



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 thérapeutique de l'infirmière avec un patient en situation d'urgence.



Formateur référent mémoire : Marylène OLERON

WILLEME Fanny
Formation infirmière
Promotion 2020-2023

1 Mai 2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'État d'infirmier

Travaux de fin d'études :

Mémoire d'Initiation à la Recherche Infirmière : La communication thérapeutique de l'infirmière avec un patient en situation d'urgence.

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

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

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

Le 1 Mai 2023

Identité et signature de l'étudiant : Fanny Willème

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

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma référente de suivi de Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, Marylène Oléron, pour le temps consacré à m'apporter les outils méthodologiques indispensables à la conduite de ce travail, pour ses suggestions ainsi que pour sa bienveillance.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers les deux infirmières qui ont joué un rôle clé dans la réalisation de ce mémoire en acceptant de partager leur expérience. Leur générosité et leur disponibilité ont été d'une aide inestimable tout au long du processus.

J'adresse aussi mes remerciements à tous les professionnels de santé qui m'ont encadrée pendant les stages pour leur participation à l'élaboration de mon parcours professionnel. Leur professionnalisme et leur dévouement sont une source d'inspiration pour moi et m'ont permis de mener à bien ce projet de recherche.

Un grand merci également à tous les formateurs de l'IFSI pour leur accompagnement tout au long de ces trois années de formation. Leur enseignement a construit ma culture professionnelle en m'apportant de nouveaux éléments de réflexion et de nouvelles connaissances.

Je suis profondément reconnaissante envers mes proches pour leur soutien sans faille à ma reconversion professionnelle qui a été une étape importante de ma vie. Leur présence à mes côtés m'a donné la force de surmonter les difficultés et de réussir mon projet. Je souhaite remercier ma mère pour son accompagnement bienveillant et ses conseils précieux dans la rédaction de ce travail.

Enfin, je tiens à remercier mes amis de promotion pour leur soutien moral et leur bienveillance tout au long de mes études en soins infirmiers. Leurs encouragements ont été un moteur pour moi dans la réalisation de ce mémoire, et je suis reconnaissante de pouvoir compter sur leur amitié sincère.

Sommaire

I. Introduction	1
II. Cheminement vers la question de départ	2
1. Première situation d'appel	2
2. Deuxième situation d'appel	3
3. Vers la question de départ	3
III. Cadre théorique	5
1. Le contexte d'urgence	5
1.1 Définition de la situation d'urgence	5
1.2 Cadre législatif	5
1.3 Impacts de la situation d'urgence sur le patient	6
1.4 Impacts de la situation d'urgence sur le soignant	7
2. Le prendre soin	9
2.1 Concept de soin	9
2.2 Relation de soin	10
3. La communication	10
3.1 Définition et composantes de la communication	10
3.2 Communication dans un contexte de soins	11
3.3 Communication Thérapeutique	12
3.3.1 Définition	12
3.3.2 Outils	12
3.3.3 Finalités	15
IV. Cadre exploratoire	16
1. Méthode	16
2. Analyse des résultats	17
2.1 Représentations de l'urgence	17
2.2 Vécu émotionnel du patient	17
2.3 Vécu émotionnel du soignant	18
2.4 Communication dans les situations d'urgence et impact sur la relation de soin.	19
2.5 Communication thérapeutique	22
3. Discussion	24
V. Conclusion	31
Bibliographie	33

Siglier

- IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État
- IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche infirmière
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RÉA : Service de réanimation
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

Citation

« La communication est l'acte par lequel chaque conscience sort d'elle-même et dépasse son intériorité pour s'ouvrir à autrui. »

Jacqueline Russ

I. Introduction

Au cours de mes études à l'Institut de formation en soins infirmiers de Rennes, j'ai effectué différents travaux dont plusieurs analyses de pratique professionnelle. En prenant un peu de recul sur ces travaux, j'ai constaté que leurs choix confirment mon intérêt particulier pour le thème de la communication. Avant mes études d'infirmière, déjà, j'étais sensibilisée à la communication et à son impact sur les relations interpersonnelles. Je m'étais intéressée à la communication positive, méthode de communication fondée sur des valeurs de bienveillance, d'empathie et d'authenticité. Il n'est donc pas étonnant que, dès mon entrée dans le secteur de la santé, j'ai été convaincue de l'importance de la communication dans le cadre de la relation de soins.

Différentes situations que j'ai pu vivre en stage m'ont conduit à m'interroger sur la relation entre le soignant le soigné et l'impact de la communication sur cette relation. La communication thérapeutique me semble être un mode de communication positif pouvant être mis en place par l'IDE pendant les soins pour établir une relation de confiance. Les situations d'appel que j'exposerai ci-après s'intéressent à un contexte de soin particulier : les soins d'urgence.

Soucieuse d'orienter ma pratique professionnelle vers une meilleure prise en charge et une recherche optimale du mieux être des patients, j'ai souhaité approfondir ma réflexion sur ces thèmes.

Dans la première partie de ce travail d'initiation à la recherche, j'expose le cheminement de la réflexion qui m'a conduit à la question de départ suivante :

en quoi la communication établie par l'IDE lors de soins d'urgence impacte-t-elle la relation de soin ?

En premier lieu, je présente deux situations d'appel observées lors de stages dans les services de soins intensifs hépato-digestif et en unité ambulatoire. Ensuite, j'évoque les interrogations suscitées par ces situations.

Dans la seconde partie du travail, le cadre théorique, je précise les concepts relatifs en m'appuyant sur différents ouvrages et études. J'aborde les notions de contexte d'urgence, de prendre soin et de communication, concepts clés de mon étude.

Dans une troisième partie, je mène une phase exploratoire en analysant les réponses à un questionnaire que j'ai proposé à deux infirmières travaillant dans des services différents. J'étaye mon étude en confrontant le cadre conceptuel et les conceptions des infirmières de terrain à mes réflexions. Cette discussion me permet de réfléchir et de me positionner professionnellement. A l'issue de ce cheminement, je m'oriente vers une nouvelle question de recherche définitive.

II. Cheminement vers la question de départ

1. Première situation d'appel

Dans cette situation, je suis en stage au cours de mon quatrième semestre de formation au sein d'un service de médecine ambulatoire.

Je suis en train de perfuser une patiente lorsque sa voisine de chambre, dont je m'étais occupée auparavant pour poser la voie veineuse et administrer son traitement, fait une réaction allergique sévère à ce traitement. Il s'agit d'une patiente de 36 ans enceinte de 6 mois de jumeaux et atteinte de polyarthrite rhumatoïde venue pour une biothérapie par voie intraveineuse, traitement qu'elle reçoit pour la première fois.

Avec l'infirmière diplômée d'État (infirmière A) qui me supervise, nous entendons cette patiente gémir, respirer plus vite et plus fort. Elle se rend auprès de la patiente. La patiente est pâle et elle lui dit ne pas se sentir bien, avoir chaud et avoir l'impression d'étouffer. Elle a du mal à trouver les mots pour décrire son état. Elle se plaint d'une sensation de malaise diffus et dit se sentir "à l'ouest". L'infirmière prend en compte sa plainte, stoppe le traitement en cours et reprend ses constantes. La patiente est tachycarde, sa tension a baissé et sa température corporelle a augmenté. Elle est dyspnéique. L'infirmière A appelle le médecin et prépare les produits prescrits. Une seconde infirmière (infirmière B) arrive, se présente et entre en contact avec la patiente. Elle détache le lit du mur pour se créer de la place afin d'être au plus près de la patiente. Elle s'accroupit à la hauteur de son visage. Elle lui parle d'une voix douce, calme. Après l'avoir fait verbaliser ses sensations et ses ressentis, elle l'interroge à la recherche d'une position antalgique et lui propose un oreiller supplémentaire.

Elle lui tient la main, l'encourage à prendre de grandes inspirations et expirations et à penser à autre chose. La soignante tente de l'aider à s'évader en lui proposant de s'imaginer dans un endroit qu'elle aime bien. La patiente évoque une crique qu'elle connaît bien. L'IDE tente d'utiliser l'humour en évoquant le fait qu'elle ne porterait pas la même tenue à la plage. Cette boutade réussit à faire sourire la patiente bien qu'elle ne soit pas encore tout à fait rétablie. Pendant cet échange, le ton de l'IDE B est calme, chaleureux et assuré. Elle souligne dans ses propos la disponibilité de l'équipe médicale :

« On est là auprès de vous ». Elle encourage la patiente à se concentrer sur sa voix et ses pensées, l'invitant à se calmer et à reprendre une respiration adéquate. L'équipe est organisée autour de la patiente. L'IDE A administre les traitements prescrits en verbalisant son action et les effets attendus du traitement. Elle concentre ses actions sur les soins somatiques sous les directives du médecin également présent autour du lit tant que l'état de la patiente ne s'améliore pas drastiquement. Tandis que l'IDE B est davantage disponible pour nourrir la communication avec la patiente. A plusieurs reprises, les membres de l'équipe questionnent la patiente sur son ressenti.

Au bout d'une vingtaine de minutes, elle respire mieux et reprend des couleurs. Elle verbalise son mieux être. Après quatre heures de surveillance, le médecin autorise son retour à domicile. Je lui

demande alors si elle est accompagnée pour le retour et j'échange avec elle sur ce qu'elle vient de vivre. Elle me dit qu'elle a eu très peur mais qu'elle a apprécié l'accompagnement dont elle a bénéficié. Elle nous remercie pour l'avoir aidée à traverser cette épreuve. Après cette expérience, elle dit rester confiante en l'équipe médicale. A mon étonnement, elle parvient à envisager l'essai d'un nouveau traitement en intraveineuse prochainement.

2. Deuxième situation d'appel

Au cours de mon stage en soins intensifs hépato-digestifs au semestre 5, j'ai également été confrontée à une situation de soins d'urgence.

Nous recevons un patient de 65 ans, déjà connu du service, qui avait été hospitalisé la semaine précédente pour une angiocholite. Nous l'accueillons en urgence pour des symptômes évoquant un choc septique d'après les transmissions orales que nous avons reçues à son arrivée : hyperthermie, hypotension, pâleur du faciès, marbrures sur les membres inférieurs, frissons.

Lors de l'accueil du patient, l'infirmier en charge du patient, l'aide-soignante et moi-même sommes présents. Nous transférons le patient dans son lit puis, l'aide-soignante s'occupe de raccorder les électrodes au scop et je note ses constantes.

L'infirmier fait des transmissions orales avec le médecin et prépare les soins conformément à la prescription médicale. Il est secondé également dans sa tâche par une infirmière s'occupant du second secteur du service.

Tous les intervenants semblent bien connaître leurs tâches et accomplir des gestes précis, organisés et assurés. L'infirmier repose une voie en vue d'une éventuelle transfusion et réalise un prélèvement sanguin veineux, des hémocultures et gaz du sang. Les actes nécessaires à la compréhension et au traitement prescrit par le médecin sont réalisés sans délai. La communication entre les membres de l'équipe est bonne. En revanche, les échanges avec le patient sont limités et ont principalement un but fonctionnel. Le déroulé des soins n'est pas expliqué au patient. Le patient reste calme mais semble quelque peu perdu apathique. Il n'exprime pas ses émotions spontanément.

Au cours de cette situation de soin il y a peu d'interactions verbales entre les soignants et le patient. L'équipe médicale se concentre principalement sur les soins techniques qu'elle effectue en toute sécurité pour le patient.

