte d'urgence ?

IDE: Pour créer une relation de confiance ?

ESI: Oui.

IDE: D'accord. Euh...un sourire. Je pense que déjà ça fait tout, parce que dans les situations d'urgence les gens ont besoin de savoir que tu es là pour eux. Du dialogue: tout simplement de discuter, de parler. Parce qu'on va voir des gens aux urgences qui sont aussi bien hyper introvertis parce qu'ils n'osent pas dire, parce qu'ils ont peur, parce qu'ils ont mal; que des gens "blabla

blablabla”, qui ne vont pas arrêter de parler mais ce n’est pas forcément eux dont tu arriveras à tirer le plus de choses. De l’écoute, de l’attention, de la compréhension. Parce que des gens qui se sentent compris dans leur prise en charge (on en revient aux personnes handicapées par exemple). Je pense que du coup si tu arrives à établir avec ta communication une relation de confiance et bien tu auras déjà une bonne prise en charge de ton patient. De l’attention, de la confiance, du dialogue, de l’écoute. De l’empathie, des “je sais que ça peut faire mal”, “je vous entends, je vous comprends”, ... Tu n’as pas besoin forcément en fait.. Les gens ont toujours besoin de, ont toujours l’impression que tu as besoin d’avoir vécu ce qu’ils vivent pour savoir ce qu’ils vivent. Mais tu peux avoir déjà vu pleins de fois cette situation, alors au début tu tâtonnes mais si eux se rendent compte que tu sais, parce que tu as déjà vécu ou parce que tu as déjà pris en charge, et bien ils se sentiront compris. De par notre vécu, on a tous des choses à apporter, à apporter aux autres et tout ça ça passe par la communication. En leur disant “on comprend, on est là pour vous”. Ou “on sait que, mais je suis là pour vous et ça se passera bien”.

ESI: Oui...

IDE: Je pense que c’est pas toujours évident..

ESI: C’est pas toujours évident oui...

IDE: Mais si on arrive au mieux, je pense que ça peut-être... C’est ça la différence je pense aussi entre un bon infirmier et un mauvais infirmier. Quelqu’un qui arrivera à communiquer, qui arrivera à transmettre ce qu’il a envie de transmettre, qui arrivera à écouter et du coup à prendre en charge de façon optimale une personne dans n’importe quel service au final ça sera quelqu’un qui fera une bonne prise en charge.

ESI: Et quels éléments tu prends en compte pour établir une relation de confiance avec le patient en situation d’urgence ?

IDE: Ce qu’on disait, ça recoupe un peu pas mal de petits trucs qu’on disait avant. Pour établir une relation de confiance, ça peut-être le touché mais pas toujours. Ça dépend des personnes. Par exemple, une personne autiste ne va pas aimer être touchée.

En fonction de l’évaluation de cette personne ça peut-être le touché. Une personne âgée va bien aimer que tu lui tendes la main, que tu la touches, que tu dises “ça va Madame”, et des fois elle te serrera cette main tu vois. Une personne seule aussi peut-être elle aimera se sentir touchée.

Le sourire. Bah du coup l’écoute. Mais c’est quelque chose que tu peux faire passer aussi. L’écoute il n’y a pas besoin... il y a des gens qui écoutent mais tu ne vois pas qu’ils t’écoutent.

ESI: C’est vrai.

IDE: Et donc une personne à qui on montre de l’écoute. Ecoute, empathie, attention, ... le touché. Le

sourire oui j'ai dit ?

ESI: Oui.

IDE: Le regard. Au final c'est tout ce que tu arrives à faire passer je pense par les sens. L'écoute, ... oui. Parce que si tu parles à quelqu'un mais que tu ne le regardes pas, il ne va pas se sentir très..

ESI: Pris en compte..

IDE: Si tu fais tes papiers, tu parles à ton collègue mais tu regardes la personne et tu lui dis "je suis là pour vous", que tu arrives à lui faire passer ça parce que tu le regardes, par la parole, le regard.. je pense que c'est important.

ESI: Quelle place tu accordes à la communication ?

IDE: La première place. C'est une place hyper importante. Mais au final en situation d'urgence, dans les services, dans la vie de tous les jours..

ESI: Oui c'est pareil..

IDE: Quelqu'un qui n'arrive pas à communiquer avec un copain, un ami, la famille par exemple, je ne suis pas sûre que ça soit quelqu'un de très intéressant.

ESI: D'accord.

IDE: Donc oui c'est une place primordiale dans la prise en charge.

ESI: Du coup, d'après toi est-ce qu'un manque de communication avec le patient pourra avoir des conséquences sur sa prise en soins ?

IDE: Oui. Du coup oui. A 100%.

ESI: Oui ?

IDE: Une mauvaise communication, ça sera une mauvaise prise en charge. Déjà parce qu'il y a des choses que tu risques de ne pas comprendre ou de comprendre de travers. En recoupant tout ce qu'on a dit depuis le début, si tu es coupée, si tu es machin, si tu es truc, parce que la communication ne s'est pas mise en place correctement et que du coup tu n'arrives pas à établir ce...

ESI: Ce contact ?

IDE: Oui ce tube de contact. Tu vois ce que je veux dire ? Si on est en relation et qu'il y a quelqu'un qui vient te couper tout le temps, la communication ne sera pas optimale. S'il y a des éléments perturbateurs, comme la douleur, il n'y aura pas une bonne prise en charge non plus du patient. S'il n'y a pas d'écoute, il n'y aura pas une bonne prise en charge du patient parce que toi tu n'arriveras pas à cibler ce pourquoi il est là, ce pourquoi il t'appelle. Il faut écouter, il faut entendre je pense. Et voilà. Je pense que oui, la communication... En plus, on le voit chez les pompiers du coup. Tu vois, le chef d'agrès et l'équipier ils parlent entre eux. Tu vois ? Bah tu vois regarde pour

exemple, tu sais l'AVP qu'on a fait, enfin la dame qui est tombée de vélo.

ESI: Oui oui.

IDE: Ben je trouve que là c'était une mauvaise prise en charge relationnelle, au moins au début. Jusqu'à ce qu'elle soit dans l'ambulance. Parce que C. il commandait tout le monde, alors qu'il n'avait pas à le faire. Parce que tout le monde connaissait la dame mais du coup personne ne l'écoutait vraiment.

ESI: Oui c'est ça.

IDE: Le mari qui parlait à sa femme, ... Au final il y avait pleins d'éléments perturbateurs. Sauf qu'en fait la prise en charge sur le trottoir elle n'était pas bonne. Résultat, personne ne lui met une couverture. Résultat, le chef d'agrès il se braque. Les équipiers, il y a deux petits nouveaux qui ne savent pas et ils ne sont pas dirigés par leur chef. Tout ça c'est un manque de communication. Mais de tout le monde au final. Moi du coup je me suis dit, mais je pense que c'était correct, "je ne vais pas en rajouter là-dessus, on va attendre d'être dans l'ambulance". Ça peut arriver à tout le monde mais là c'est l'exemple typique. Tout le monde parle à tout le monde, personne ne prend en charge la dame. Il y avait pleins de ...

ESI: De parasites.

IDE: Oui voilà, de parasites. Il faut vraiment ce tuyau de canalisation qui fait qu'entre toi et la victime, ou le patient, il y a ce lien.

ESI: Est-ce que ton activité professionnelle et les situations d'urgence que tu as pu rencontrer ont un impact sur toi ?

IDE: Je pense que ça en a toujours, à plus ou moins grande échelle. Et plus ou moins aussi en fonction de ce sur quoi tu intervies. Moi je sais qu'avant d'avoir des enfants, les situations sur les enfants ne me dérangeaient pas. Je n'ai pas dit que ça ne me perturbait pas, mais ça ne me dérangeait pas. Maintenant je vois, Emma avait 3 mois et j'étais intervenue pour un ACR, mort subite du nourrisson sur un petit de 3 mois. Ben là tu es quand même... Tu rentres chez toi, tu penses à ta fille. Par rapport à ce que tu es toi, ton vécu, il y a des choses qui te touchent plus ou moins, qui t'impactent plus ou moins et qui te donnent plus ou moins d'émotions. Et donc du coup des fois tu peux avoir... Voir un pendu par exemple, ça ne te fait rien du tout. Et par contre voir un trauma crânien chez un enfant qui s'est, qui est tombé d'une échelle par exemple, et là ça te met dans tous tes états en rentrant. Sur le moment ta prise en charge doit être la meilleure possible. Mais tu y penses après coup.

ESI: Et toi du coup qu'est ce que tu mets en place pour ne pas te laisser envahir ?

IDE: La distance.

ESI: Oui ?

IDE: Tu peux être à l'écoute et dans une bonne communication, une bonne prise en charge, en gardant une distance. Une certaine distance. Tu mets de la distance pour ne pas que ça t'impacte. Tu peux continuer à sourire même si tu n'es pas de bonne humeur. Tu peux laisser paraître des émotions qui ne sont pas forcément les tiennes sur le moment. Par exemple un sourire. Tu peux avoir envie de pleurer, pour je ne sais quelle raison mais il ne faudrait pas que ça empiète sur ta prise en charge. Donc tu as le droit d'avoir un sourire de circonstance. Il faut que le patient se sente bien. Tu peux faire un paraître. Tu vois ?

ESI: Oui oui je vois.

IDE: Paraître quelque chose que tu n'es pas forcément.. Tu n'es pas obligée de montrer tes émotions à cette personne mais tu peux juste adopter une humeur "de travail". Je ne sais pas comment dire. Une façade tu vois. Tu as le droit d'avoir une façade qui n'est pas ton humeur du moment ou ce que tu es à ce moment-là. Mais tu n'as pas le droit de montrer au patient que tu es triste, même si ça n'est pas toujours facile. Tu peux passer la main aussi parfois. Tu peux dire non, par exemple si tu connais la personne. Pour que la prise en charge soit correcte. C'est important de savoir passer la main et savoir ce dire que tu ne peux pas, en fonction de ton vécu etc. Par exemple, tu viens de perdre ton père ou ta mère d'un AVC, ben forcément peut-être que l'AVC du lendemain au travail sera un peu plus compliqué à prendre en charge. On est pas super woman. Il faut savoir dire quand ça ne va pas, quand on ne peut pas. C'est important je pense pour un bon soignant. On est humains.

Annexe III: retranscription entretien n°2

Louane (prénom d'emprunt).

Infirmière travaillant au sein d'un service d'urgences et également infirmière sapeur pompier volontaire assurant des gardes au VLI (véhicule léger infirmier).

ESI: Est-ce que tu peux te présenter rapidement, ton parcours professionnel ?

IDE: D'accord donc je suis Louane, j'ai 32 ans. J'ai eu mon diplôme en 2012. A la sortie du diplôme du coup je voulais réa-urgences sauf qu'ils m'ont dit "vous n'avez pas assez d'expérience donc allez vous faire la main entre guillemets dans d'autres services". J'ai fait 4 mois du coup j'ai tourné cardio, pneumo, nephro, neuro. J'ai été en maternité. Voilà. Et après les 4 mois je suis partie à la clinique où j'ai fait chirurgie digestive, vasculaire, viscérale, uro, plastique. J'ai fait du plateau de consultation, de l'oncologie, du SSR, de la chirurgie ambulatoire. Et au bout de 7 ans je suis partie en libéral. J'ai fait de l'humanitaire aussi, en 2014. 1 mois au Sénégal. Et du coup à la fin... Enfin mon projet initial c'était réa-urgences sachant que mon prépro était en réa. J'ai dit du coup avec tout le package je vais postuler. Du coup ils m'ont prise et là ça fait 2 ans que je suis aux urgences. Je suis aussi infirmière sapeur pompier volontaire à la VLI. J'ai été incorporée en janvier 2015 et débuté en juin 2016.

ESI: Ok. Pour toi, qu'est ce qui caractérise une situation d'urgence ?

IDE: C'est déjà la clinique. Tu regardes... Tu veux dire une personne en situation d'urgence c'est ça ?

ESI: Oui.

IDE: C'est quand tu vois la personne déjà cliniquement sans prendre les paramètres vitaux. Tu te fais déjà un ordre d'idée de savoir si elle est critique ou non critique. C'est ce qu'on voit chez les pompiers, tu vois bien comment c'est. Et... tu as du coup des phases... Tu vois si ça touche le neuro, si ça touche le cardio ou si ça touche la respi. Déjà si tu as une des 3 bases, parce que ça ne peut pas fonctionner voilà.. Si tu as déjà une des 3 qui dysfonctionne c'est que déjà tu as une victime qui est critique. Et suivant la situation ben du coup tu arrives à juger si tu as déjà une des trois atteintes... ben c'est qu'elle va être critique et que là c'est une situation d'urgence du coup.

Après la situation peut-être normale, mais elle peut devenir...

ESI: Critique...

IDE: Critique en peu de temps oui.

ESI: Du coup, quelles sont les qualités requises du soignant pour travailler dans un service d'urgence ?

IDE: ... Déjà canaliser son stress, parce que je pense que si tu es stressé ça ne marche pas. Avoir une bonne observation clinique, en fait tout observer. Savoir se remettre en question. Toujours se poser les bonnes questions... Écouter aussi les autres. Parce que si tes collègues te donnent des conseils, notamment les aides soignants. Parce qu'on dit les aides-soignants, c'est pas pour dénigrer du tout mais ils n'ont fait que 8 mois d'études et que du coup toi tu en as fait 3 et tu es plus compétent. Bah non pas forcément. Parce que suivant l'expérience de chacun au final, notamment dans les services d'urgence, vu qu'il y en a qui sortent en SMUR ou qui ont plus d'expérience, ils ont plus d'expérience et du coup tu peux vachement plus t'appuyer sur eux. Et comme les médecins. C'est pareil.

ESI: Quels sont les défis d'une infirmière en contexte d'urgence ?

IDE: Les défis ?

ESI: Oui.

IDE: Les défis en contexte d'urgence.. Et ben moi pour moi mon défi c'est canaliser le stress, parce qu'au final si tu es stressé tu ne fais pas du bon travail. Et savoir écouter. En fait je crois que c'est ça la principale... Parce que tu peux être un bon technicien. Au final le service d'urgence on te demande d'être un bon technicien, savoir piquer, savoir préparer tes seringues et tout ça. Sauf que par exemple en SMUR, tu es trois. Et bien si ton collègue, il n'est pas capable de voir... Il faut quand même avoir ta vision globale. Et ça c'est un défi au final. Et savoir écouter.

ESI: Du coup, quels sont les besoins et les ressources de l'IDE en situation d'urgence ?

IDE: Les besoins et les ressources... Les besoins... Je te dis canaliser son stress. Se dire, au final, qu'on est pas tout seul. Tu vois par exemple si tu n'arrives pas à poser une voie et ben c'est pas grave tu as le KT intra osseux. Tu vois, tu ne seras jamais seule et tu auras toujours une solution. Après tout ce qui est médical au final tu n'y peux rien en soit parce que c'est le médecin qui va faire son truc, qui va faire sa popote. Si, le truc qui peut-être stressant au final, ou par exemple les situations d'urgence où tu peux faire des contre transferts. Tu sais. Et du coup ce qui peut-être bien en ressource au final c'est, enfin chez les pompiers on à la Campsy mais en service d'urgence on a des psychologues qui sont... qui peuvent nous aider en fait et être détachés sur des situations type les enfants ou des situations où tu as fait des contre transferts ou par exemple tu as fait une noyade et tu avais l'impression que la personne ressemblait à quelqu'un. Ou alors même que tu sors sur une intervention et tu connais cette personne là. Ca m'est déjà arrivé aussi. Donc en ressources oui il peut y avoir les psychologues qui peuvent être là sur des situations d'urgence. Et en personnes ressources, notamment dans le service d'urgences, si par exemple tu n'arrives pas à piquer quelqu'un tu vois à la SAUV ou au déchocage, donc une personne qui est critique au final, si tu n'arrives pas tu

as des personnes ressources du coup tu n'as pas de collègues. Tu vas chercher tes collègues. T'es jamais seule. En gros à l'extérieur t'es seule mais tu as toujours une solution au cas où tu n'arrives pas à piquer. Parce qu'au final c'est le truc le plus compliqué, savoir piquer. Et à l'intérieur oui il peut y avoir les psychologues qui peuvent être là sur des situations compliquées.

ESI: Est-ce que tu penses qu'il est nécessaire d'avoir une formation spécifique pour travailler au sein d'un service d'urgence ?

IDE: Pour rester dans le service d'urgences... Déjà à la sortie de diplôme c'est vrai que personnellement j'étais hyper frustrée de ne pas avoir été prise à la sortie de l'école. Et au final je ne regrette pas mon parcours parce que je ne suis pas stressée, quand je vais au boulot je ne suis pas stressée. Et du coup il y a des liens.. Par exemple, tu vois cardio j'en ai fait un peu et il y a des liens que tu fais plus rapidement. En neuro tu fais des liens plus rapidement aussi. En chirurgie digestive par exemple, je suis restée 7 ans, bah les gens qui viennent pour des stomies digestives ou même des stomies urinaires, ben il y a des collègues qui ne savent pas changer les...

ESI: Ah oui les poches..

IDE: Les poches. Les aiguilles de Huber tu vois quand il faut faire, par exemple une personne qui chauffe, et qu'il y a une aiguille de Huber, on fait toujours en voie veineuse périphérique mais on fait aussi des hémocultures sur site. Et il y en a pleins qui ne savent plus piquer parce qu'ils n'ont plus l'habitude. Et du coup avec ce parcours là, le fait de tourner partout, et de prendre des billes un petit peu à droite à gauche, c'est quand même hyper intéressant. Après surtout ce qui est formation... Donc pour rester dans le service d'urgences, en gros pour moi il n'y a pas de formation mais c'est ton expérience propre qui fait. Par contre pour la formation déchocage et formation SMUR, le fait de passer en réanimation avant et d'avoir eu une formation plus approfondie notamment sur les respis... essayer de comprendre l'arbre bronchique justement, tes surveillances, la tête et tout ça.. Au final, on ne fait jamais ça aux urgences. Et bien mine de rien le fait de passer en réa et bien tu comprends beaucoup plus de choses et du coup ben tu tilte plus. Donc ça je trouve c'est intéressant au final.

ESI: Quelle place tu accordes à la "dimension relationnelle" avec le patient en situation d'urgence?

IDE: Je trouve qu'elle est hyper importante. Parce qu'une situation d'urgence c'est hyper stressant. Que ça soit cardiaque, que ça soit... Tu vois là je reprends la situation de ce matin, la personne elle tapait à 20 de fréquence cardiaque. Tout le monde commence à s'agiter autour de toi tu vois, on te branche de partout. Si tu n'as pas un minimum de relation et... Déjà c'est une situation stressante. Il faut apaiser le patient. Je trouve que le touché mine de rien, tu vois sans forcément parler parce que

parfois il y a trop de bruit. Rien que d'être là au contact et bien c'est quand même important. Donc déjà dans les situations d'urgence du coup... Tu as tes soins techniques à faire et tout ça. Ca au final c'est plus rapide. Auprès de la victime aussi parce que, enfin auprès de ton patient. Donc dans le service hospitalier auprès de ton patient c'est important parce que du coup tu as besoin de le rassurer. Une personne qui attend, qui est dans une situation critique, forcément ça va être hyper stressant donc tu auras besoin de le rassurer.

Je parle du patient mais on parle aussi de la famille. Quand elle va être dans une situation critique aux urgences par exemple, elle va aller à la Sauv. Mais la famille va rester en salle d'attente et ne va pas venir avec nous parce qu'il y aura trop de gestes complets à faire. Du coup il faudra quand même aller voir la famille après avoir effectué tes soins de première urgence. Il faudra aller la rassurer. Sur tout ce qui est SMUR c'est pareil. Le SMUR, même si je n'en fait pas encore, de ce que je vois en extérieur avec la VLI c'est... Tu fais... En gros tu t'occupes pareil de ta victime en soit mais après il faut quand même aller voir la famille. Et ça c'est de l'abord relationnel qui est hyper important. Tout comme les enfants. L'approche de l'enfant.. L'abord relationnel, il peut-être différent sur chaque personne. Mais rien que déjà le touché je trouve que...

ESI: Ça aide oui..

IDE: Ça aide. Mais c'est hyper important. Plus que des soins techniques au final.

ESI: Pour toi, quels sont les éléments qui viennent influencer la relation soignant-soigné avec le patient dans un contexte d'urgence?

IDE: Le fait d'avoir énormément de travail, de ne pas prendre le temps. Il y a même des fois j'ai honte par exemple tu vois... Quand on passe dans la salle d'attente, et on espère que personne ne va nous appeler pour demander un bassin. Tu n'as pas le temps. Niveau intimité des fois c'est pareil, c'est compliqué. Mais en gros la quantité de travail, le manque de personnel, le manque de temps. On a pas le temps... Là tu vois autant l'hiver ça passe, mais autant l'été c'est une cata. Il y a plein de monde dans les couloirs, ça dégueule de partout. Et tu ne sais pas où les placer.