3. Vers la question de départ

A l'issue de ces deux expériences professionnelles, je me suis posée de multiples questions relatives à la relation de soins et à la communication dans les situations d'urgence :

- Ces deux situations relèvent-elles de situations d'urgence ?
- Quel est l'impact d'une situation d'urgence sur le bien-être du patient ? Pour quelles raisons le patient de la deuxième situation ne s'est-il pas exprimé ?
- Quelle place les infirmiers diplômés d'état ont-ils accordée à la communication dans leur relation avec le soigné ?
- L'urgence implique-t-elle de mettre un instant de côté l'aspect relationnel des soins ?
- Quels sont les obstacles ressentis par les soignants à l'établissement d'une communication au cours d'une situation d'urgence ?
- Le travail en équipe favorise-t-il la mise en place du soin relationnel en situation d'urgence ?
- Est-ce que la gestion des émotions des soignants influence leur communication avec le patient ?
- Quel type de communication peut aider un patient à diminuer le stress engendré par la situation d'urgence ?
- Une communication bienveillante permet-elle le mieux vécu du soin par le patient ?
- Peut-on parler de communication thérapeutique dans la situation 1 ?

Puis, à la suite de l'échange avec la patiente de la situation 1 au moment de sa sortie, je me suis interrogée sur les modalités et impacts au moment de l'urgence et à plus long terme de la communication instaurée dans cette situation, ainsi qu'au cours de la seconde situation où les modalités de communication étaient très différentes. Il m'a alors paru nécessaire d'explorer les notions d'urgence et de relation de soin, de mieux appréhender la place de la communication dans la relation de soin, ainsi que les finalités d'une communication thérapeutique, processus qui m'a semblé être mis en œuvre dans la première situation.

En tant que professionnelle de santé, je serai confrontée à des situations d'urgence quel que soit mon lieu d'exercice. J'ai voulu savoir si, dans ce contexte, une communication thérapeutique pouvait être un outil d'amélioration de la pratique soignante en impactant la relation de soin. Ce qui m'a conduit à mener ma recherche autour de la question de départ suivante :

En quoi la communication thérapeutique établie par l'IDE lors de soins d'urgence impacte-elle la relation de soin ?

III. Cadre théorique

1. Le contexte d'urgence

1.1 Définition de la situation d'urgence

D'après le dictionnaire médical, une « urgence », en médecine, est un problème qui doit trouver une solution rapide. Il y a tous les degrés d'urgence entre le sujet simplement stressé ou pressé (urgence ressentie) et celui qui est en danger de mort (urgence vitale).

Le dictionnaire de l'Académie de Médecine définit, quant à lui, la situation d'urgence comme la situation d'un patient à soigner sans délai et l'urgence vitale comme la situation d'un patient pouvant évoluer spontanément vers de très graves complications, voire la mort, s'il n'est pas traité au plus vite. Le point commun à ces définitions est le besoin de soins dans un critère de temps très court.

Le dictionnaire de l'Académie de Médecine distingue plusieurs degrés d'intensité de l'urgence : l'urgence absolue qui correspond à une situation de détresse vitale, l'extrême urgence qui évolue très vite vers l'urgence absolue et l'urgence relative qui n'exige pas de soins immédiats.

Pour Nicole Aubert (2019), l'urgence est « une notion aux contours enchevêtrés. Elle désigne à la fois, une situation (urgence contextuelle), un jugement porté sur cette situation (urgence subjective) et une action tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate) ».

Les infirmier(ère)s sont amenées à prendre en charge des patients dans ces différents contextes d'urgence en situations de détresse physique, psychologique ou sociale.

La prise en charge de patients en urgence relève du rôle propre et du rôle prescrit de l'infirmier précisés dans les textes législatifs.

1.2 Cadre législatif

Les missions des infirmières sont régies par un ensemble de textes dont certains ont été abrogés pour répondre à l'évolution de la profession.

Le décret du 16 février 1993 fixe les devoirs généraux des infirmières parmi lesquels le respect et la continuité des soins (Annexe I).

Le code de la Santé publique dans ses articles 4311-1, 4311-2 et 4311-3 et 4311-4 définit les règles qui régissent la profession d'infirmière (Annexe I).

L'article 4311-2 fait référence à la relation avec le patient et précise que les soins infirmiers intègrent qualité technique et qualité des relations. Il stipule que les soins infirmiers sont réalisés en tenant

compte de la personnalité de la personne, de ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles.

Ces textes législatifs sont la base de rédaction du référentiel de compétences sur lequel s'appuie la formation des infirmières (Annexe I). Ce référentiel énumère les dix compétences à acquérir par les infirmières, dont plusieurs font référence aux situations d'urgence ou à la relation avec le patient et deux sont directement en rapport avec ma thématique :

La compétence 2 porte sur la capacité à conduire un projet de soins infirmiers et à prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants.

La compétence 6 indique les capacités à acquérir pour conduire une relation dans un contexte de soins en créant les conditions et les modalités de la communication. Le texte précise qu'il s'agit d'accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte, d'instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication, d'identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et leur entourage en fonction des situations identifiées.

1.3 Impacts de la situation d'urgence sur le patient

Lors des situations d'urgence, le patient subit le plus souvent une souffrance ou des douleurs physiques, une gêne, un inconfort, une fatigue, une extrême faiblesse ou un malaise. Cette expérience douloureuse sur le plan physique et psychologique est vécue différemment par chaque patient. Il est reconnu que, par son caractère inopiné et ses incertitudes, une situation d'urgence médicale est toujours génératrice de stress. Un patient pris en charge pour des soins d'urgence dont l'état de santé s'est détérioré brutalement doit faire face à un choc, à plus forte raison si cet événement est inopiné ou si la cause n'est pas clairement identifiée. L'urgence médicale place le patient dans une situation inconnue, qu'il ne maîtrise pas. Ceci est d'autant plus vrai si, du fait de l'urgence, les soins ne lui ont pas été clairement justifiés ou expliqués et qu'il n'a pas été en mesure de donner son consentement éclairé.

Jacques Chalifour, psychothérapeute, (1989) affirme que « lors d'une intervention chirurgicale le patient vit un état de menace lié à la perception subjective que représente cette intervention comme la crainte de la douleur, la crainte de séquelles, etc... et que tous ces aspects, réels ou imaginaires, sont source de stress ».

Les situations d'urgence sont donc très souvent accompagnées d'une forte anxiété et provoquent chez le patient divers ressentis négatifs. Cela peut être notamment du stress, des peurs, de l'angoisse, de la colère ou un sentiment de frustration.

Dans un contexte d'urgence, le patient est confronté à la crainte de séquelles ou de la mort, ce qui, en soi, est susceptible de constituer un traumatisme particulièrement important. Dans un article datant du 29 avril 2019, Santé publique France considère comme des événements traumatogènes ceux qui exposent brutalement à la mort ou à une menace de mort ou de blessure, ainsi que les violences sexuelles.

Le sentiment d'angoisse ressenti pendant les soins perdure parfois après l'hospitalisation. Une étude menée en 2012 par des chercheurs de l'Inserm Bordeaux population Health Center, citée dans Information Presse du CHU de Bordeaux (2018), relève que 10 à 20% des patients accueillis au service des urgences éprouvent pendant plusieurs mois des symptômes persistants et dégradant significativement leur qualité de vie très divers comme des céphalées, des difficultés à se concentrer, de l'irritabilité et des troubles sensoriel. Environ 5% souffrent d'un trouble de stress post-traumatique qui se traduit par des symptômes décrits classiquement chez des personnes ayant vécu une situation durant laquelle leur intégrité physique ou psychologique ou celle de leur entourage a été atteinte.

Chaque patient vit différemment la situation d'urgence en fonction du contexte médical, de son vécu, de ses croyances, de ses représentations. Il peut en résulter des sentiments de perte de contrôle, d'impuissance, de frustration, de solitude, d'incompréhension, parfois même de culpabilité, d'infériorité ou de dévalorisation.

Ces ressentis se traduisent par de multiples effets somatiques et des manifestations d'ordre psychologique qui impactent la relation de soin. Le patient peut montrer des signes de nervosité, de l'agitation, de l'agressivité ou un renfermement sur lui-même.

La douleur physique, souvent présente, du fait des pathologies ou induite par les soins, majore les émotions négatives du patient. La douleur affecte également la relation soignants-soigné. Dans son rôle propre l'infirmier(ère) est amenée à évaluer cette douleur et à la prendre en charge. Elle doit aussi participer à l'anxiolyse. La fréquence du sentiment d'anxiété chez les patients en soins intensifs accroît les risques de morbidité et de mortalité associés. Le rôle de l'IDE est d'identifier des symptômes correspondant chez le patient et de contribuer à humaniser l'environnement ainsi qu'à le rendre sûr et apaisant.

J. Moon et K. Cho (2001) nous alertent sur l'impact de l'anxiété sur le corps : « l'anxiété active le système nerveux sympathique, caractérisé par une augmentation de la concentration en catécholamines, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle et une augmentation des taux de glucocorticoïdes ; il affecte également les réponses immunitaires ». Il est important de considérer également ces conséquences pour prendre en charge un patient en situation de stress.

1.4 Impacts de la situation d'urgence sur le soignant

Lorsqu'elles réalisent des soins en urgence, les infirmières sont confrontées à la souffrance du patient et à la potentialité de son décès. Cette exposition à des événements défavorables a des conséquences sur leur état psychologique, surtout lorsqu'elle est répétée. De nombreux auteurs soulignent l'importance de la charge émotionnelle supportée par les soignants en situation de soins d'urgence. Cette charge émotionnelle a des répercussions importantes, mais variables, sur les soignants.

Noëlle Girault-Lidvan (1989), psychologue et chercheuse française, affirme dans sa thèse que « *la pression temporelle, l'imprévisibilité, l'incertitude, la gravité des interventions d'urgence les exposent à de multiples situations de stress intense* ».

D'autres auteurs, comme Anne-Claude Allin-Pfister (2008) et Nicole Aubert (2003), psychologue et sociologue, confirment cette thèse.

Nicole Aubert (2018) évoque les effets délétères que peut avoir la situation d'urgence chez les professionnels. Elle énumère les pathologies de l'urgence rencontrées chez les soignants : la dépression, la corrosion du caractère, le burn out, les désordres psychosomatiques, les désajustements temporels. Michel Debrouck (2008) évoque les risques d'épuisement professionnel et, à long terme, de démotivation.

Dans sa thèse relative aux répercussions psychologiques des procédures médicales urgentes sur les familles et les intervenants de l'urgence (2020), Carla Rita De Stefano définit un « *traumatisme vicariant* » qui serait subi par les soignants comme « *une forme de traumatisme psychique qui révèle une désensibilisation et un épuisement émotionnel du professionnel face aux événements violents et traumatisants rencontrés dans leur travail* ».

Pour s'adapter à la complexité de l'urgence et au stress induit, les soignants adoptent différents mécanismes de défense dont certains peuvent engendrer une déshumanisation des soins. Lors de soins vitaux certains soignants se réfugieraient exclusivement dans l'aspect technique des soins au détriment de la dimension relationnelle.

Une étude portant sur les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU éditée dans les Annales médico pédagogique (2007) fait état chez les soignants du SAMU d'une distanciation de la relation de soins consécutive à une baisse du sentiment de l'accomplissement de soi et une dévalorisation.