ESI: En quoi, la communication influence-t-elle la prise en soins du patient dans un contexte d'urgence ?

IDE: Parce que du coup le fait d'être à côté et de parler avec, de lui expliquer les choses ça va peut-être lui permettre d'être moins stressé. Et du coup d'améliorer son état clinique. Ca peut-être possible. Le fait aussi d'avoir cet abord relationnel, il faut en général qu'il y ait qu'une personne. Parce que c'est cette personne là qui au final va avoir confiance en toi, qui va se référer. Comme... Bah comme chez les pompiers. Un écureuil au final. L'écureuil va faire le lien relationnel...

ESI: Avec l'équipe et le patient.

IDE: Oui. En général tu vois même moi je donne mon prénom. Tu vois sans donner mon nom de famille. Parce qu'au final c'est ton rôle professionnel. Mais tu donnes ton prénom. Et bien tu peux être certain que les personnes vont se souvenir de toi et t'appeler si elles ont besoin. Dans une situation d'urgence au final le fait d'avoir une personne repère c'est hyper important pour la victime.

ESI: Quelles conditions sont à mettre en place pour favoriser la prise en soin du patient dans un contexte d'urgence?

IDE: Déjà que tout le monde se dise que l'abord relationnel est important. Parce qu'il y en a qui sont trop dans les soins techniques et du coup qui ne prennent pas en compte ça. Expliquer tous les gestes que tu vas faire aussi mine de rien. Ca j'en ai pas parlé mais je repense à un exemple. Tu sais, les VNI, les masques à VNI ? Les gens qui viennent pour des OAP aux urgences, c'est tout le temps la même chose. On leur met le masque VNI, on les fait pisser avec du Lasilix et on met du Risordan pour leur tension. Et ben il y en a pleins tu vois qui arrives, qui ne posent pas de question. La personne, elle est en détresse respi donc en urgence vitale sur un OAP et bien sans forcément d'explications on dit vite il faut qu'on aille vite donc vite il faut mettre le masque. Et du coup c'est hyper étouffant, c'est hyper angoissant. Rien que déjà expliquer ce que tu vas faire, dire "ne vous inquiétez pas on va vous prendre en charge" sans dire forcément "ça va bien se passer" ou "ça va pas bien se passer" parce que de toute façon tu ne peux pas le prévoir. Et ne pas, par exemple, pour le masque VNI, trouver des solutions d'adaptation pour le patient pour que ça soit moins angoissant et qu'il prenne plus... Voilà, te présenter. Tu vois, je vois pour les masques VNI, en général moi ce que je fais c'est que je pose le masque même s'il y a un petit peu de fuites au début. C'est juste pour que la personne s'adapte au mieux au début à prendre son oxygène. Et après progressivement je resserre, même s'il y a des fuites au début. Et c'est moins étouffant que de coller le masque dès le début d'un coup.

ESI: Quels éléments tu prends en compte pour établir une relation de confiance avec le patient en situation d'urgence ?

IDE: L'âge déjà. Tu vois... L'âge, les antécédents. Tu vois s'ils sont... S'ils sont en Gir 2, en Gir 4 c'est pas du tout la même prise en charge. S'ils sont handicapés aussi. Ça dépend vraiment de la personne. Comment tu la prends en charge...Et je te dis, moi, le toucher, j'utilise beaucoup le toucher. Je trouve que c'est réconfortant. Pas grand chose mais juste mettre la main sur une main ou sur un avant-bras. Et en plus ça paie pas de mine parce que des fois même tu surveilles le pouls en même temps.

ESI: Du coup, quelle place tu accordes à la communication en situation d'urgence ?

IDE: Elle est énorme cette place. C'est hyper important. Et c'est même plus important que les soins techniques au final. Parce que la personne elle va avoir confiance en toi, tu vas la rassurer. Tu vas être la personne référente au milieu d'un... Enfin dans un milieu au final hyper angoissant, hyper stressant et... Et rien que ça oui ça peut... Tu vois tu pars pour quelqu'un de tachycarde... si direct il entend que tu es stressée il va se dire direct "oh putin elle est stressée, du coup ça va me stresser encore plus parce qu'au niveau de la prise en charge est-ce que je vais être bien pris en charge".

La voix aussi, l'intonation de la voix. Je pense qu'il ne faut pas partir dans les aigus non plus tu vois. Essayer de rester le plus possible...

ESI: Doux... enfin...

IDE: Doux oui. Calme, doux, posé. Communication oui. Communication, du respect et le toucher. Et expliquer tous les gestes. Tous les gestes que tu fais. Sans dire "attention je vous pique" parce que ça, ça peut-être stressant. Mais en expliquant "je vais vous mettre une perfusion". Pour les enfants c'est différent parce que du coup là aussi tu peux te servir des parents. Ça aussi c'est intéressant. L'abord chez l'enfant, il est complètement différent d'un adulte. L'abord chez l'enfant ça va être des jeux... D'ailleurs il faut que je prenne ça.. J'avais vu ça en Simurg pédiatrique, tu sais des petites bulles pour distraire les enfants. Et ça pareil c'est un jeu, avec les enfants ça peut-être une sorte de jeu au final.

ESI: Pour toi, un manque de communication avec le patient peut-il avoir des conséquences sur ce dernier ?

IDE: Sur une urgence vitale oui. Surtout que s'il reproduit par exemple sur un problème cardiaque, s'il reproduit la même chose il va se dire... "si déjà la première fois c'était stressant, s'il y avait trop de monde, si je risquais l'arrêt cardiaque... et ben vu comment ça c'est passé la première fois...". Et bien ça peut-être hyper angoissant la deuxième fois.

ESI: Et oui du coup, est-ce que les situations que tu rencontres toi peuvent avoir un impact sur toi au niveau psychologique, physique, ...?

IDE: Au niveau psychologique oui. Physique je pense aussi parce que des fois quand tu es stressée... Quand tu es stressée forcément tu prends. Tu sais des fois tu peux avoir des courbatures le lendemain. Tu te dis "ah bah oui celle là elle m'a tendue". Et si psychologique ça c'est sûr. Quand tu tombes sur un enfant... Après c'est propre à chacun. Mais je vois pour moi, quand je tombe sur un enfant, je fais mon boulot mais je sais qu'après... Enfin sur les deux grosses situations d'urgence que j'ai eues, sur les arrêts cardios des deux petites,... Et bien j'ai galéré... La première j'ai mis du temps à m'en remettre. Mais parce que je n'en ai pas parlé. Et parce qu'on a pas trop débriefé. Et la deuxième

au final c'est parce que j'ai fait un contre transfert en voyant ma fille. Sur la petite qui avait le même âge, la même morphologie.

ESI: Oui. Et du coup qu'est ce que tu mets en place pour essayer de te protéger, de ne pas te laisser envahir ?

IDE: Déjà... Un truc, tu vois qui n'est pas forcément stressant c'est quand tu pars tu te dis... Enfin moi c'est ce que je me dis: "la personne est déjà dans la merde et du coup je ne peux pas l'aggraver en soit parce que justement je ne peux lui apporter que du bénéfice". Donc déjà en soit ça t'enlève un stress. De deux, je me dis je ne suis pas incompétente. Si je suis arrivée ici ce n'est pas pour rien. De trois, si j'ai un doute en VLI au pire des cas j'ai la régul et je vais avoir un médecin au téléphone. Aux urgences, j'ai un médecin qui est déjà là sur place donc voilà. Et aucune question n'est bête. Qu'est ce que je peux dire d'autre.... Et la communication en fait. Je vais faire mon intervention, je vais faire la situation d'urgence. Du mieux que je peux, parce que personne n'est parfait, mais au moins du mieux que je peux. Si par contre la situation m'a touchée, ou si je vois qu'elle a touché quelqu'un d'autre... Parce que c'est obligé des fois on fait des contre transfert. Même ce qu'on t'apprends à l'école, on te dit n'en fais pas mais au final t'en fais, c'est humain. Et bien tu en parles après. Et moi je sais un truc que je fais... Après je ne sais pas si c'est bien ou pas mais je vois pour les deux arrêts, et bien j'ai appelé le lendemain le CHU pour avoir des nouvelles. Il y en avait une qui s'en était sortie, elle était extubée. L'autre était encore intubée. J'ai rappelé le lendemain pour reprendre des nouvelles. Elle était extubée. Qu'elle soit extubée ou qu'elle soit décédée en soit c'était la finalité pour moi en fait. Du coup j'avais fait mon truc. Et dans ma tête, ma phase "de deuil" était passée. Et je n'ai pas repris de nouvelles après. C'était juste pour savoir où ça en était. Mais je n'aurais pas appelé, tu vois au bout d'une semaine je n'aurais pas appelé tous les jours.

Annexe IV: retranscription entretien n°3

Louise (prénom d'emprunt).

Infirmière anesthésiste travaillant au bloc opératoire de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire et effectuant également des gardes au SMUR.

ESI: Alors, est-ce que tu peux te présenter rapidement, ton parcours professionnel ?

IDE: Alors, je suis infirmière depuis 2003. J'ai exercé pendant 6 ans comme infirmière en réanimation chirurgicale. Ensuite, j'ai fait l'école d'infirmier anesthésiste. Et donc depuis 2011 je suis infirmière anesthésiste au bloc opératoire de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire. Dans le cadre de l'urgence, on a toujours des urgences qui interviennent au bloc opératoire. Dans le bloc opératoire de chirurgie cardiaque on prend en charge beaucoup d'urgences chirurgicales. C'est des dissections aortiques, des greffes, des transplantations cardiaques, des ruptures de l'isthme aortique notamment. Et je réalise également des gardes, dans le cadre de la continuité des soins, au bloc opératoire des urgences. Et également des gardes au SAMU depuis 10 ans et demi.

Et oui c'est un choix personnel quand j'ai commencé en tant qu'infirmière. J'avais été passionnée par la réanimation, mes stages de réanimation. J'en avais fait, j'avais eu la chance d'en faire... J'avais fait deux stages en réanimation et un stage en soins intensifs donc assez rare dans des parcours quand même de formation. Après c'était une autre formule de formation que la formation d'infirmier d'aujourd'hui. On avait peut-être un petit peu plus de temps de stage aussi. Mais c'était mon choix de ... Parce que j'avais été passionnée dès le début. Ensuite... donc exercer en réanimation chirurgicale ça s'est présenté donc j'en étais très contente. Et en tant qu'infirmière anesthésiste j'avais pas forcément de choix possible. C'est vrai que j'aimais beaucoup le bloc opératoire de chirurgie cardiaque. Il y avait un poste et puis ben... Finalement j'avais mis ça dans mes vœux et ce poste m'a été attribué.