Pour autant, Nicole Aubert (2018) souligne qu'à contrario, le stress peut avoir un effet positif sur le soignant en le stimulant. « *Certaines personnes sont stimulées par l'urgence : certains individus ressentent l'ivresse de l'urgence et la jouissance de l'instant, une impression de toute puissance. L'urgence stimule, incite à donner le maximum de soi-même et à se surpasser sans cesse* ».

« *Galvanisés par l'urgence, parfois presque "shootés" à cette nouvelle forme de drogue, certains ont*

besoin de ce rythme pour se sentir exister intensément (...) l'ivresse d'accomplir des exploits en temps limité et de vaincre la mort en triomphant du temps ».

Une étude de Khadidja Chahraoui et A Biot établit que chaque soignant s'adapte différemment à la pression de l'urgence en fonction des composantes de sa personnalité et de son histoire personnelle.

« *Certains d'entre eux perçoivent ce sentiment comme positif, mobilisateur d'énergie et source de motivation professionnelle* ». Ces soignants bénéficient alors d'un sentiment d'estime de soi dans la réussite de ces soins experts.

Paradoxalement, ils peuvent ressentir à long terme une perte du sens et souffrir de la distorsion entre leur pratique et leur idéal de soins. Cela peut les conduire à terme à une perte du sens de l'accomplissement de soi au travail. En effet, les professionnels considèrent aujourd'hui unanimement l'aspect relationnel comme une composante primordiale du prendre soin.

Néanmoins, si ce sentiment de pression peut être mobilisateur au début de l'expérience professionnelle, il peut apparaître comme source d'épuisement professionnel après un certain nombre d'années.

2. Le prendre soin

2.1 Concept de soin

La représentation du soin, élément central de la pratique infirmière, a évolué au fil des années.

L'approche historique des soins centrés sur la maladie a progressivement laissé place à une approche du soin centrée sur les besoins de la personne, comme proposé par le modèle de A. Maslow, psychologue américain avec sa pyramide des besoins (Annexe II) et les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson (Annexe III). Puis, des approches prenant davantage en compte les désirs de la personne malade ont vu le jour, comme celle de Monique Formarier (2007) : « *derrière cette notion de besoins se cache une demande plus floue, plus personnelle* ». Sa perspective est centrée sur la relation interpersonnelle qui s'établit entre l'infirmière et le patient.

Walter Hesbeen (1997), infirmier et Docteur en santé publique à l'université de Louvain, quant à lui, défend une approche holistique du soin, l'humanisme soignant. Il décrit le soin comme un cheminement entre deux personnes. « *Le soin procède de la rencontre et du cheminement entre une personne soignante, professionnelle ou non, qui a pour intention d'être aidante et une personne soignée qui nécessite d'être aidée* ». Considérant le patient en tant qu'être unique, ce modèle présente l'intérêt d'englober toutes les dimensions physiques, mentales, émotionnelles, sociales, culturelles et spirituelles. Dans son ouvrage « *Prendre soin à l'hôpital* » (1997), il met en avant l'importance de la relation dans tout acte de soins et souligne l'importance de l'intentionnalité du soignant pour prodiguer des soins dans une perspective soignante.

2.2 Relation de soin

Walter Hesbeen (2006) caractérise la relation de soin comme une rencontre interpersonnelle: « *La pratique du soin infirmier s'inscrit dans une rencontre entre une personne soignée et des personnes soignantes* ». Mais, « *Tout contact lors d'un soin ne peut pas pour autant être qualifié de relation de soin* ». Jacky Merklings (2017) précise « *Cette dénomination devrait être réservée à un contact irrigué par la volonté d'aider, de comprendre, d'apaiser* ».

Monique Formarier, (2007), chercheuse en soins infirmiers, affirme la singularité de cette relation : « *Chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière. Ainsi, la relation qui se construit entre un soignant et un patient ne peut qu'être particulière et distincte à chaque fois* ».

Ces auteurs s'accordent sur une conception du prendre soin qui intègre les principales valeurs soignantes évoquées par Jacques Chalifour (1990) : la considération, le respect, l'authenticité.

Intégrer à sa pratique cette dimension relationnelle du soin nécessite conjointement *une intention du soignant*, *des compétences émotionnelles et une disponibilité intérieure qui permettent d'accepter les affects générés par la présence de l'autre* » (Jacky Merklings (2017).

Cette disponibilité conditionne l'établissement de liens de confiance avec le patient, facteur reconnu déterminant pour la qualité de la relation de soin. « *Le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance* ». (Laurence Lagarde-Piron 2016)

Florence Michon (2013) dit que la confiance ne peut se construire que progressivement, résultant d'une attitude et d'un positionnement adéquat de l'infirmière. En effet, le soin, la relation et la communication sont interdépendants. Les maîtriser permet de proposer « *une prise de soins individualisée, globale de qualité* », Christine Berlemont dans le livre d'Antoine Bioy « *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* ».

3. La communication

3.1 Définition et composantes de la communication

La communication est un processus complexe au fondement de toute relation humaine. Dans l'Objectif soins n°232 de 2015, le Docteur Marc Galy la définit comme « *un échange d'informations entre un émetteur et un receveur via un vecteur de transmission* ».

Les trois vecteurs permettent de communiquer sont :

- Le langage verbal exprimé par des mots ;
- Le langage non verbal manifesté par une gestuelle corporelle et des expressions par exemple le regard, la respiration, le sourire ;

- Le langage para verbal, relatif à la manière de parler : débit, timbre de voix, intonation, rythme.

L'impact de ces trois voies de communication n'est pas identique. Le psychologue américain Albert Mehrabian estime que les mots ne véhiculent que 7 % du message de la communication et que la réception du message est fortement liée aux deux autres formes de langages.

3.2 Communication dans un contexte de soins

Dans le domaine du soin, Margot Phaneuf (2011) estime qu'elle constitue la « pierre angulaire de la relation avec la personne soignée ». La communication établie par l'infirmier(ère) doit créer une compréhension mutuelle nécessaire à la relation soignant-soigné. La notion de qualité de la relation de soin est mise en lien avec la communication par l'Académie nationale de médecine dans son bulletin de 2006.

Carl Rogers, que citent Franck Bernard et Hervé Musellec (2020) dans leur livre « *La communication dans les soins* », considère que la communication repose sur trois dimensions importantes :

- La notion d'empathie : capacité d'observer, de comprendre les sentiments et les émotions de l'autre sans les ressentir soi-même ;
- La notion de congruence ou d'authenticité à travers les différents langages : l'expression du visage et nos gestes en lien avec notre pensée ;
- La notion de considération positive du soignant envers le soigné.

L'infirmier(ère) doit donc être attentive à son propre langage non verbal et paraverbal ce qui implique une capacité à gérer ses émotions.

Considérant l'hypothèse selon laquelle le langage du corps représente 93% de la communication, Laurence Piquard (2019), infirmière anesthésiste, affirme la nécessité pour les soignants d'écouter, mais surtout d'observer attentivement le patient, se basant sur la règle des 3 O proposée par Erickson (Annexe IV).

Elle souligne l'importance de prendre en compte les particularités de chaque patient, telles que son histoire, son origine socio-culturelle et son état psychique, lorsqu'on lui communique des informations sur sa santé. Elle met également en évidence la nécessité de vérifier la compréhension des informations par le patient, plutôt que de simplement les transmettre de manière uniforme ou guidée par un protocole. Son but est d'éviter la sursaturation des capacités de mémorisation du patient.

Maria Teresa De Vito Woods (2014) recommande aux infirmiers de s'engager dans une communication rassurante, respectueuse et bienveillante qui montre au patient qu'il est pris en charge

de manière personnalisée. Ainsi, l'infirmier(ère) aide le patient à se sentir plus à l'aise et plus confiant pendant les soins, ce qui peut améliorer les résultats de la prise en charge et la satisfaction globale du patient.

3.3 Communication Thérapeutique

3.3.1 Définition

Selon le dictionnaire-médical.fr la communication thérapeutique (CT) est « *une forme de communication dérivée de l'hypnose qui consiste à privilégier un discours positif et rassurant* ».

L'hypnose est une technique qui utilise un état modifié de conscience pour accéder à l'inconscient et apporter des changements positifs dans la vie de la personne. Certains auteurs considèrent que la communication thérapeutique est un premier niveau d'hypnose appelé conversationnelle ou hypnotique. Dans leur ouvrage « *Hypnose en soins infirmiers. En 29 notions*, Élisabeth Barbier et Rémi Etienne expliquent que la communication hypnotique ou hypnose conversationnelle consiste à utiliser différents procédés de langage issus de l'hypnose formelle dans un dialogue entre soignant et soigné pour atteindre un objectif précis. L'apprentissage de cette technique doit s'intégrer progressivement dans la pratique pour devenir un langage naturel et un savoir-être relationnel du professionnel de santé. Les auteurs identifient trois axes fondamentaux de cette technique : le positionnement relationnel, l'influence des mots employés et le langage métaphorique.

Antoine Bioy (2017) donne une définition de la communication thérapeutique également axée sur ses visées. En effet, selon lui, elle désigne « *tout ce qui présente des vertus thérapeutiques dans le champ de la communication entre un patient et un soignant. Par extension, nous pourrions inclure la communication entre soignants et pourquoi pas, entre soignés* ».

Dans son ouvrage, il cite Élisabeth Barbier et Rémi Etienne qui soulignent l'importance d'utiliser les bons mots, la bonne intonation et les bons gestes pour maximiser l'impact de la communication thérapeutique.

La communication thérapeutique est donc une approche globale qui implique l'utilisation de différentes techniques de communication pour aider les patients à surmonter leurs difficultés de santé.

3.3.2 Outils

La communication thérapeutique regroupe différentes techniques de communication pouvant être utilisées par les professionnels de la santé.

Comme dans une boîte à outils, chaque outil, ou technique de communication a une fonction particulière et peut être utilisé en fonction des besoins spécifiques de chaque patient.

En voici les principaux :

- L'écoute active : elle permet d'établir une relation empathique et de mieux comprendre les besoins du patient.

- Le langage verbal :
 - Les questions ouvertes : les questions ouvertes aident le patient à s'exprimer librement et à partager ses émotions.

 - Le choix des mots :
Une étude de A. Barsky de 2017, portant sur le potentiel iatrogène de la parole du médecin, met en évidence l'effet potentiellement négatif des informations fournies par les médecins aux patients. Les mots peuvent amplifier leurs symptômes et devenir une source de détresse somatique accrue.

Laurence Piquard recommande d'utiliser une communication positive pouvant aider les patients à se sentir plus confortables et en sécurité. Pour cela, il faut éliminer l'utilisation de mots qui peuvent avoir une connotation négative, pénible et agressive. En effet, elle explique que pour aider à réduire l'anxiété induite par l'hospitalisation, il est important que le personnel médical utilise une communication positive et rassurante car le cerveau ne traite pas les négations. Par conséquent, les phrases négatives et les mots anxiogènes peuvent aggraver l'état d'anxiété du patient.

En choisissant des mots positifs, les professionnels de la santé peuvent aider à renforcer la confiance des patients dans les soins et à encourager leur coopération.

- La clarification : c'est une technique de reformulation permettant de d'encourager l'expression émotionnelle et la prise de conscience du patient, ainsi que la résolution des conflits et des malentendus.

- L'importance de l'information : L'auteure Maria Teresa De Vito Woods (2014) souligne l'importance d'informer correctement les patients tout au long du processus médical, en adaptant les informations à la situation spécifique. L'objectif recherché est de réduire les incertitudes et l'anxiété liées aux interventions. En effet, le manque

d'information peut susciter des émotions négatives chez les patients, et une ambiance stressante peut influencer négativement la communication et la mise en œuvre d'une intervention comme l'anesthésie. En revanche, si le patient est informé et valorisé, il se sent plus à l'aise et plus détendu, ce qui a des répercussions positives sur son anxiété et sa colère.

- La non minimisation : Arnaud Gouchet (2021) nous montre l'importance de ne pas minimiser les émotions et sensations du patient : « *En présence d'anxiété et/ou de douleur, et d'émotions comme la peur ou la tristesse, il est bien plus constructif de nommer et ratifier les symptômes observés, que de les nier ou les ignorer, ce qui les accentue, le plus souvent* ».
- Le langage para verbal : Pour s'inscrire dans une démarche thérapeutique, l'infirmière peut adapter son langage paraverbal, c'est-à-dire son débit et son rythme de parole, son timbre de voix, son intonation.
- Le Mirroring : selon Franck Bernard, cette technique consiste à reproduire les gestes du patient ou sa position. Imiter le patient, lui fait comprendre qu'on est en phase avec lui et nous aide à mieux appréhender ses émotions. Le mirroring est donc un outil précieux en communication thérapeutique car il permet d'établir une communication plus efficace et une meilleure compréhension mutuelle entre le soignant et le soigné ce qui renforce la relation de soin.
- Le langage non verbal : il comprend les expressions du visage telles que le regard, le sourire, la respiration, la proxémie, une gestuelle corporelle ou encore le toucher. Le langage non verbal est très important à prendre en compte. D'autant plus que, dans certaines situations, le patient n'est pas en mesure de communiquer verbalement, c'est le cas des sédations et anesthésies comme nous le témoigne Maria Teresa de Vito Woods qui cite l'étude de V. Kopp et A. Shefer (2000) : « *Pendant l'anesthésie, des médicaments réduisant le degré de conscience ainsi que diverses interventions ne permettent plus au patient de communiquer verbalement, sa mémoire est modifiée et ses actes autonomes sont limités* ».
- Le toucher : Plusieurs autres études indiquent qu'il s'agit d'une technique mettant en évidence son intérêt pour le patient et la relation de soin.

Pour Philippe Svandra (2013) « *lorsque la communication est altérée, lorsque la parole fait défaut, le toucher et l'approche psychocorporelle apportent une aide précieuse à la relation et aux soins, contribuant à redonner du sens aux gestes du soignant* ».

Dans un article de sa revue officielle Médecine Intensive Réanimation, la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) conclut « au vu de ces résultats, des différents témoignages des soignants et de certains patients, le toucher-relationnel semble donc apporter une détente et un apaisement pour les patients de réanimation. Il en résulte un endormissement dans 44 % des cas ».

De plus, les résultats d'une étude datant de 2001 de J. Moon et K. Cho visant à évaluer l'efficacité du toucher pour réduire l'anxiété chez les patients subissant une opération de la cataracte sous anesthésie locale, montre que prendre la main des patients diminue significativement le nombre de patients signalant de l'anxiété. Les résultats de l'étude relèvent aussi des taux d'adrénaline significativement plus faibles chez les patients dont la main était tenue, suggérant que cette intervention non invasive peut aider à réduire le stress physiologique des patients.

3.3.3 Finalités

La communication thérapeutique vise à améliorer le bien-être émotionnel et physique du patient en mettant en place une relation de confiance entre le soignant et le soigné, à assurer une compréhension mutuelle et une prise de décision éclairée, à adapter le traitement en fonction des besoins et des préférences du patient et à améliorer la qualité des soins. Selon Richard et Lussier (2020), qui s'intéressent aux conceptions de Laffan de 2011, la communication thérapeutique est au cœur du professionnalisme de tout soignant, car elle permet d'atteindre les buts professionnels et relationnels de manière compatible avec les objectifs et les besoins du patient.

Elle nécessite la maîtrise d'un répertoire de stratégies de communication ainsi qu'une capacité d'adaptation aux différents interlocuteurs et aux contextes pour atteindre ses objectifs professionnels et relationnels de manière compatible avec les besoins du patient. Quatre stratégies essentielles peuvent être mise en oeuvre pour instaurer une relation de confiance : poser des questions ouvertes, pratiquer l'écoute active, clarifier les propos, encourager le fil narratif du patient et partager les observations.

Franck Bernard et Hervé Musellec (2020) affirment que la communication peut avoir une valeur thérapeutique dans le soin en influant l'anxiété générée par la maladie et les facteurs qui l'entourent et retarder la guérison et la réhabilitation physique. Ainsi, les techniques de communication hypnotique

contribuent à l'anxiolyse en limitant les conséquences neuroendocriniennes et immunologiques induites par le stress et, par conséquent, accélèrent le rétablissement du patient. Une étude en milieu psychiatrique montre que la réussite du soin dépend à moitié des relations entre les patients et les soignants, ce qui prouve l'impact majeur de la communication sur le soin. En effet, l'effet placebo, l'anxiolyse et l'influence sur l'adhésion au traitement font partie des éléments qui entrent dans cette dimension thérapeutique de la communication.

Arnaud Gouchet indique que l'objectif principal de la communication thérapeutique « *est de créer une alliance thérapeutique de qualité avec le patient, parfois en peu de temps* ». Antoine Bioy précise qu'elle permet d'optimiser les thérapeutiques antalgiques administrées. Selon lui : « *Les ressources, les capacités de coping (faire face) et d'auto-soins du patient peuvent être "boostées" par l'effet d'une communication efficace* ».

IV. Cadre exploratoire

1. Méthode

Dans le cadre de ce MIRSI, l'enquête va permettre de confronter les données théoriques exposées précédemment à l'expérience de terrain d'infirmières en exercice.

La méthode que j'ai retenue est celle des entretiens semi-directifs afin que les IDE aient l'opportunité de s'exprimer assez librement sur leurs expériences.

J'ai interviewé deux infirmières ayant été confrontées à des situations d'urgence à de nombreuses reprises. La première exerce le métier d'infirmière depuis 5 ans et travaille dans un service de réanimation. La seconde, qui a 30 ans d'expérience, a exercé dans différents services hospitaliers. Elle travaille actuellement dans un service de médecine ambulatoire. Elle a été formée à la communication thérapeutique.

J'ai préparé dans un guide d'entretien (Annexe V) des questions ouvertes permettant d'aborder les thèmes généraux en lien avec mon étude. J'ai prévu d'éventuelles questions de relance afin de faire préciser, si nécessaire, le propos des infirmières interviewées.

J'ai construit le guide d'entretien avec les objectifs suivants :

- Définir la notion d'urgence pour les soignants ;
- Appréhender le contexte émotionnel dans la situation de soins d'urgence pour les patients et pour les soignants ;
- Mesurer la place donnée à la relation soignants/soignés et à la communication lors des situations d'urgence ;
- Déterminer les impacts d'une communication thérapeutique ;

- Prendre conscience des obstacles à l'établissement de cette communication thérapeutique et découvrir les ressources mobilisables par l'infirmier(ère).

Les entretiens (Annexe VI) se sont déroulés, pour l'une sur son temps libre, à domicile, pour la seconde, sur le temps de travail, à l'hôpital. Avec leur accord, ils ont été enregistrés. Le premier entretien a duré 1 heure et le second 45 minutes.

Le choix des entretiens semi-directifs m'a paru pertinent pour cette étude. Les conditions étaient favorables, l'organisation mise en place a permis d'échanger pendant une longue durée, dans de bonnes conditions : pièce à part, pas d'interférence avec d'autres personnes, disponibilité des soignantes pendant une longue durée.

Cependant, j'ai pu me rendre compte que conduire ce type d'échange représente un exercice nécessitant de la concentration. Il demande de recentrer la discussion sur les objectifs en choisissant les questions de relance permettant d'obtenir des résultats pertinents pour l'analyse.

2. Analyse des résultats

Après la réalisation des entretiens auprès des deux infirmières, j'analyse les propos relevés concernant les différents points de mon étude en m'appuyant sur mes tableaux d'analyse (Annexe VII).

2.1 Représentations de l'urgence

J'ai débuté mes entretiens en interrogeant les infirmières sur la notion d'urgence. J'ai pu constater que les deux infirmières partagent la même représentation de l'urgence. En effet, quand la première la décrit comme « *une situation qui met le pronostic vital de la personne en jeu de façon immédiate* », la deuxième évoque « *une situation où le pronostic vital est engagé et où tous les actes doivent être rapides* ». Elles la définissent donc toutes deux comme une situation critique avec une contrainte temporelle importante « *où l'on doit réagir rapidement* » et soulignent que l'objectif principal de l'infirmière est alors de « *préserver la vie de la personne* » et « *la mettre en sécurité* ». L'IDE 2 précise que « *tous les actes doivent être rapides, précis et réussis* ».

2.2 Vécu émotionnel du patient

Interrogées sur les émotions qu'elles ont pu observer chez les patients lors des situations d'urgence, les deux infirmières mettent particulièrement en lumière l'angoisse ressentie par les patients pendant les situations d'urgence. Selon elles, les répercussions des situations d'urgence sur le patient sont le

stress, les peurs générées par la mise en jeu du pronostic vital et même la panique et la détresse psychologique « *on ressent de la panique chez eux* ». L'IDE 1 précise « *l'inconnu, c'est majoration du stress, majoration de la douleur* ». Elle souligne que cette détresse induit un besoin de réassurance « ils sont dans une telle détresse physique mais émotionnelle aussi, beaucoup, que c'est le moment où ils vont avoir le plus besoin de quelqu'un en face qui les rassure ».

L'IDE 2 fait état du besoin ressenti par les patients d'attention et de réactivité de la part des soignants : « *C'est cette présence dont ils ont toujours besoin* », « *Ce sentiment de vouloir qu'on réagisse rapidement et qu'on ne les lâche pas* ».

La première infirmière évoque à plusieurs reprises la notion de traumatisme : « *Alors, il y a le traumatisme de l'accident, (...), en général l'accident lui-même est assez traumatisant* » ; « *Les séjours en réanimation, c'est extrêmement traumatisant* ». Elle considère que les soins prodigués induisent fréquemment « *des violences physiques et psychologiques (...) et que c'est une violence, en plus des accidents qu'ils ont subis au départ* ».

Le traumatisme serait aussi accentué lorsque les patients n'ont pas bénéficié d'explications leur permettant de donner un sens à ce qu'ils étaient en train de vivre : « *Ils sont d'autant plus traumatisés parce qu'ils ont subi tout ça sans comprendre* ».

Selon elle, il serait même courant que ce vécu traumatique de patients ayant traversé des situations d'urgence provoque ultérieurement un syndrome de choc post-traumatique peu pris en charge. « *Ils sortent souvent avec des syndromes de choc post-traumatique pour lesquels ils sont relativement mal suivis* ».

A propos des ressentis et des besoins exprimés postérieurement à la situation critique, l'IDE 2 indique un retour de patients mentionnant un sentiment intense de peur : « *Ils sont abattus, ils sont plutôt apathiques. Ils nous disent qu'ils ont eu très, très peur* » ; ainsi que de la reconnaissance : « *Ils nous disent : "heureusement que vous étiez là, vous avez fait vraiment ce qu'il fallait, vous avez été réactive et heureusement que vous aviez remarqué ce détail parce que je ne sais pas ce qu'il serait advenu de moi"* ».