ESI: Ok. Pour toi, qu'est ce qui caractérise une situation d'urgence ?

IDE: Une situation d'urgence c'est une situation qui sort complètement de ce qui est attendu. Donc c'est une situation pour laquelle on... C'est pas qu'on était pas prêts mais c'est une situation qui va modifier le déroulement normal de ta prise en charge. Donc là je me mets dans le contexte éventuellement du bloc opératoire où j'ai un patient au bloc opératoire qui fait un arrêt cardiaque pour une raison par exemple d'anaphylaxie donc c'est une situation d'urgence qui perturbe le déroulé normal de la prise en charge mais que j'ai appris à anticiper.

ESI: Oui d'accord.

IDE: C'est donc... C'est d'autant plus le cas en anesthésie, mais c'est aussi le cas en tant qu'infirmier en réanimation où on fait des vérifications de chambre de patient pour prévenir une éventuelle complication, une éventuelle urgence vitale. On surveille nos alarmes pour prévenir et être prévenu quand une hypotension éventuellement intervient ou un trouble du rythme cardiaque. On surveille qu'on a bien un bavu dans la chambre de réanimation, qui est fonctionnel parce que si éventuellement on a besoin de ventiler en urgence le patient il faut que ce soit... C'est des choses qui sont anticipées et qui font que la prise en charge de l'urgence sera plus facile. Dans le cadre du SAMU, on sait qu'on part tout de suite sur une urgence puisque ça reste normalement l'objet de nos déplacements, de nos interventions. Même si quelquefois on se rend compte qu'on part en SAMU sur des urgences vitales on va dire psychiques éventuellement. Par exemple, on peut prendre l'exemple d'une douleur thoracique et au final arrivés sur place, la symptomatologie peut éventuellement évoquer une douleur thoracique. L'examen clinique du patient est tout à fait normal. Et finalement l'urgence, elle est plus psychologique. C'est-à-dire qu'il y a une angoisse qui fait que ça déclenche une symptomatologie qui pourrait être plus grave.

ESI: Selon toi, quelles sont les qualités requises du soignant pour travailler dans un service d'urgence ?

IDE: Alors les qualités requises du soignant pour travailler dans un service d'urgence. Selon moi, une rigueur dans son travail, une capacité à anticiper les choses, une capacité à être organisé, le plus possible. Même si dans les urgences, dans les services d'urgence, ce n'est pas forcément facile mais on peut quand même avoir un minimum d'organisation qui permet de, justement, d'intervenir face à une urgence. Et des grandes capacités relationnelles, parce que... Moi je n'ai jamais travaillé dans un service d'urgence néanmoins dans les situations d'urgence face auxquelles j'ai été confrontée, je me suis rendue compte qu'il était important de communiquer les uns avec les autres. Entre professionnels, avec le patient s'il est en état de conscience, d'être à l'écoute en tous cas, pour améliorer la qualité de la prise en charge. Et c'est quelque chose sur lequel... On ne nous apprend pas ça en fait. On nous apprend à éventuellement s'organiser, on nous apprend à vérifier notre matériel, on nous apprend ces choses qui sont purement techniques mais le relationnel... On s'attend à ce que ce soit inné mais quelquefois ça ne l'est pas forcément.

ESI: Du coup, quels sont les défis d'une infirmière en contexte d'urgence pour toi ? Et si tu as un exemple...

IDE: Les défis d'une infirmière en contexte d'urgence. Alors... Le défi numéro 1 c'est quand même de

répondre à la situation d'urgence en elle-même. Si c'est un arrêt cardiaque, mettre en place ce qu'il faut pour réanimer le patient. Si c'est une douleur thoracique, faire l'électrocardiogramme qui permet de, d'établir le diagnostic. Donc je pense que ça c'est, on va dire le défi numéro 1. Ça va être quand même celui-ci. Mais c'est un défi qui est mis en place en parallèle du défi organisationnel, du défi de la priorisation aussi. On a pas parlé de ça dans les qualités mais il faut savoir prioriser. Comment... Si on prends l'exemple d'une hémorragie, d'une hémorragie interne, qui semble se confirmer avec les éléments diagnostics, si le médecin te demande de poser une voie veineuse périphérique bien dans ce cadre là tu sais que tu vas avoir besoin de faire un prélèvement sanguin pour éventuellement identifier l'hémoglobine du patient, pour avoir un premier, une première valeur initiale. Mais tu vas aussi avoir besoin peut-être de faire une carte de groupe donc pour ça tu vas aussi prélever. Donc on te demande, le médecin t'envoie une information, et en même temps le défi de l'infirmière c'est aussi quelquefois d'anticiper les demandes du médecin en disant "ben il va falloir lui faire son groupe, ses RAI et une numération". Et puis bien dans la foulée tu peux aussi utiliser ce qu'on appelle les hémocue pour avoir une première donnée rapide sur l'hémoglobine du patient. Donc finalement le défi, il est assez multiple. C'est à dire que dans la prise en charge initiale tu as aussi plusieurs défis parallèles qui vont demander à l'infirmier d'analyser aussi la situation et peut-être même d'anticiper les demandes qui vont lui être faites par le médecin. Et tout ça en usant de la communication. Le patient, s'il est bien conscient, il faut lui expliquer les choses. En ayant une, un langage posé, avec des mots simples. Le médecin, s'il envoie une information, il faut utiliser le feed-back pour confirmer qu'on a entendu l'information. Si on te demande de passer, de réaliser un hémocue: "je réalise un hémocue", et ensuite quand il est fait "je donne la valeur de l'hémocue". Donc c'est vrai que dans le contexte de l'urgence, l'infirmière a de nombreux défis à relever. Donc voilà, ça va effectivement du soin technique à l'échange inter, entre les professionnels et puis l'attention auprès du patient qui voit tout le monde s'agiter autour de lui et il a besoin d'être rassuré pour se sentir pris en charge justement.

ESI: Du coup, quels sont les besoins ou les ressources de l'IDE en situation d'urgence ?

IDE: Alors, les besoins et/ou les ressources de l'infirmier en situation d'urgence. Alors, je pense qu'après une formation, la formation de 3 ans, l'infirmier qui arrive aux urgences il ne vas pas occuper non plus tous les postes possibles et imaginables. Il ne vas pas être tout de suite à l'accueil et à l'orientation du patient parce que ça demande quand même une certaine expérience je pense des urgences. Moi-même j'en suis pas capable, je ne suis pas capable de faire ça alors que j'ai des années d'expérience en réa-chir ou en anesthésie. Je pense qu'il faut connaître déjà le milieu des urgences. Après je pense que.... La formation fait que les outils sont là. Et après, dans le service en

lui-même, il faut savoir approfondir certains soins techniques, certaines spécialités. La prise en charge psychologique aux urgences, ben il faut avoir des qualités... Infirmier aux urgences il faut avoir des qualités relationnelles ou en tous cas d'écoute et de patience qui doivent être juste démesurées. Donc je pense... Je ne suis pas persuadée qu'il faille vraiment une formation spécifique, sinon il faudrait une formation spécifique dans chaque service tu vois. Après quand on arrive dans un service, oui on va aller creuser un petit peu plus loin la spécialité pour justement devenir quelqu'un de compétence grâce à l'expérientiel associé au théorique que l'on a reçu et au théorique que l'on peut aussi aller chercher en plus. Les ressources de l'infirmier en situation d'urgence, ça va être son équipe, ça va être... Il faut trouver ses partenaires, identifier ses partenaires, savoir qui fait quoi et est-ce que j'ai une ressource que je peux aller chercher aussi. Ca c'est hyper important, ne pas rester tout seul dans la situation parce que... par fierté. Non il n'y a aucune fierté à avoir. On ne reprochera jamais à quelqu'un d'avoir appelé à l'aide alors qu'il ne le fallait pas. Non jamais ça c'est sûr.

ESI: Quelle place tu accordes, toi, à la "dimension relationnelle" avec le patient en situation d'urgence ?

IDE: Alors... Bien moi je trouve qu'elle est primordiale dans le sens où ça peut quelquefois déterminer l'issue. Je te parlais tout à l'heure de la douleur thoracique donc on s'attend à un problème cardiaque et finalement le cœur va très bien. Et quand on creuse et quand on échange, il y a autre chose derrière qui finalement a déclenché ses douleurs. Alors ça ne veut pas dire qu'il faut être aveuglé par ça non plus. Ce n'est pas parce que la personne est angoissée et/ou dépressive, ou avec un profil psychologique un peu déséquilibré qu'il faut être aveuglé par ça et ne pas prendre en compte le côté somatique. Mais ça a quand même plusieurs vertus, d'être attentif dans notre relationnel avec les patients. Moi je trouve, la première chose, c'est que ça permet au patient de se sentir considéré, de se sentir écouté. Et donc comme une urgence c'est toujours désagréable et anxiogène, déjà la pression retombe. Et je pense qu'en tant qu'infirmier on fait déjà notre job. Et tu le verras avec l'expérience il y a une relation qui s'installe entre le patient et l'infirmier qui est riche. Parce que, peut-être qu'on trouve plus les mots pour leur parler ? On est moins dans le.., les terminologies médicales. Ce qui fait qu'on va réussir à trouver des mots simples pour qu'ils soient accessibles à la personne qui est complètement en dehors de ce contexte là.

Donc ça c'est une première chose. Et puis la deuxième chose, quelquefois ça permet de faire un diagnostic différentiel. En creusant: "bah oui mais alors pourquoi.. oui mais en fait j'ai mal à la poitrine depuis que je sais que ma fille a fait ça..." ou voilà. "Ok d'accord, on va en parler". Même si on est toujours embêtés finalement d'être déplacés pour des urgences comme celles-ci parce qu'on a peur de ne pas être disponibles pour d'autres urgences qui sont elles réellement vitales sur le plan

somatique on va dire. Mais c'est vrai que c'est essentiel.

ESI: Du coup comment tu l'a mets en place la dimension relationnelle avec le patient ?