2.3 Vécu émotionnel du soignant

Les interviews réalisées auprès des deux professionnelles montrent que toutes deux sont marquées par leurs expériences de situations d'urgence. A de nombreuses reprises, l'IDE 1 confie avoir éprouvé des émotions assez intenses, en particulier en début d'expérience professionnelle. Elle exprime l'intensité émotionnelle ressentie en utilisant plusieurs fois le verbe « *submerger* ».

Les infirmières évoquent différents ressentis lors de soins réalisés en urgence :

- Le stress : les soignantes confirment qu'elles ressentent du stress dans ces situations d'urgence. « *Il y a un côté un peu stressant* » (IDE 1). Le stress se manifeste par « *une grosse poussée d'adrénaline* » (IDE 2).

L'IDE 2 indique qu'elle tente de ne pas montrer ce stress au patient : « *Je vais faire en sorte de ne pas montrer trop mon stress non plus, d'être calme, de pouvoir maîtriser la situation et d'être rassurante* ».

Le stress n'est cependant pas vu uniquement comme un facteur négatif. La première infirmière considère également son côté positif, le stress entraînant une décharge d'adrénaline qui la rend plus efficace et plus rapide.

Ce stress semble majoré par le sentiment de solitude ressenti par la soignante 2 lorsqu'elle a été amenée à gérer une situation d'urgence sans médecin présent dans le service.

- Un sentiment d'impuissance et la peur : L'IDE 1 mentionne ces sentiments lorsque les soins administrés « *ne sont pas efficaces* » c'est-à-dire qu'ils ne conduisent pas à l'amélioration de la situation. « *On a souvent les mêmes schémas d'émotions c'est-à-dire le stress, la peur, le sentiment d'être impuissant.* »
- Le soulagement et la fierté : ces sentiments positifs sont évoqués par l'IDE 1: « *Quand on arrive à faire quelque chose, le soulagement et la fierté d'avoir réussi à sauver quelqu'un tous ensemble* ».

L'IDE 1 avance un concept intéressant, celui de la projection identificative. Elle pense que ce phénomène affecte des soignants dans certaines situations d'urgence qui seraient alors plus impactantes émotionnellement que d'autres pour le soignant. Elle donne l'exemple de soignants parents devant gérer des situations d'urgence pédiatriques ayant été particulièrement submergés par leur émotions et, de ce fait, été amenés à demander un remplacement. Elle précise que certains soignants peuvent, quant à eux, être sensibles aux personnes âgées.

Pour aider les soignants dans la gestion et la compréhension de ces émotions, l'IDE 1 indique qu'il existe dans son service un temps de débriefing avec les personnes ayant participé aux soins à posteriori de la phase critique. Elle témoigne également de la disponibilité et du rôle de la psychologue dans cette entreprise. La deuxième infirmière évoque la difficulté que représente la gestion des émotions dont le stress en situation d'urgence. Selon les émotions « *peuvent aussi parasiter justement cette communication thérapeutique* ». La première met en lumière le rôle de l'expérience sur la gestion du stress : « *Un autre facteur qui joue beaucoup, c'est l'expérience dans le sens où quand tu débutes dans ce métier, le stress et la volonté de faire le bien tout en n'ayant pas forcément toutes les compétences que tu acquiers après l'expérience, fait que tu vas te focaliser sur les choses que tu penses les plus importantes* ».

2.4 Communication dans les situations d'urgence et impact sur la relation de soin.

Les infirmières sont toutes les deux convaincues que la communication est très importante, inhérente aux soins. La seconde utilise même le terme « *primordiale* » pour la qualifier et « *trouve que cela fait partie du soin* ». L'IDE 1 la définit comme « *quelque chose d'extrêmement important, c'est la base de la base de la relation soignant soigné et donc de la relation de confiance qu'on veut pouvoir développer derrière avec la personne qu'on va prendre en soin* ».

Les deux infirmières sont en accord sur un niveau d'information minimum à fournir au patient. Cette volonté d'information préalable du patient reflète leurs valeurs professionnelles. Pour elles, il est évident qu'il ne faut pas agir sans donner des explications au patient concerné, comme l'indique la première infirmière « *cela relève du bon sens* ». La seconde infirmière va même plus loin en affirmant qu'il lui est impossible d'envisager de prodiguer des soins sans avoir préalablement discuté avec le patient.

Cependant, en situations d'urgence, il leur apparaît plus complexe d'instaurer une communication approfondie. En effet, elles sont contraintes par une certaine pression temporelle inhérente à l'urgence et par la gravité de l'état de santé du patient. Cette situation les oblige à adapter leur communication en conséquence : « *On va être plus superficiels dans nos explications, plus rapides* » explique l'IDE 1. Quand elle est confrontée à cette situation, l'IDE 2, quant à elle, indique qu'elle questionne le patient sur ses symptômes et ses ressentis, l'informe sur le déroulé et la temporalité des soins et tente de le rassurer.

L'infirmière 1 nous décrit un premier temps dans lequel l'état du patient correspond à une urgence vitale immédiate, où elle est centrée sur l'action, et qui ne permettrait pas de dégager beaucoup de temps pour la communication. Elle argumente en indiquant que lors de ce premier temps « *elle n'a pas d'espace mental suffisant pour faire les deux* ». Cette difficulté est aussi mise en exergue par l'IDE 2 qui considère que le facteur temps impacte la communication. Il ne lui permet pas de rassurer le patient autant qu'elle le souhaiterait : « *Quelquefois les secondes sont comptées, donc je ne peux pas trop me permettre d'être là en train de le rassurer* ».

Pour autant, elle souligne ressentir chez les patients la nécessité de bénéficier de la présence de soignants et de leur attention. La première IDE relève, elle aussi, cette nécessité de réassurance en rappelant l'impact traumatique de la situation d'urgence sur le patient : « *Parce que c'est le moment où ils vont avoir (...) encore plus besoin d'un interlocuteur ou interlocutrice, parce qu'ils sont dans une telle détresse physique mais émotionnelle aussi, beaucoup, que c'est le moment où ils vont avoir le plus besoin de quelqu'un en face qui les rassure* ». Dans un deuxième temps de l'urgence, lorsque le pic d'adrénaline redescend, les patients se posent beaucoup de questions auxquelles il est important de répondre selon elle « *pour éviter qu'ils soient dans une espèce de boucle de stress* ».

L'IDE 1 attire mon attention sur d'autres limites au développement d'une communication avec le patient en situation d'urgence : en plus du traumatisme, beaucoup de patients subissent une grande

souffrance physique. Elle dit qu'elle se concentre en priorité sur la gestion de la douleur subie par le patient, ce qui est essentiel aux yeux des soignants, plutôt que sur une communication verbale plus exhaustive qui serait trop chronophage : « *On va faire en sorte de soulager la douleur au maximum et de ne pas en rajouter en la noyant dans le temps et dans les paroles* ».

La soignante 1 fait aussi état de la difficulté à établir une communication lorsque le patient est sous l'effet de certains traitements susceptibles de créer des hallucinations ou de faire dormir « *Tu ne peux pas communiquer avec des personnes qui se croient dans un vaisseau spatial* ».

Selon cette soignante, c'est aussi le cas des personnes confuses, obnubilées ou séditées. Dans ces situations, elle précise qu'elle ne donne des explications au patient que s'il est en mesure de comprendre ou de réagir.

Les infirmières se rejoignent également sur l'idée que la communication s'instaure dès l'accueil du patient et qu'il est essentiel d'établir dès cette première interaction une relation générant un climat de confiance entre le patient et le soignant. La première infirmière dit : « *C'est la base de la base, de la base de la relation soignant soigné et de la relation de confiance qu'on veut pouvoir développer derrière avec la personne qu'on va prendre en soin* ». L'IDE 2 affirme que le climat de confiance participe à l'amélioration du bien-être du patient : « *On le sent après, le patient est beaucoup plus détendu, beaucoup plus ouvert* ».

L'IDE 1 mentionne des effets thérapeutiques importants. En effet, la compréhension des soins et de leurs bénéfices attendus favorisent la réduction du stress et l'instauration d'une relation de confiance entre le patient et le soignant. Elle explique « *qu'une personne apaisée est beaucoup plus stable sur le plan hémodynamique* » et qu'en plus de « *réguler les paramètres vitaux* » cela permet « *de potentialiser les effets des thérapeutiques* ».

Par ailleurs, la soignante 1 démontre l'importance de la posture de la première personne avec laquelle le patient va être en contact, indiquant que la soignante pose alors les fondations de la relation de confiance. « *La personne va savoir si, quand elle était en détresse la plus absolue, est-ce qu'elle a pu s'accrocher à la branche et ça compte pour la suite* ».

Elle considère que l'infirmière est à ce moment « *le miroir de l'équipe médicale* » et qu'elle ouvre les possibilités de communication ultérieure entre le patient et l'ensemble de l'équipe. « *Les personnes avec qui ça s'est bien passé depuis le départ, qui se sentent en confiance avec les équipes soignantes qui vont pouvoir, qui vont oser communiquer, qui vont oser dire qu'ils ont mal, qui vont oser dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas* ».

Afin d'aider les patients à mieux comprendre la situation et à les rassurer, les infirmières interrogées déclarent toutes deux communiquer dans les situations d'urgence de manière simple et en expliquant les différentes étapes du processus médical.

Elles adaptent leur langage et leur communication en fonction du niveau de compréhension des patients, en tenant compte de leur manque de familiarité avec le milieu médical qui représente, selon elles, une source d'anxiété pour le patient.

Si les infirmières considèrent l'instauration d'une communication adaptée comme bénéfique pour le patient, elles mentionnent également des avantages pour elles-mêmes. Le bénéfice pour le soignant, selon l'IDE 2, réside dans le fait d'apprendre à connaître le patient.

La première infirmière évoque un autre avantage pour le personnel soignant à savoir que : « *La communication et d'avoir quelqu'un en face est très, très important pour les canaliser et pouvoir faire les soins le mieux possible pour eux et pour nous. Quand le patient est apaisé entre guillemets, si c'est possible d'être apaisé dans ces situations-là, on est beaucoup plus efficaces.* »

2.5 Communication thérapeutique

Interrogée sur les finalités de la communication thérapeutique, l'IDE 2 explique l'intérêt particulier qu'elle trouve à cette communication pour la relation avec le patient et l'efficacité des soins :

« *Pouvoir favoriser un climat de confiance et de détente auprès du patient et à visée anxiolytique, analgésique. Sur les deux tableaux, on y gagne afin que le geste se passe bien et que la personne soit détendue. Et ça peut aussi dévier son attention.* »

La première infirmière interrogée n'a pas été formée spécifiquement à la communication thérapeutique, mais elle se remémore avoir entendu parler de ce concept en formation. « *J'ai connaissance de certaines méthodes de communication thérapeutique mais on est ni formés ni bons à les mettre en place.* »

Cependant, dans sa pratique, elle utilise certains leviers de ce type de communication. Elle porte une attention au potentiel iatrogène des mots « pour ce qui est de la communication positive, le fait d'utiliser un vocabulaire positif, éviter les négations, utiliser des mots adaptés et réfléchis, oui, ça, j'essaie ».

Elle rejette les mots interdits qui impactent négativement les ressentis du patient : « *Tous les mots qui font mal avant d'avoir mal.* » « *Il y a un clair impact des mots interdits (...) sur l'appréhension des gens.* » Selon elle, un langage positif impacte favorablement le vécu des patients : « *Utiliser du positif pour les rassurer, je trouve qu'ils se réveillent mieux.* »

Elle précise l'importance du choix des mots en indiquant qu'ils ne doivent pas donner au patient l'impression de minimiser la situation qu'il est en train de vivre. « *J'essaie aussi (d'utiliser des mots positifs) dans les situations d'urgence, sans minimiser.* » « *C'est difficile de trouver cet équilibre aussi entre minimiser le danger du réel et utiliser du positif et du bienveillant.* »

L'IDE 2 assure qu'une communication thérapeutique peut souvent être mise en œuvre dans les situations d'urgence, mais que c'est difficile, que cela nécessite que le soignant fasse preuve d'habiletés, de réactivité et de rapidité dans les gestes. Elle aussi, se déclare attentive à employer un vocabulaire positif « *un vocabulaire qui rassure en tout cas et qui ne fait pas peur* ».

Elle fait état d'autres vecteurs de communication que le langage verbal. « *Il va y avoir la parole, je pense. Il va y avoir le geste et le comportement aussi* ». Elle met en avant certaines composantes du langage para verbal et une gestuelle du soignant. Le contrôle du niveau et de l'intensité vocale, de la tonalité et du rythme de la parole lui permettraient de ne pas faire apparaître son propre stress au patient.

Elle évoque également le toucher, la volonté d'adapter sa gestuelle lors des soins techniques « *je vais avoir des gestes doux* » et d'établir un contact physique accompagné de paroles rassurantes. « *Je vais mettre ma main sur son bras. Je vais lui dire " ne vous inquiétez pas, on va gérer la situation "* ».

En revanche, l'IDE 1 pense que le toucher n'est pas un outil adapté à la communication thérapeutique dans les situations d'urgence qu'elle rencontre, car de nombreux patients accueillis sont allergiques. D'après elle, le soignant ne peut jamais savoir si ce mode de communication leur sera bénéfique ou, à contrario, accentuera leurs douleurs. De plus, elle fait remarquer qu'elle ne peut pas utiliser ses mains simultanément pour les soins techniques et pour le toucher. Dans la phase d'urgence vitale, il lui semble seulement possible d'établir un contact physique rassurant avec le patient en lui tenant la main pour lui procurer un ancrage physique.

Concernant les outils de communication thérapeutique à disposition dans le service au sein duquel elle exerce, elle cite des accessoires comme les lunettes de réalité virtuelle et une technique, l'hypnose, tout en précisant que ce sont les anesthésistes qui ont été formés à cette technique et qui lui montrent parfois comment l'utiliser. En présence des anesthésistes, l'infirmière, même si elle n'est pas formée à ce type de communication, pourrait piocher dans leur boîte à outils.

Elle regrette cependant un trop faible recours à ce type d'outils de communication qu'elle juge « *hyper riches* » par rapport à ce que les soignants en font. Elle ajoute : « *On pourrait l'utiliser de façon beaucoup plus efficace, et c'est dommage de ne pas en faire un outil du quotidien* ».

La seconde infirmière nous fait part d'un élément qui lui semblerait faciliter la mise en place de la communication thérapeutique, la présence de soignants supplémentaires. « *Elle n'est pas facile à mettre en place, il faut avoir du monde je pense* » et « *une personne seule, ça me paraît compliqué* ». La question des effectifs est soulevée par l'IDE 1 qui précise que dans son service il n'y a pas de soignant affecté spécifiquement à la communication auprès des patients en situation d'urgence « *on va communiquer, mais on ne va pas avoir une personne dédiée pour ça* ». Elle se questionne sur le plan des ressources humaines disponibles « *c'est déjà un peu compliqué au niveau effectif* » ainsi que sur la faisabilité organisationnelle de l'intégration d'une personne supplémentaire à ce qu'elle nomme un « *ballet déjà très bien orchestré* ». Dans ces situations, de nombreux soignants interviennent et

l'espace physique manque pour une personne supplémentaire. Elle met aussi en évidence une autre difficulté, la nécessité de disposer d'assez de personnes formées disponibles au bon moment.

L'IDE 1 considère aussi que le manque de formation constitue un frein supplémentaire, comme en témoignent ses propos : « *Et puis, il faut avoir quelqu'un qui a fait la formation* ». Elle considère que des progrès sont à faire en termes de compétence pour la mise en oeuvre de la communication thérapeutique : « *Donc, j'ai connaissance de certaines méthodes de communication thérapeutique, mais on est ni formés, ni bons à les mettre en place* », « *Je sais qu'on essaie avec les moyens du bord, disons, même si ce n'est peut-être pas suffisant* ».

Elle pense qu'une formation spécifique serait nécessaire pour faciliter l'engagement des soignants dans la communication thérapeutique au cours des situations d'urgence, notamment du fait qu'il leur est complexe de positiver dans des situations aussi graves. « *C'est difficile de trouver cet équilibre entre minimiser le danger du réel et utiliser du positif* », « *Quand les gens sont en train de se vider de leur sang, c'est tout de suite un peu plus délicat de leur dire "ça va aller, vous êtes entre de bonnes mains", alors qu'il est potentiellement en train de mourir* ».

Elle inscrit cette suggestion de formation dans une démarche d'équipe. Elle pense qu'une réflexion collective au sein du service sur ce thème pourrait être engagée. Il ne lui semble pas indispensable que toute l'équipe soit formée, mais, selon elle, il s'agit au moins de « *lancer le débat* », « *mettre le sujet sur la table* ». Les soignants les plus intéressés par la communication thérapeutique pourraient ensuite envisager de s'inscrire à une formation.

3. Discussion

En analysant les propos exprimés par les deux infirmières lors des entretiens, j'ai pu constater leur points de convergence et de divergence sur les différents thèmes de réflexion relatifs à mon sujet. Dans cette partie, je vais interpréter ces résultats au regard de mon cadre théorique et de mon propre positionnement afin d'apporter des éléments de réponse à ma problématique : *En quoi la communication établie par l'IDE lors de soins d'urgence impacte-t-elle la relation de soin ?* Enfin, j'ouvrirai sur ma question de recherche définitive.

Je me suis tout d'abord penchée sur le contexte de l'urgence et ses répercussions. En premier lieu, j'ai souhaité savoir comment les infirmières interviewées caractérisent la notion d'urgence.

Pour elles, l'urgence se définit comme une situation critique engageant le pronostic vital et pour laquelle la rapidité d'intervention et l'efficacité des soins revêtent un caractère primordial.

Cette définition correspond à celles proposées par les dictionnaires médicaux qui, eux aussi, mettent en avant les critères de temporalité et de gravité avec le risque d'évolution morbide.

Ces deux caractéristiques de l'urgence me semblent déterminantes pour la pratique infirmière. L'urgence constitue un contexte particulier qui impacte le vécu du patient, celui du soignant, la relation soignant-soigné et la communication.

La notion de violences subies par le patient lors de ces situations, qu'elles soient d'ordre physique ou d'ordre psychologique, est mise en exergue aussi bien dans les dires des infirmières que dans les écrits des auteurs. Les violences physiques sont générées par les pathologies et souvent induites par les soins. Tandis que le caractère inattendu et brutal de la situation d'urgence, les souffrances physiques, l'incertitude majeure quant à l'avenir, sont vecteurs de violence psychologique. Faire face à la mort est en soi un événement traumatisant, Santé publique France, dans un article datant du 29 avril 2019 considère comme événements traumatogènes « ceux qui confrontent brutalement à la mort ou à une menace de mort ou de blessure, ainsi que les violences sexuelles ».

Dans ces situations, les réactions émotionnelles du patient sont particulièrement intenses. Les sensations d'angoisse et les peurs prédominent lors de soins en urgence. Ces ressentis négatifs se manifestent par des signes cliniques. L'IDE 1 évoque un double traumatisme vécu par les patients : celui du séjour en urgence qui se cumule à celui de l'accident initial.

Les théoriciens estiment, eux aussi, que ces situations sont fortement génératrices de stress, d'angoisse et très traumatisantes. Ils ajoutent l'idée que ce traumatisme peut s'inscrire dans la durée. Ils évoquent le syndrome de stress post-traumatique. L'IDE confirme avoir rencontré ce phénomène chez certains patients. Elle pense que des progrès restent à faire en matière de soins relationnels pour limiter les répercussions du traumatisme sur la santé des patients à long terme et être en capacité d'assurer un meilleur suivi postérieurement à la situation de soins.

Les infirmières comme les théoriciens indiquent que les situations d'urgence ont également des impacts émotionnels intenses chez les infirmières, engendrant du stress, de l'angoisse et parfois des sentiments d'impuissance.

A ce sujet, l'infirmière 1 aborde le concept d'identification projective, que je n'avais pas exploré dans mon cadre théorique, mais qui peut impacter la relation de soin. Elle relate son expérience au cours de laquelle des soignants ayant des enfants, sont tellement affectés par la prise en soin d'enfants qu'ils ont dû passer le relais à d'autres soignants.

Selon moi, l'histoire personnelle de chaque soignant influe sur sa sensibilité vis-à-vis des différents publics pris en soin et sa façon de réagir. Pour nous aider, nous mettons en place des mécanismes de défense. Ici, le rôle de l'équipe est encore prévalent.

Les théoriciens, mettent eux aussi, en avant la charge émotionnelle des soins en urgence et leurs impacts parfois délétères sur les soignants.

Les infirmières font état d'effets négatifs sur le soignant, le stress devant être maîtrisé : « *On essaie de ne pas se laisser submerger par les émotions pour être le plus pragmatique* » (IDE 1), « *Je vais faire en sorte de ne pas montrer trop mon stress* » (IDE 2).

A ce propos, l'IDE 1 souligne le rôle de l'expérience dans la gestion du stress. Elle mentionne également des répercussions positives de ce stress. Pour elle, le stress peut être un élément favorable dans la prise en soins dans la mesure où il engendre une poussée d'adrénaline permettant de gagner en efficacité. Elle confirme en cela la thèse des auteurs pour lesquels la pression est source de motivation et mobilisatrice d'énergie, incitant certains professionnels à se surpasser et à donner le maximum d'eux-mêmes. Les soignants exerçant dans des services de soins intensifs, d'urgences ou au SAMU que j'ai rencontrés jusqu'alors m'ont effectivement semblé apprécier les dimensions de challenge et de dépassement de soi.

Les théoriciens identifient paradoxalement des risques à long terme d'épuisement professionnel et de perte de sens du travail. La démobilisation qui en résulte est susceptible d'aboutir à une déshumanisation des soins.

Les infirmières interviewées n'ont pas fait mention de cet effet pervers dans leur pratique, il me semble toutefois intéressant de mettre en relation ce risque potentiel avec leurs propos. Effectivement, le contexte des situations de soins d'urgence vitale semble les contraindre à assumer un certain décalage entre leur pratique, leurs valeurs soignantes et leur idéal de soins dans la mesure où elles rencontrent parfois des difficultés pour assumer simultanément toutes les dimensions du soin.