IDE: Alors déjà en me présentant. Je me présente "bonjour". Comment... Je me présente, je me mets à leur hauteur. On va dire, si le patient est allongé je ne vais pas rester debout face à lui, je vais m'agenouiller pour être un peu plus à sa hauteur. Et ça permet d'établir un lien déjà, une petite relation de confiance en disant "on est au même niveau". Voilà. Et puis ensuite, j'explique ce que je fais. Sans utiliser forcément des termes trop techniques. J'explique "on va vous mettre quelques éléments de surveillance pour faire le point". Voilà. Et puis je m'assure qu'il est bien installé, "est-ce que vous êtes bien allongé comme ça ? Est-ce que vous voulez un oreiller supplémentaire ?". J'essaie de me mettre dans une situation où je suis chez les gens tu vois... Et ça permet de créer un lien de confiance, de libérer la parole aussi et d'améliorer je pense la prise en charge globale du patient dans une situation, dans un contexte particulier.

ESI: Quels sont les éléments qui viennent influencer la relation soignant-soigné avec le patient dans un contexte d'urgence?

IDE: Alors les éléments qui viennent influencer la relation soignant-soigné ? La première chose, ça peut-être le stress induit. Induit par le patient, qui peut transmettre son stress. Induit par les autres professionnels, qui peuvent mettre une pression. Tu peux être confrontée à des collègues de travail qui vont te demander plusieurs choses en même temps. Donc ça fait que ça t'apporte du stress, et ça peut complètement changer, finalement, ta façon d'être attentive au patient parce que tu es concentrée sur la façon dont on t'a communiqué les données. Donc tu ne peux pas être partout. Donc ça c'est important. Et donc le stress que tu ressens face à ça. Si tu n'arrives pas à prendre du recul par rapport à ce stress là, tu vas être en difficultés. Et donc tu ne peux pas à la fois essayer de gérer ton stress et à la fois créer une relation de qualité avec le patient. Donc ça je pense que c'est un élément qui peut influencer la relation. Qu'est ce qui peut influencer la relation ? Bah quelquefois la gravité de la situation. La gravité de la situation qui fait que... comment dire. On sait que c'est grave et en même temps on veut rassurer. Donc quelquefois c'est en décalage, on ressent un décalage, et qui peut compliquer la mise en place d'une relation de confiance... La personne qui vient de sectionner la main avec sa scie circulaire et même si la section, elle est propre, nette.. de part notre expérience on sait qu'au vue de son âge, ou quoi que ce soit, la réimplantation de la main ça ne va pas marcher quoi. Donc apporter de l'espoir au patient alors qu'il n'y en a pas c'est difficile. Donc est-ce qu'il faut lui en apporter de l'espoir ? Mais en même temps il a besoin d'être rassuré, il va poser la question: "mais ma main on l'a bien récupérée ? On va pouvoir me la réimplanter ?". Qu'est ce qu'on répond à ça ? Et donc c'est ce décalage là quelquefois entre le pronostic potentiel et puis

l'attente pronostic du patient. Lui il veut qu'on réimplante la main, bien-sûr, c'est normal. Et nous aussi on a envie qu'il le fasse. Mais quelquefois c'est, finalement, pas possible pour diverses raisons. Surtout quand ils commencent à avoir un peu d'âge. Et c'est souvent à un certain âge que ça se passe ces situations-là. Et donc je pense que ça, ça vient vraiment influencer notre relation. Voilà, effectivement. Qu'est ce qu'il y a encore ? Bah si l'agressivité ou les émotions que peut ressentir le patient. Les émotions des autres de toute façon en fait. Les émotions des autres, ça peut complètement entacher notre relation avec le patient. Le patient agressif, si on arrive pas à tamponner cette agressivité, on va faire du mimétisme et on peut répondre avec agressivité.

ESI: Oui.

IDE: Tu vois. Donc il y a ça qui peut aussi entrer en jeu. En SAMU, les personnes qui viennent d'être plantées par un couteau, avec un couteau, par quelqu'un venu de nulle part soi-disant, mais qui ne veut pas aller à l'hôpital parce qu'il veut retrouver le mec qui a fait ça alors qu'il faut quand même... La relation est difficile, la relation soignant-soigné est vraiment difficile à installer, parce qu'il y a un autre objectif pour le patient. Il ne se rend pas compte. Lui il est sous l'énerverment, il a sécrété un peu d'endorphine qui fait qu'il n'a pas mal, il ne se rend pas compte de la situation, puis finalement il y a une plaie grave qui nécessite un passage à l'hôpital voire un passage au bloc opératoire. Donc l'agressivité du patient peut rentrer en jeu je pense.

ESI: Du coup, en quoi, la communication influence-t-elle la prise en soins du patient pour l'infirmière dans un contexte d'urgence ?

IDE: Alors... Alors, la communication en quoi ça influence la prise en soins du patient ? Ça l'influence dans un sens positif. On est des êtres humains. Même si on a, on va dire, on est chacun d'un côté de la barrière. Il y en a un qui est à l'hôpital pour se faire soigner et l'autre qui est à l'hôpital pour travailler. Donc c'est-à-dire qu'on a finalement des objectifs de présence qui sont complètement différents. Ça n'empêche qu'on reste des êtres humains dotés de la parole mais dotés aussi de.. comment... de la non parole. Donc du regard, de la position, des gestes. Toute cette communication non verbale, elle est aussi importante dans notre relation avec le patient. Donc pour moi c'est, en fait, essentiel pour améliorer la prise en charge. Ça permet de créer le lien de confiance qui va aboutir sur une prise en charge complète et sur une satisfaction de la part du soignant: "j'ai été à l'écoute". Quand on sort d'une chambre d'un patient et que pour X raison on a pas eu le temps d'écouter, on rentrera chez nous on ne sera pas satisfaites.

ESI: Oui c'est sûr.

IDE: Parce que ça fait partie du job.

ESI: Quelles conditions sont à mettre en place pour favoriser la prise en soin du patient dans le contexte d'urgence?

IDE: Alors... Donc, on va reprendre un petit peu les choses. On peut reprendre sur les soins techniques qui sont à faire pour assurer sa prise en charge. Et puis toutes les compétences relationnelles qui vont faire que tu vas mettre le patient en confiance et qu'il va un peu s'abandonner aussi à la prise en charge et faire en sorte de ne pas être un frein. Un patient qui n'est pas en confiance, il va forcément mettre des obstacles dans la fluidité des choses.

ESI: Oui.. il ne va pas coopérer.

IDE: Il ne sera pas coopérant. Il posera probablement beaucoup de questions. Ca ne veut pas dire qu'il n'a pas à poser de questions mais il en posera probablement davantage parce qu'on ne lui aura pas apporté de réponses de façon spontanée. Donc je pense que ça c'est essentiel. Mais ça c'est dans le contexte où le patient est conscient. Il y a des situations où ils ne sont pas du tout conscients, et à ce moment-là c'est peut-être pas le patient, avec qui il faut créer le lien de confiance, mais avec la famille ou les proches qui sont peut-être autour. Je parle plus des contextes du SAMU où il faut surtout les impliquer dans les situations. On n'en a pas du tout parlé de la famille mais en SAMU c'est hyper important. Je ne sais pas moi... L'accouchement à domicile par exemple avec les aînés qui sont planqués dans la chambre à côté mais qui entendent tout. Il ne faut pas les oublier avant de partir. Une fois que les choses sont stabilisées, il faut les faire venir. Il faut leur laisser le temps de voir. Il faut leur expliquer que tout va bien, que maman va bien, que bébé va bien, qu'on les emmène à l'hôpital... Parce que, alors il n'y a rien de tel en plus pour les enfants, l'imagination. Leur imagination fait qu'ils peuvent avoir une très fausse interprétation de la situation. Donc c'est vrai que là, la relation de confiance, elle est essentielle.

ESI: Du coup, quels éléments tu prends en compte pour établir une relation de confiance avec le patient en situation d'urgence ?

IDE: Les éléments à prendre en compte. Ben le dialogue, le regard, la position.. Se mettre à sa hauteur. Répondre aux questions, savoir dire quand on ne sait pas. Ne pas... Si on ne sait pas et qu'on répond une mauvaise réponse, on détruit la relation de confiance, qui sera plus compliquée à ré-instaurer par la suite. Donc si on ne sait pas on le dit, et on va aller chercher la réponse. On peut aussi ne pas connaître le diagnostic, et pour ça on fait les examens qui vont nous permettre d'avancer et justement de diagnostiquer ce qu'il se passe à ce moment-là. Donc, je pense... La relation de confiance c'est vraiment la communication verbale et non-verbale que l'on établit avec le patient. Ne pas tourner le dos, regarder, parler en regardant et non pas parler en faisant autre chose. Se montrer vraiment là. Après quelquefois ce n'est pas forcément parler mais tenir la main, toucher.

C'est ça qui va améliorer la relation de confiance que l'on instaure sur ce temps assez court en plus. Habituellement... Le contexte de l'urgence, ça reste différent. C'est-à-dire que c'est court mais intense. Et donc l'usage des mots est important. Utiliser des mots avec une connotation positive, c'est essentiel. C'est un peu ce que l'on appelle la communication thérapeutique.

ESI: Oui ?

IDE: Au lieu de dire "avez-vous mal quelque part ?", on va dire "est-ce que vous êtes confortable ?". L'usage des mots est surtout très important.

ESI: Quelle place tu accordes à la communication en situation d'urgence ?

IDE: Avec le patient ou avec ?

ESI: Oui le patient mais aussi l'équipe.

IDE: Les deux. Ben énorme einh. J'y accorde une grande place parce que dans une situation d'urgence il y a toujours un leadership. C'est le référent, c'est lui qui va prendre les décisions et il a besoin d'être au courant de tout. Donc on se réfère à lui, on hésite pas à user de la reformulation pour éviter toute interprétation. Si une information paraît étonnante, au lieu de la garder pour soi et se dire "c'est étonnant", on la reformule et ça permet de s'assurer que c'était bon. Donc de confirmer les choses ou au contraire de réajuster l'information qui éventuellement a été mal entendue ou mal exprimée. Donc ça c'est vrai que c'est important. Ça permet de poser les choses. La communication c'est vrai que... Moi je trouve qu'elle est importante parce qu'on donne le ton à la prise en charge. Ça va même pour tes collègues de travail, de savoir qu'en reformulant c'est que tu les as écoutés. De se savoir écoutés, entendus, ça... pour le leadership qui va gérer l'urgence, contrôler les actions, la conduite à tenir.. ça va lui enlever un peu de stress parce qu'il sait que tu es là. Il sait que tu entends et il sait que tu reformules. Donc il ne va pas avoir à un moment donné un doute dans sa tête en se disant "est-ce que ça a bien été fait ?". Non parce qu'il sait que tu vas lui dire quand tu l'auras fait et ce que tu auras fait. Et je pense que c'est essentiel. Enfin moi j'en suis persuadée. Et pour en vivre, des situations d'urgence, régulièrement, quelquefois ça permet aussi d'apaiser les choses, diminuer le stress. On peut aussi utiliser l'humour, on peut aussi faire un peu d'humour dans les situations d'urgence. Ce n'est pas parce que c'est urgent qu'on ne peut pas faire d'humour. Il faut que ça soit justement posé évidemment mais ça détend l'atmosphère. Les choses elles se font surtout, et sans précipitation quoi.