Elles affirment, en effet, être très attachées à la dimension relationnelle des soins. Leurs propos reflètent une conception humaniste de leur travail. Elles considèrent toutes les deux que la communication est un élément constitutif majeur de la relation de soin. Cette conception rejoint les thèses prônées par de nombreux théoriciens qui affirment, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, qu'une relation de soin de qualité implique une écoute attentive du patient et une grande disponibilité. Selon Walter Hesbeen, elle fait appel à des attitudes et des habiletés du soignant dont l'empathie et la congruence. Les infirmières interviewées, malgré le contexte de l'urgence, tentent d'instaurer une communication avec le patient, même lorsqu'il n'est pas totalement réceptif en utilisant différentes modalités. Leur but est de lui « laisser une porte ouverte » afin qu'il s'autorise à exprimer ses émotions ou ses besoins au cours de la prise en charge. Elles expliquent le déroulé du soin au patient et essaient, en s'adaptant d'avoir des interactions à visée thérapeutique.

Comme les infirmières et les théoriciens, je pense que la communication est au fondement de la relation de soin. Dès lors, il est extrêmement important pour établir une relation de confiance et améliorer le vécu des patients de s'interroger sur les objectifs de sa communication et les modalités de sa mise en œuvre.

Cette réflexion me conduit à me questionner sur la communication thérapeutique dans les situations complexes que sont les situations d'urgence et ses bénéfices attendus sur le patient, le soignant et la relation de soins.

Lors de mon étude, je me suis aperçue que la communication thérapeutique fait l'objet de différentes définitions. Elle s'apparente, selon moi, à une « boîte à outils » regroupant une pluralité de techniques

et de modalités relationnelles à visées thérapeutiques. Mes recherches font apparaître trois objectifs poursuivis par le soignant mettant en œuvre la communication thérapeutique : une adhésion aux soins, une anxiolyse et une visée antalgique.

La communication thérapeutique a pour finalité de répondre aux besoins du patient : besoin de reconnaissance, de prise en compte de son individualité, de donner un sens à la situation et au soin, besoin de réassurance, afin d'accéder à un état de meilleur être. Les infirmières ont plus particulièrement mis en évidence les besoins des patients de présence, d'attention et de réassurance de la part des soignants en situation d'urgence, ce dernier étant prégnant du fait du vécu traumatique des patients. L'IDE 2 nous dit qu'un climat de confiance contribue à rendre le patient détendu et ouvert à la communication.

Les auteurs cités dans le cadre théorique insistent sur l'importance de cette dimension relationnelle, du soin et de la reconnaissance de l'être singulier que le soignant doit voir en apprenant à connaître le patient. Une communication bienveillante avec le patient permet à l'infirmière de connaître son patient et de s'adapter à son individualité, de personnaliser les soins en considérant le feed-back du patient..

La première infirmière note que la communication peut apaiser le patient et être bénéfique à sa récupération physique : stabilisation de son état hémodynamique, régulation de ses paramètres vitaux et majoration de l'effet des thérapeutiques. Elle constate aussi que les patients sont davantage apaisés lorsque la situation lui permet d'expliquer les soins et le déroulé de la prise en charge, ce qui rejoint l'avis de théoriciens. Ainsi, une communication adaptée donne du sens au soin, ce qui a pour effet une réduction du stress. Il s'instaure alors plus facilement une relation de confiance entre les soignants et le patient.

Parmi les différents outils de communication thérapeutique propres au langage verbal, le choix des mots par le professionnel de santé est essentiel. Un langage positif et bienveillant peut servir un objectif de réassurance du patient. Les recherches de mon cadre conceptuel montrent qu'en situation de stress, le cerveau ne comprend pas les négations et a tendance à se focaliser sur les mots négatifs. L'expérience rapportée par la première infirmière le confirme ; elle trouve que les mots ont un véritable impact sur l'appréhension des patients.

Les infirmières portent aussi attention au choix de mots pour ne pas déstabiliser davantage les patients qui se trouvent dans un milieu inconnu et ne maîtrisent pas tout le champ lexical médical. Dans le cadre d'une communication thérapeutique, le langage est adapté au patient pour ne pas accroître sa vulnérabilité, son sentiment d'incompréhension et de solitude.

Il me paraît également opportun, en situation d'urgence, de porter attention au choix de son vocabulaire afin qu'il ne donne pas l'impression de minimiser les ressentis des patients. A mon sens, ne pas nier ses ressentis conduit le patient à se sentir écouté, compris, reconnu dans sa propre expérience et, de fait, participe à atténuer le vécu traumatique.

C'est pourtant l'écueil dans lequel le soignant pourrait tomber en positivant la situation de manière excessive par rapport à la réalité. L'infirmière 1 exprime la complexité d'utiliser un langage positif et bienveillant dans sa communication avec le patient sans pour autant minimiser la gravité de la situation. Cette notion est également abordée par le médecin anesthésiste réanimateur Arnaud Gouchet.

La communication thérapeutique fait aussi appel aux autres composantes du langage. La gestion de la distance physique avec le patient et le positionnement du soignant relèvent du langage non verbal. L'IDE 1 nous décrit le positionnement qu'elle adopte pour que le patient prenne conscience de sa présence et de la considération qu'elle lui porte.

Elle fait aussi allusion à la troisième composante du langage: le langage paraverbal lorsqu'elle dit être attentive à rester dans le champ de vision du patient.

Concernant le langage paraverbal, la seconde infirmière indique porter attention à l'intonation de la voix, son rythme, son débit, pour ne pas extérioriser son propre stress et majorer le stress du patient.

La chercheuse Anne-claude Allin Pfister (2008) identifie en effet ce risque : « *Rien n'est plus contagieux que l'anxiété* ».

Les théoriciens de la communication thérapeutique proposent le toucher comme l'une des techniques de cette communication. Les études citées dans le cadre conceptuel nous incitent à penser que cet outil est intéressant pour améliorer la relation de soin et l'expérience du patient. Les résultats font apparaître une diminution sensible de l'anxiété du patient et une réduction des comportements de détresse. Cette technique favoriserait donc le mieux être du patient. Elle a aussi l'intérêt de concrétiser auprès du patient l'attention que l'infirmier(ère) lui porte.

La seconde infirmière rapporte avoir utilisé cette technique lors de soins d'urgence pour rassurer le patient. Elle ajoute que, malgré son stress, elle essaye de faire des gestes doux pour effectuer les soins. Si son expérience semble favorable à l'utilisation du toucher, la première infirmière, quant à elle, m'a conscientisée sur les limites de cette pratique en situation d'urgence. Bien qu'elle ne la rejette pas totalement, elle m'a alertée sur les risques associés, le toucher pouvant renforcer les sensations douloureuses chez des patients souvent très algiques. Elle se limite au toucher de la main effectué dans le but de procurer au patient un ancrage physique en précisant que cela ne lui est pas toujours possible, car elle a besoin de ses mains pour effectuer les soins. En effet, les gestes à réaliser pour les soins techniques assurant l'éloignement du risque vital limitent leur disponibilité physique. Les soins techniques de haut niveau mobilisent également leur disponibilité mentale du fait de la concentration et la précision qu'ils requièrent.

Cette constatation soulève chez moi une autre limite à prendre en compte lors de l'utilisation du toucher en situation d'urgence : certaines personnes n'apprécient pas d'être touchées ce qui nécessite une adaptation de notre pratique.

L'expérience relatée par les infirmières fait apparaître d'autres difficultés inhérentes à la situation d'urgence, freinant le développement de la communication thérapeutique. Les plus importantes sont : l'engagement du pronostic vital, les contraintes de temps pour les soins et par conséquent la disponibilité psychique et physique réduite des infirmier(ère)s pour les soins relationnels.

Elles rappellent que la priorité principale de l'infirmière, ce sont les soins vitaux et que ces soins mobilisent leur corps et leur mental. Contrairement aux auteurs, qui pensent qu'on ne peut séparer soins techniques et relationnels, les infirmières suggèrent la possibilité d'une personne supplémentaire dédiée à la communication thérapeutique, mais elles soulèvent des problèmes d'effectif et de formation.

Par ailleurs, l'infirmière 1 me fait remarquer que s'engager plus largement dans la communication thérapeutique est un processus qui nécessiterait un bouleversement de l'organisation actuelle minutieuse des soins urgents qui sont réalisés en équipe par divers professionnels. L'ensemble de l'équipe devrait être partie prenante.

Malgré certaines difficultés de mise en place dans les situations d'urgence, ce travail fait ressortir une plus value apportée à la relation soignant-soigné, mise en avant par les auteurs et pour une part par les infirmières.

Cependant, mesurer précisément les impacts d'une communication thérapeutique sur la qualité des soins s'avère difficile car c'est une notion dont certains outils commencent juste à être utilisés et peu de professionnels y sont formés.

L'infirmière formée à la communication thérapeutique a mentionné des répercussions positives observables sur le patient. Toutefois, elle nuance l'évaluation des impacts en indiquant qu'elle a un peu de mal à l'évaluer précisément et qu'elle a peu de retour de patients après la situation de soins réalisés dans l'urgence.

Cette étude comporte donc une limite : l'absence de retours sur l'expérience des patients, en particulier dans les situations d'urgence vitale. J'ai constaté qu'il existe à ce jour peu d'enquêtes sur la communication thérapeutique dans les situations d'urgence, à l'exception de celles menées dans les services d'urgence.

Pour approfondir la réflexion sur les thématiques abordées dans ce travail, je serais intéressée par une étude scientifique plus exhaustive évaluant l'impact des modalités de communication sur le bien être des patients à long terme. La recherche clinique me semble pertinente pour mesurer quantitativement et qualitativement les résultats de la mise en place d'un protocole de communication s'adaptant à différentes situations. L'étude pourrait être ciblée sur les impacts de différents types de communication sur le stress post-traumatique des patients ayant traversé une situation mettant en jeu leur pronostic vital.

A la lumière des différents éléments de réflexion abordés dans cette étude, la communication thérapeutique m'apparaît être au service des soins relationnels et apporter une plus value à la relation de soins. Pour moi, s'engager dans une communication thérapeutique, c'est chercher à optimiser la qualité de la relation de soin en la faisant correspondre aux conceptions actuelles dominantes des théoriciens et des infirmières du « prendre soin ». La communication thérapeutique vise à favoriser le rétablissement physique et psychologique du patient, et donc ce qui est essentiel à mes yeux, son bien-être et sa santé à long terme. En effet, ma conception de la santé correspond à la définition par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé englobant l'aspect psychologique, je considère que, dans les situations de soins d'urgence, chercher à atténuer le stress post-traumatique est un objectif incontournable.

L'infirmière 1 souligne que la mise en place dans les situations d'urgence relève d'une démarche d'équipe, d'où l'intérêt d'initier une dynamique de réflexion au sein du service. Cette remarque met en évidence le rôle de l'équipe et me conduit à penser que l'encadrement doit être convaincu du bien fondé de cette démarche et impliqué.

Malgré ses limites abordées précédemment, ce travail a été très intéressant pour moi. Il m'a conduit à me questionner sur ma future pratique professionnelle et plus particulièrement sur la communication à mettre en œuvre pour servir la relation de soins en cohérence avec mes valeurs soignantes.

Je considère essentiel de réfléchir en amont à ma communication pour lui donner le plus souvent possible des visées thérapeutiques et ainsi améliorer la qualité de mes soins.

Ce travail étant une initiation à la recherche, je n'ai pas eu l'opportunité d'explorer tous les aspects de la communication thérapeutique. Il me semble désormais nécessaire d'acquérir davantage de connaissances sur les outils et leur adaptabilité aux situations d'urgence et d'acquérir de meilleures compétences pour communiquer efficacement dans les situations d'urgence.