ESI: Pour toi, est-ce qu'un manque de communication avec le patient pourra avoir des conséquences sur ce dernier ?

IDE: Oh bah oui c'est évident. C'est évident. Si tu ne communique pas avec le patient tu vas

complexifier les choses. La prise en charge va être complexe. On en a parlé tout à l'heure. Il va peut-être interrompre tes actes, parce qu'il va te poser des questions, parce qu'il va refuser. Si tu lui poses une perfusion et que tu ne lui dis rien, que tu lui prends le bras et que tu lui serres le garrot et que tu ne parles pas il va se sentir chosifié comme s'il était un objet. Donc il n'est pas considéré. S'il est en capacité de se rebeller, ça va forcément ne pas être en faveur d'une prise en charge qualitative. Donc il y a ça. Ça lui apporte un stress supplémentaire. Ça lui... Ça déshumanise la prise en charge, complètement. C'est sûr que ça a des conséquences énormes.

ESI: Est-ce que toi, dans ton activité professionnelle et les situations d'urgence que tu as rencontrées, est-ce que ça a un impact sur toi au niveau psychique, émotionnel, physique ?

IDE: Alors... Il y a toujours des situations... Toutes les situations d'urgence ont un impact psychologique. Toutes. Elles ont toutes un impact, alors... Sur le moment, l'impact psychique, ça va être le stress que tu ressens. Ça c'est vraiment l'émotion du moment, que tu apprends à gérer avec ton expérience, avec.. grâce aussi aux professionnels qui sont autour de toi. Si tu as confiance en tes collègues, tu sais que ta situation va être plus facile à gérer. Il y a ça aussi. Après, oui tu as un impact psychologique aussi qui peut perdurer après la situation d'urgence et ce qui est essentiel c'est le débriefing, qu'il soit formel ou informel. Le débriefing c'est essentiel. En reparler, identifier... Identifier les axes d'amélioration. On se refait toujours l'histoire... toujours l'histoire. D'autant plus quand l'issue est défavorable. Ça c'est sûr. Quand l'issue est favorable on se refait aussi quand même l'histoire, en se disant est-ce qu'il y a encore quelque chose que j'aurais pu mieux faire. Et donc au lieu de se refaire tout seul, l'histoire il faut la refaire avec les autres. Et les autres, c'est les personnes qui travaillaient avec toi à ce moment-là, mais ça peut-être aussi la tierce personne qui reste dans le monde professionnel pour comprendre de quoi tu parles et puis aussi respecter le secret professionnel. Et ça c'est vrai que c'est, je pense, essentiel pour grandir, pour éviter que l'impact psychologique ne déborde et qu'à un moment donné le soignant se retrouve dans une situation d'épuisement professionnel parce qu'il y a des émotions qu'il ne peut plus réguler et... Donc le débriefing, il est essentiel. Ne pas hésiter à demander un débriefing formel quand il y a vraiment eu... Nous, ça nous arrive sur des situations au bloc opératoire, ou même en SAMU. Ou même l'issue a été favorable... Des débriefings pour faire un espèce de retour d'expérience qui peut-être utile aux autres et qui te permette à toi de mettre des mots sur ce qui s'est passé, ce que tu as fait et éventuellement réajuster des choses pour que si la situation se représente tu ne refasses pas forcément les mêmes erreurs s'il y a eu des erreurs, ou qu'en tous cas tu sois plus réactif parce que tu as déjà vu ça. Mais c'est hyper constructif, hyper constructif. Après les retours d'expérience, il faut savoir que c'est impliquant émotionnellement. C'est souvent fait à froid. Et on revient sur la situation

qui à un moment donné a été difficile à vivre. Donc c'est des moments qui ne sont peut-être pas forcément agréables mais qui sont certainement nécessaires pour le vécu du soignant. Voilà. Et donc c'est vrai qu'aujourd'hui les formations avec de la simulation c'est hyper intéressant. Parce que dans la simulation il y a forcément un débriefing. Ça permet d'apprendre à débriefer de façon formelle. Et donc, de façon complètement spontanée, dans le cadre du travail de faire des débriefings informels dans un premier temps. Parce qu'il faut parler de ce qu'il s'est passé, il faut échanger.

ESI: Oui donc tu as répondu à ce que tu mets en place pour y palier.

IDE: Oui y palier, ne pas se laisser envahir. Oui c'est ça, je pense.

Annexe V: Analyse des entretiens

Sujet de recherche: La communication avec le patient dans les situations d'urgence.

Question de départ: Dans quelle mesure la communication du soignant influence-t-elle la prise en soins d'un patient dans un contexte d'urgence ?

★ **Tableau 1: Le contexte d'urgence**

Mettre en évidence les caractéristiques et les défis d'une situation d'urgence										
Le contexte		Caractéristiques cliniques		Caractéristiques psychologiques		Défis professionnels		Défis relationnels		
Le lieu	L'imprévu	La symptomatologie	La gravité	Les attitudes	Les émotions	Les savoirs	La réactivité et l'organisation	Le stress	La relation soignant-soigné	La communication
<p>A l'hôpital</p> <p>Dans un milieu hospitalier</p> <p>En VLI</p> <p>Toute intervention en fait en dehors</p> <p>comme tu n'es pas dans un</p>	<p>Quand il y a quelque chose qui ne se passe pas comme on avait prévu que ça se passe</p> <p>quand on voit que quelque chose ne se passe pas comme on avait prévu que ça se</p>	<p>C'est déjà la clinique</p> <p>C'est quand tu vois la personne déjà cliniquement</p> <p>sans prendre les paramètres vitaux</p> <p>Tu vois si ça touche le neuro</p> <p>si ça touche le cardio</p>	<p>Que ça soit grave</p> <p>ou pas grave</p> <p>A plus ou moins grande échelle</p> <p>C'est quelqu'un qui peut décompenser</p> <p>on sait qu'il peut</p>	<p>On est plus vigilants</p> <p>plus au taquet</p> <p>On arrête de discuter</p> <p>on essaie d'être là</p> <p>Tu regardes</p>	<p>On peut se sentir démunis</p> <p>t'as un peu les pétoches</p> <p>Tu te sens impuissant</p>	<p>Ne pas faire d'erreur</p> <p>rester toujours vigilant</p> <p>rester à l'écoute de tes connaissances</p> <p>essayer d'avoir toutes les</p>	<p>trouver quoi faire au moment où il y a besoin de le faire</p> <p>avoir ta vision globale</p> <p>défi organisationnel</p> <p>défi de la priorisation</p> <p>savoir prioriser</p>	<p>Gérer la pression</p> <p>canaliser le stress</p>	<p>rester attentif</p> <p>à l'écoute</p> <p>savoir écouter</p> <p>et savoir écouter</p> <p>l'attention auprès du patient</p>	<p>Et tout ça en usant de la communication</p> <p>expliquer les choses</p> <p>utiliser le feed-back pour confirmer qu'on a entendu l'information</p> <p>l'échange entre les professionnels</p>

<p>contexte hospitalier</p>	<p> <p>passé</p> <p>Toutes les situations qui nécessitent une VLI sont une situation d'urgence</p> <p>Tu n'as pas toutes les clés en main si ça se dégrade rapidement</p> <p>C'est une situation qui sort complètement de ce qui est attendu</p> <p>c'est une situation qui va modifier le déroulement normal de ta prise en charge</p> </p>	<p> <p>ou si ça touche la respi</p> <p>Si tu as déjà une des 3 qui dysfonctionne c'est que déjà tu as une victime qui est critique</p> <p>Et suivant la situation ben du coup tu arrives à juger si tu as déjà une des trois atteintes</p> </p>	<p> <p>décompenser hyper rapidement</p> <p>Tu te fais déjà un ordre d'idée de savoir si elle est critique</p> <p>ou non critique</p> <p>c'est qu'elle va être critique et que là c'est une situation d'urgence du coup</p> </p>			<p> <p>clés en main</p> <p>mettre toutes les chances de ton côté pour que la prise en charge soit optimale</p> <p>être toujours vigilant</p> <p>toujours sur le qui vive</p> <p>toujours un peu à l'affût de tes connaissances</p> <p>être un bon technicien</p> <p>savoir piquer</p> <p>savoir préparer tes seringues et tout ça</p> </p>	<p> <p>anticiper les demandes du médecin</p> <p>anticiper les demandes</p> </p>			
-----------------------------	--	---	---	--	--	--	---	--	--	--

						répondre à la situation d'urgence en elle-même				
						analyser la situation				
5	6	8	8	5	3	13	7	2	5	4
11		16		8		20		11		

Identifier les qualités requises du soignant pour travailler dans un service d'urgence

Compétences professionnelles	Qualités organisationnelles	Capacités réflexives	Qualités relationnelles	Maîtrise des émotions
<p>Avoir une bonne observation clinique</p> <p>tout observer</p>	<p>Une rigueur dans son travail</p> <p>une capacité à anticiper les choses</p> <p>une capacité à être organisé le plus possible</p> <p>avoir un minimum d'organisation</p>	<p>Savoir se remettre en question</p> <p>Toujours se poser les bonnes questions</p>	<p>De l'empathie</p> <p>L'écoute</p> <p>capacité d'écoute</p> <p>cette capacité d'écoute</p> <p>une tolérance</p> <p>tolérer</p> <p>tolérer qu'il n'y ait personne et qu'une heure après tu sois surchargée</p>	<p>Canaliser son stress</p> <p>si tu es stressé ça ne marche pas</p>

			<p>tolérer qu'il y ait des fois où tu te sentes aussi un peu débordée</p> <p>tolérer qu'il y ait des gens plus ou moins agressifs, aimables</p> <p>self control</p> <p>Empathie</p> <p>écoute</p> <p>De la bonne humeur</p> <p>Ecouter aussi les autres</p> <p>des grandes capacités relationnelles</p> <p>communiquer les uns avec les autres</p> <p>être à l'écoute</p>	
2	4	2	17	2

Prendre connaissance des besoins et ressources de l'IDE en situation d'urgence

Les besoins							Les ressources	
Matériels et protocoles	Expérience	Doublure	Formation	Aptitudes relationnelles	Gestion du stress	Soutien psychologique	Prédispositions	Ressources
Des fiches techniques	Et du coup avec ce parcours là, le fait de tourner partout, et de prendre des billes un petit	si tu arrives à avoir une doublure, déjà c'est bien	une formation c'est toujours un plus	Il faut avoir des qualités	Canaliser son stress	besoin de souffler,	il y a des gens qui sont faits pour chaque service	Les cadres de service

<p>Des PISU (Protocoles infirmiers de soins d'urgence)</p> <p>Des fiches techniques des protocoles</p> <p>Il faut des protocoles pour toute situation</p> <p>Et du matériel aussi.</p> <p>On a besoin de matériel.</p>	<p>peu à droite à gauche, c'est quand même hyper intéressant</p> <p>c'est ton expérience propre qui fait</p> <p>Et bien mine de rien le fait de passer en réa et bien tu comprends beaucoup plus de choses</p> <p>une certaine expérience</p> <p>connaître déjà le milieu des urgences</p> <p>savoir approfondir certains soins techniques, certaines spécialités</p> <p>creuser un petit peu plus loin la spécialité</p>	<p>il faut un suivi au début</p> <p>une doublure oui forcément</p>	<p>on ne va pas te débarquer dans un service d'urgence comme ça</p> <p>Une formation forcément ce serait un plus</p> <p>il y a des formations en interne parfois</p> <p>des mini-formations en interne</p>	<p>avoir des qualités relationnelles</p> <p>d'écoute</p> <p>et de patience</p>	<p>Se dire qu'on est pas tout seul</p>	<p>de décrocher, de parler de ta journée,</p> <p>T'as besoin de décharger</p>	<p>Tu vas travailler en pédiatrie, si t'es pas fait pour les enfants ça ne marchera pas</p> <p>Tu veux travailler dans un service d'urgence, si t'es pas fait pour de l'urgence..</p> <p>Donc déjà je pense qu'il faut des prédispositions entre guillemets</p> <p>une base qui te plaise</p> <p>qui te motive à faire ça</p> <p>c'est des services où il faut que tu aies un truc en toi qui te motive</p> <p>qui te bouge pour faire ça</p> <p>qui te fasse vibrer</p>	<p>tes collègues, ta famille aussi.</p> <p>un mari, des enfants, ta mère, un cousin, une copine...</p> <p>des psychologues</p> <p>des psychologues qui peuvent être là</p> <p>tes collègues</p> <p>son équipe</p>
7	7	3	5	4	2	4	9	8
32							17	

★ **Tableau 2: La relation soignant-soigné**

Evaluer la place accordée à la dimension relationnelle avec le patient		
Place de la dimension relationnelle	Intérêts de la dimension relationnelle	Vécu du patient
<p>C'est énorme</p> <p>c'est une des premières choses</p> <p>une des premières choses à faire oui</p> <p>elle est hyper importante</p> <p>c'est de l'abord relationnel qui est hyper important</p> <p>c'est hyper important</p> <p>elle est primordiale</p>	<p>Ca fait tout</p> <p>Ca fait toute la prise en charge</p> <p>ça peut quelquefois déterminer l'issue</p> <p>ça a quand même plusieurs vertus</p> <p>il y a une relation qui s'installe entre le patient et l'infirmier qui est riche</p> <p>ça permet de faire un diagnostic différentiel</p> <p>c'est essentiel</p> <p>ça permet d'établir un lien déjà</p> <p>une petite relation de confiance</p> <p>ça permet de créer un lien de confiance</p> <p>de libérer la parole</p> <p>et d'améliorer je pense la prise en charge global du patient</p>	<p>Il a peur,</p> <p>il est inquiet,</p> <p>il est stressé,</p> <p>il a mal</p> <p>il est inquiet</p> <p>c'est hyper stressant</p> <p>situation stressante</p> <p>ça va être hyper stressant</p> <p>une urgence c'est toujours désagréable et anxiogène</p>
7	12	9

Montrer comment la dimension relationnelle est mise en place avec le patient

Savoir être

Savoir faire

Le plus simplement possible

d'humain à humain

comme quand on rencontre quelqu'un dans la vie de tous les jours

Il faut être un peu avenant

laisser de la place à cette relation

d'humain à humain

en me présentant

Je me présente "bonjour"

Je me présente...

Un sourire,

Tu souris

un bonjour

tu dis bonjour

Tu montres que tu vas l'écouter

que tu es là pour lui

Que tu es là pour le côté psychologique,

pour discuter s'il a besoin

Je me mets à leur hauteur

être un peu plus à sa hauteur

j'explique ce que je fais

je m'assure qu'il est bien installé

9

12

Mettre en évidence les éléments venant influencer la relation soignant-soigné dans le contexte d'urgence

Mettre en évidence les éléments venant influencer la relation soignant-soigné dans le contexte d'urgence								
Le contexte				Les émotions		Le ressenti du patient		
La situation	Les autres professionnels	Le patient	La charge de travail	Les émotions	Le stress	La douleur	L'intimité	Les croyances
<p>le visuel</p> <p>Quelqu'un qui va voir [...], il va être focalisé là-dessus.</p> <p>la gravité de la situation</p> <p>la gravité de la situation</p> <p>on sais que c'est grave et en même temps on veut rassurer</p>	<p>les collègues qui peuvent intervenir sans cesse.</p> <p>Tu essaies de discuter puis tu es coupé une première fois, une deuxième fois, une troisième fois.</p> <p>Tu ne sais plus où tu en es.</p> <p>Tu peux être confrontée à des collègues de travail qui vont te demander plusieurs choses en même temps</p>	<p>Si c'est des enfants peut-être aussi</p> <p>Les personnes handicapées</p>	<p>Le fait d'avoir énormément de travail, de ne pas prendre le temps</p> <p>Tu n'as pas le temps.</p> <p>La quantité de travail,</p> <p>le manque de personnel,</p> <p>le manque de temps.</p> <p>On a pas le temps,</p> <p>donc tu ne peux pas être partout</p>	<p>Les émotions du patient, sa façon de penser.</p> <p>il a peur</p> <p>il a mal</p> <p>il est inquiet</p> <p>Les émotions que peut ressentir le patient</p> <p>L'agressivité</p> <p>L'énerverment du patient</p> <p>l'agressivité du patient</p>	<p>Le stress induit.</p> <p>le patient, qui peut transmettre son stress</p> <p>les autres professionnels, qui peuvent mettre une pression</p> <p>ça t'apporte du stress</p> <p>le stress que tu ressens</p> <p>tu ne peux pas à la fois essayer de gérer ton stress et à la fois créer une relation de qualité avec le patient</p>	<p>la douleur du coup</p> <p>quelqu'un qui a très mal ne sera plus apte</p> <p>la douleur</p> <p>les cris</p>	<p>Niveau intimité des fois c'est pareil, c'est compliqué</p>	<p>La relation homme-femme</p> <p>La religion</p> <p>les croyances</p> <p>les valeurs culturelles</p>
5	4	2	8	9	6	4	1	4
19				15		9		

★ **Tableau 3: La communication**

Identifier la place accordée à la communication en situation d'urgence et son influence sur la prise en soins du patient				
La communication	Influence sur le plan technique		Influence sur le plan relationnel	
Place de la communication	Comprendre	Mener une bonne prise en soins	Apaiser les ressentis du patient	Etablir une relation de confiance
<p>La première place</p> <p>C'est une place hyper importante</p> <p>c'est une place primordiale dans la prise en charge</p> <p>Elle est énorme cette place</p> <p>C'est hyper important</p> <p>c'est même plus important que les soins techniques au final</p> <p>Énorme</p> <p>J'y accorde une grande place</p> <p>elle est importante</p>	<p>ça permet de comprendre</p> <p>Comprendre le pourquoi déjà comprendre</p> <p>comprendre notre prise en charge</p> <p>Comprendre comment on s'occupe de ce patient là</p> <p>comprendre aussi la prise en charge</p> <p>Ca permet tout en fait</p> <p>permet de savoir</p> <p>la communication permet je pense de faire pleins de déclics</p>	<p>si tu as une bonne relation avec ton patient tu arriveras à le prendre en charge correctement</p> <p>et du coup d'améliorer son état clinique</p> <p>ça l'influence dans un sens positif</p> <p>Parce qu'on donne le ton à la prise en charge</p> <p>c'est essentiel pour améliorer la prise en charge</p> <p>qui va aboutir sur une prise en charge complète</p> <p>ça permet d'aboutir sur une satisfaction de la part du soignant</p>	<p>Si tu l'écoutes, il se sentira entendu</p> <p>et il ne va plus t'appeler pour rien</p> <p>Tu l'écouteras et il ciblera ce qu'il a besoin de dire</p> <p>pour les gens qui ont mal, qui disent avoir mal, tu vas parler avec eux ils n'auront plus mal</p> <p>tu t'assieds avec eux 5 minutes et en fait il n'a pas du tout mal</p> <p>le fait d'être à côté et de parler avec, de lui expliquer les choses ça va lui permettre d'être moins stressé</p>	<p>Ca permet de faire une relation de confiance</p> <p>Et la relation de confiance, ça permet une bonne prise en charge</p> <p>parce que la victime va avoir confiance en toi</p> <p>Tu vas être la personne référente</p> <p>va se référer</p> <p>le fait d'avoir une personne repère c'est hyper important pour la victime</p> <p>ça permet de créer le lien de confiance</p>
9	9	7	6	7
9	16		13	

Déterminer les conditions favorisant la prise en soins du patient dans le contexte d'urgence et les éléments à prendre en compte pour établir une relation de confiance avec le patient

Conditions favorisantes				Eléments à prendre en compte		
Aptitudes relationnelles	Relation de confiance	Adaptabilité	Technicité	Le relationnel	La personne	Le positionnement
<p>Du dialogue</p> <p>discuter</p> <p>parler</p> <p>du dialogue</p> <p>De l'écoute</p> <p>de l'écoute</p> <p>arriver à écouter</p> <p>de l'attention</p> <p>De l'attention</p> <p>de la compréhension</p> <p>"on comprend, on est là pour vous"</p>	<p>établir avec ta communication une relation de confiance</p> <p>de la confiance</p> <p>mettre le patient en confiance</p>	<p>trouver des solutions d'adaptation pour le patient pour que ça soit moins angoissant</p>	<p>les soins techniques qui sont à faire pour assurer sa prise en charge</p>	<p>le toucher</p> <p>ça peut-être le toucher</p> <p>que tu la touches</p> <p>le touché</p> <p>que tu dises "ça va Madame ?"</p> <p>la parole</p> <p>Le sourire</p> <p>Le sourire</p> <p>l'écoute</p> <p>Ecoute</p> <p>L'écoute</p> <p>empathie</p>	<p>Ca dépend des personnes</p> <p>Ca dépend vraiment de la personne</p> <p>L'âge déjà</p> <p>L'âge</p> <p>Les antécédents</p> <p>L'autonomie</p> <p>S'ils sont en Gir 2, en Gir 4.. c'est pas du tout la même prise en charge</p>	<p>la position</p> <p>se mettre à sa hauteur</p> <p>ne pas tourner le dos</p>

<p>Ou "on sais que, mais je suis là pour vous et ça se passera bien"</p> <p>arriver à transmettre ce qu'on a envie de transmettre</p> <p>De l'empathie</p> <p>des "je sais que ça peut faire mal",</p> <p>"je vous entends, je vous comprends"</p> <p>que tout le monde se dise que l'abord relationnel est important</p> <p>te présenter</p> <p>Expliquer tous les gestes que tu vas faire</p> <p>expliquer ce que tu vas faire</p>			<p>attention</p> <p>Le regard</p> <p>tu regardes la personne et tu lui dis "je suis là pour vous"</p> <p>que tu arrives à lui faire passer ça parce que tu le regardes</p> <p>le regard</p> <p>Au final c'est tout ce que tu arrives à faire passer je pense par les sens</p> <p>le toucher</p> <p>j'utilise beaucoup le toucher</p> <p>juste mettre la main sur une main ou sur un avant-bras</p> <p>tenir la main</p> <p>toucher</p> <p>le dialogue</p> <p>répondre aux questions</p> <p>savoir dire quand on ne sais pas</p> <p>Donc si on ne sais pas on le dit</p> <p>et on va aller chercher la réponse</p>	<p>S'ils sont handicapés</p>	
--	--	--	---	------------------------------	--

dire "ne vous inquiétez pas on va vous prendre en charge"				c'est vraiment la communication verbale et non-verbale que l'on établit avec le patient		
Et puis toutes les compétences relationnelles				l'usage des mots est important		
				Utiliser des mots avec une connotation positive		
				C'est un peu ce que l'on appelle la communication thérapeutique		
				L'usage des mots est surtout très important		
				se montrer vraiment là		
				le regard		
				regarder		
				parler en regardant		
22	3	1	1	36	8	3
27				47		

Mettre en évidence les conséquences d'un manque de communication

Sur la prise en charge		Sur les individus (patient et soignant)			
Mauvaise prise en charge	Complexité	Incompréhension	Stress	Non adhésion du patient	Déshumanisation
Une mauvaise communication ce sera une mauvaise prise en	Si tu ne communique pas	il y a des choses que tu risques de ne pas comprendre	Ca peut-être hyper stressant	Le patient va peut-être interrompre tes actes	il va se sentir chosifié

charge il n'y aura pas une bonne prise en charge du patient ça va forcément ne pas être en faveur d'une prise en charge qualitative	avec le patient, tu vas complexifier les choses La prise en charge va être complexe	ou de comprendre de travers la communication ne sera pas optimale tu n'arriveras pas à cibler ce pourquoi il est là	hyper angoissant Ca lui apporte un stress supplémentaire	il va te poser des questions il va refuser	comme s'il était un objet il n'est pas considéré Ca déshumanise la prise en charge
3	2	4	3	3	4
5		14			

★ **Tableau 4: Le vécu des soignants**

Mesurer l'impact de l'activité professionnelle et des situations d'urgence rencontrées sur les soignants			
Impacts			Causes
Impact psychologique	Impact physique	Degré de l'impact	Causes
ça te mets dans tous tes états en rentrant tu y penses après coup Et bien j'ai galéré La première j'ai mis du temps à m'en remettre j'ai fait un contre transfert en voyant ma fille	des fois tu peux avoir des courbatures le lendemain	à plus ou moins grande échelle qui t'impactent plus ou moins et qui te donnent plus ou moins d'émotions il y a des choses qui te	et plus ou moins aussi en fonction de ce sur quoi tu intervies Par rapport à ce que tu es toi, ton vécu, mais parce que je n'en ai pas parlé

<p>Sur le moment, l'impact psychique ça va être le stress que tu ressens</p> <p>on se refait toujours l'histoire</p> <p>toujours l'histoire</p> <p>Quand l'issue est favorable on se refait aussi quand même l'histoire</p> <p>en se disant "est-ce qu'il y a encore quelque chose que j'aurais pu mieux faire ?"</p>		<p>touchent plus ou moins</p> <p>Quand tu es stressé, forcément tu prends</p>	<p>et parce qu'on a pas trop debriefé</p> <p>c'est propre à chacun</p>
10	1	5	5
16			5

Identifier les moyens mis en place par les soignants pour se protéger de l'impact des situations rencontrées

Prendre de la distance	Passer le relais	Relativiser	Coopérer, travailler en équipe	Parler, se faire accompagner	Prendre des nouvelles	Acquérir de l'expérience
<p>La distance</p> <p>en gardant une distance</p> <p>Une certaine distance</p> <p>Tu mets de la distance</p> <p>continuer à sourire</p>	<p>passer la main</p> <p>dire non</p> <p>savoir passer la main</p> <p>savoir dire que tu ne peux pas</p>	<p>moi je me dis "la personne est déjà dans la merde et du coup je ne peux pas l'aggraver en soit parce que justement je ne peux lui apporter que du bénéfice".</p>	<p>j'ai la régul et je vais avoir un médecin au téléphone</p> <p>j'ai un médecin qui est déjà là sur place</p> <p>grâce aussi aux professionnels qui sont autour de toi</p> <p>Si tu as confiance</p>	<p>la communication</p> <p>en parler après</p> <p>ce qui est essentiel c'est le débriefing</p> <p>Le débriefing c'est essentiel</p> <p>En reparler,</p> <p>identifier</p>	<p>j'ai appelé le lendemain le CHU pour avoir des nouvelles</p> <p>c'était la finalité pour moi en fait</p> <p>juste pour savoir où ça en était</p>	<p>que tu apprends à gérer avec ton expérience</p>

<p>laisser paraître des émotions qui ne sont pas forcément les tiennes sur le moment</p> <p>avoir un sourire de circonstances</p> <p>faire un paraître</p> <p>Paraître quelque chose que tu n'es pas forcément</p> <p>adopter une "humeur de travail"</p> <p>avoir une façade qui n'est pas ton humeur du moment</p>	<p>savoir dire quand ça ne va pas</p>	<p>je me dis que je ne suis pas incompétente</p>	<p>en tes collègues, tu sais que la situation va être plus facile à gérer</p>	<p>Identifier les axes d'amélioration</p> <p>au lieu de se refaire tout seul l'histoire, il faut la refaire avec les autres</p> <p>Donc le débriefing est essentiel</p> <p>Ne pas hésiter à demander un débriefing</p> <p>Des débriefings pour faire un retour d'expérience</p> <p>qui peut te permettre à toi de mettre des mots sur ce qui s'est passé, ce que tu as fait</p> <p>on revient sur la situation qui a un moment donné a été difficile à vivre</p> <p>c'est des moments qui ne sont pas forcément agréables mais qui sont certainement nécessaires pour le vécu du soignant</p> <p>il faut parler de ce qu'il s'est passé</p> <p>il faut échanger</p>		
<p>11</p>	<p>5</p>	<p>2</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>3</p>	<p>1</p>

Résumé: La communication avec le patient en situation d'urgence.

Tout au long de son parcours professionnel, l'infirmière peut rencontrer des situations d'urgence. Cette dernière est capable de s'adapter et de réaliser les gestes techniques nécessaires. Cependant, son rôle est aussi de prendre en soin le patient sur le plan psychologique au travers des soins relationnels. C'est l'aspect de ces relations dans un contexte d'urgence qui est développé dans ce travail. Les soins relationnels ont une place primordiale dans les situations d'urgence et la communication est au cœur du métier d'infirmier. Malheureusement, elle est parfois mise de côté au profit des soins techniques. Le résultat de ce travail s'articule autour de trois thèmes principaux qui sont l'urgence, les soins relationnels et la communication afin de répondre à la problématique suivante: *"Dans quelle mesure la communication du soignant influence-t-elle la prise en soins d'un patient dans un contexte d'urgence ?"*. L'objectif est de démontrer l'importance de la communication avec le patient dans un contexte d'urgence. Afin d'orienter et compléter mes recherches théoriques, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de trois professionnelles infirmières qui exercent en contexte d'urgence, en intra et en pré-hospitalier. L'analyse de ces entretiens a été mise en relation avec le cadre conceptuel afin de développer les notions et pré-requis essentiels pour assurer une prise en soins relationnelle la plus complète possible auprès de patients en situation d'urgence. L'application des soins relationnels peut s'effectuer à travers des codes de communication ou des outils spécifiques de la communication verbale et non-verbale comme le toucher.

Mots clés: Urgence, Communication, Relation soignant-soigné, Soins relationnels, Relation de confiance.

Abstract: Communication with the patient in an emergency.

Throughout her career, the nurse may encounter emergency situations. The latter is able to adapt and perform the necessary technical gestures. However, her role is also to take care of the patient psychologically through relational care. It is the aspect of these relationships in a context of urgency that is developed in this study. Relational care is paramount in emergency situations and communication is at the heart of nursing. Unfortunately, it is sometimes set aside for technical care. The result of this work is based on three main themes: urgency, relational care and communication in order to address the following issue: *"To what extent does caregiver communication influence a patient's care in an emergency setting?"*. The goal is to demonstrate the importance of communicating with the patient in an emergency setting. In order to guide and supplement my theoretical research, semi-directive interviews were conducted with three nursing professionals who work in emergency settings, intra- and pre-hospital settings. The analysis of these interviews was linked to the conceptual framework in order to develop the notions and prerequisites essential to ensure the most complete relational care possible with patients in emergency situations. The application of relational care can be done through communication codes or specific verbal and non-verbal communication tools such as touch.

Keywords: Emergency, Communication, Healer healer relationship, Relational care, Trust relationship.