Pour cela, je serais intéressée par une formation destinée à enrichir mes connaissances sur ce thème. Je partage l'avis de l'infirmière 1 qui suggère l'intérêt d'une formation permettant aux infirmières de mieux se saisir des outils de communication thérapeutique existant et d'« être meilleures ».

Cette formation pourrait sans doute être réalisée en partie en autodidacte, se basant sur des lectures et des études, par une auto-analyse de ma pratique et une réflexion lors de réunions d'équipe et complétée par une formation plus formelle dans le cadre de la formation continue.

La volonté d'élargir ma réflexion sur la thématique de la communication en situation d'urgence et mon intérêt pour la formation m'amènent à évoluer vers une nouvelle question de recherche :

Comment les infirmier(ère)s peuvent-ils se former pour améliorer leur communication en situation d'urgence ?

V. Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, auquel j'ai porté beaucoup d'intérêt, a été pour moi l'occasion d'étudier la thématique de la communication dans le champ de la profession que j'ai choisie d'exercer.

Ma démarche réflexive est axée sur la recherche de prises en soin de qualité en vue de l'amélioration de la santé globale des patients que j'aurai en charge.

Mon questionnement a porté sur les situations de soins d'urgence. Je me suis intéressée plus particulièrement aux impacts de la communication thérapeutique pouvant être instaurée dans ces situations complexes.

A l'origine de ce questionnement, deux situations de soins observées lors de stages dans des services hospitaliers m'ont interpellée. En premier lieu, j'ai reçu le témoignage très positif d'une future maman qui avait été prise en charge dans une situation de risque vital à laquelle j'avais participé, et qui, en retour, m'a fait part de sa satisfaction en m'indiquant combien elle s'était sentie accompagnée au cours de cette expérience extrêmement difficile. J'ai été surprise car, malgré la frayeur qu'elle venait de vivre, elle envisageait sereinement l'essai d'autres thérapeutiques à l'avenir. J'ai alors fait un lien entre la communication qui avait été instaurée au cours de cette situation de soin et l'absence de traumatisme apparent chez la patiente de retour chez elle avec le sourire.

Il m'a semblé que la communication alors établie entre la patiente et l'équipe médicale avait rempli mes objectifs soignant, soit au-delà de l'éloignement du risque vital, préserver l'état de santé physique et psychique de la patiente sur l'instant et à long terme.

La comparaison avec une seconde situation, au cours de laquelle les soignants n'ont pu mettre en place que des interactions limitées avec le patient, m'a amenée à m'interroger sur la mise en œuvre d'une communication thérapeutique en situation d'urgence, d'où ma question de départ.

Pour étayer mon étude, j'ai eu l'occasion d'approfondir mes connaissances sur les notions théoriques relatives à la relation de soins, à la communication en tant qu'outil de cette relation et à la communication thérapeutique.

En confrontant les théories aux recueils des données issues de la pratique infirmière, j'ai pu confirmer l'importance de la communication thérapeutique dans la relation de soin et ses impacts positifs pour répondre à une volonté de soin centré sur le patient. Ses finalités peuvent être une mise en confiance, une anxiolyse, une diminution de la douleur, une diminution de la sensation de d'inconfort, l'amélioration de l'observance.

Mais surtout, j'ai pris conscience que cette démarche relève d'une intention de l'infirmier(ère). Je considère essentiel de réfléchir en amont pour donner le plus souvent possible à ma communication des visées thérapeutiques et ainsi améliorer la qualité de mes soins.

Cette réflexion me paraît d'autant plus nécessaire que des facteurs défavorables inhérents au contexte de la situation de soins et à l'individualité du patient influent sur sa mise en œuvre.

En situation d'urgence, les infirmières ont soulevé des difficultés quant à l'utilisation de certains outils de communication du fait de la pression temporelle, du manque de ressources humaines et de formation.

A mon sens, si on ne peut pas utiliser tous ses outils, on peut en emprunter certains et les adapter à la situation de soin d'urgence pour donner le plus souvent possible à sa communication une visée thérapeutique. Cela suppose de la part de l'infirmier(ère) des connaissances et des compétences d'adaptation.

A l'issue de ce travail de recherche, je suis reconnaissante d'avoir eu la possibilité de mener cette réflexion. Elle m'a permis de prendre conscience de l'importance d'une préparation pour m'aider à faire face aux situations d'urgence auxquelles je serai inévitablement confrontée dans ma pratique infirmière.

Réfléchir à mon positionnement et à ma communication préalablement, m'aidera également à mieux orienter ma pratique dans d'autres situations de soins.

Pour cela, il me semble judicieux d'entrer dans une démarche de développement de mes connaissances et d'amélioration de mes compétences en analysant ma pratique, en me documentant et en me formant auprès de professionnels qui ont de l'expérience sur ces sujets.

Par ailleurs, je pense que ce mémoire d'initiation à la recherche a rempli l'un de ses objectifs en développant mon intérêt pour la recherche. Après avoir acquis de l'expérience, je souhaiterais pouvoir contribuer à la réalisation d'études qualitatives et quantitatives visant à expérimenter des protocoles innovants pour améliorer les pratiques infirmières et renforcer la qualité de la relation de soin.

Bibliographie

Articles de revues périodiques et de recherche :

Barsky, A. J. (2017). The Iatrogenic Potential of the Physician's Words. *JAMA*, 318(24), 2425.
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.16216>

Bulletin académie nationale de médecine (2006) *Importance de la communication dans la relation soignant-soigné*. 190(9)

Chahraoui, K., Bioy, A., Cras, E., Gilles, F., Laurent, A., Valache, B., & Quenot, J. (2011). Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. *Annales Francaises D' Anesthesie Et De Reanimation*, 30(4), 342-348.
<https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.01.020>

De Vito Woods, M. T. (2014). Réduire l'anxiété du patient en instaurant la confiance. *Soins infirmiers*, p.68-70.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

Galy, M. (2015). Hypnose et communication thérapeutique : des outils pour les soignants. *Objectif soins & management*, 232.

Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. L. (2011). Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 46-60.
<https://doi.org/10.4037/ccn2010728>

Kopp, V. J., & Shafer, A. (2000). Anesthesiologists and Perioperative Communication. *Anesthesiology*, 93(2), 548-555. <https://doi.org/10.1097/00000542-200008000-00035>

Moon, J., & Cho, K. (2001). The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia. *Pubmed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11489026/>

- Laurent, A., Chahraoui, K., & Carli, P. (2007). Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. *Annales médico-psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.06.011>
- Michon, F. (2013). La confiance, un levier de la qualité des soins. *Soins ; la revue de référence infirmière*, 58(779), p. 36-38. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2013.08.003>
- Piquard, L. (2019). Comment les mots aident à soulager les maux... *Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession*.
<https://www.actusoins.com/318822/comment-les-mots-aident-a-soulager-les-maux.html>
- Piveteau, D. (2009). Soigner ou prendre soin ? la place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec*, 57, 19-30. <https://doi.org/10.3917/lae.092.0019>
- Richard, C., & Lussier, M. (Juillet 2020). La communication professionnelle en santé. *Transex, la revue de l'hypnose et de la santé*, 12, p.33-44.
- Sauls, J. L., & Warise, L. (2010). Interventions for Anxiety in the Critically Ill : A Guide for Nurses and Families. *Nursing Clinics of North America*, 45(4), 555-567.
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2010.06.006>
- Session orale IDE 3. (2013b). *Réanimation*, 23(S1), 314-319.
<https://doi.org/10.1007/s13546-013-0807-3>
- Svandra, P. (2013). Le soin est langage. *Soins ; la revue de référence infirmière*, 58(773), p.24-27.
<https://doi.org/10.1016/j.soin.2013.01.006>
- Turner, J., & Hévin, B. (Juillet 2020). Sémantique générale et communication thérapeutique. *Transex, la revue de l'hypnose et de la santé*, 12, 45-55.

Dictionnaires :

Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. (s. d.). <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>

Dictionnaire médical - Définitions médicales à la portée de tous. (s. d.). Dictionnaire médical du Dr Christian Thomsen. <https://www.dictionnaire-medical.fr/>

Paillard, C. (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*.

Livres :

Allin-Pfister, A. (2011). *Situations d'urgence*. Lamarre

Aubert, N. (2018). Les pathologies de l'urgence. Dans : *Le Culte de l'urgence: La société malade du temps*. Paris : Flammarion.

Barbier, É. & Etienne, R. (2016). Chapitre 7. Hypnose conversationnelle ou comment améliorer sa communication lors des soins. Dans : Élisabeth Barbier éd., *Hypnose en soins infirmiers: En 29 notions* (pp. 85-99). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.barbi.2016.01.0085>

Bernard F., Musellec H. (2020), *La communication dans le soin, hypnose médicale et techniques relationnelles*. 2ème édition. Arnett.

Bioy, A., & Servillat, T. (2017). *Construire La Communication Therapeutique Avec L'Hypnose*. Dunod

Chalifour, J. (1990) *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste*. Lamarre.

Gouchet, A. (2021). *La boîte à outils de l'hypnose en anesthésie-réanimation: 59 outils clés en main*. Dunod. <https://doi-org.passerelle.univ-rennes1.fr/10.3917/dunod.gouch.2021.01>

Delbrouck, M. (2008). *Le burn-out du soignant: Le syndrome d'épuisement professionnel*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.delbr.2008.01>

Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers : Un art du singulier*. Elsevier Masson

Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. Elsevier Masson, 23.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Elsevier Masson.

Lagarde-Piron, L. (2016). La confiance dans les soins infirmiers : Une exigence vulnérable. : Richard Delaye éd., La confiance: Relations, organisations, capital humain (pp. 242-256). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.delay.2016.01.0242>

Merkling, J. (2017). Les fondements de la relation de soin : Savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation.

Pellissier, J. (2006). Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société*, 29(118), 37-54. <https://doi.org/10.3917/ges.118.0037>

Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné, Rencontre et accompagnement : Vers l'utilisation thérapeutique de soi*. Chenelière Education.

Sites internet :

Code de la santé publique. (2023). *Articles 4311-1, 4311-2, 4311-3, 4311-14 et décret du 16/2/93* repérés sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats ? (s. d.). <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/articles/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats>

Référentiel de compétences infirmières. <https://portfolio-infirmier.fr>

Rivière, P. (2022, août 16). Réduire les conséquences du stress aux urgences. *Salle de presse de l'Inserm*. <https://presse.inserm.fr/reduire-les-consequences-du-stress-aux-urgences/31573/>

Thèses :

Girault, N. (1989). *Burnout : émergence et stratégies d'adaptation, le cas de la médecine d'urgence*, Université René Descartes.

De Stefano, C. R. (2020, 21 septembre). *Répercussions psychologiques des procédures médicales urgentes sur les familles et sur les intervenants de l'urgence*. <https://theses.hal.science/tel-03874831>

Illustration :

La photo d'illustration première de couverture provient du site internet : *freepik*

Annexe I

Législation

Le décret du 16 février 1993 : régit l'exercice de la profession d'infirmière et fixe les devoirs généraux des infirmières : respect de la dignité, du secret professionnel, de la confidentialité, ainsi que les devoirs envers les patients c'est-à-dire le respect, le principe de non discrimination, ou la continuité des soins. Il a été abrogé par le relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique modifiant certains articles de ce code tout en conservant ces principes.

Le Code de la Santé Publique, dans son premier chapitre, définit les règles qui régissent la profession d'infirmière et précise notamment ses responsabilités dans des situations relevant de l'urgence.

L'article 4311-1 stipule qu'est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu».

Il précise les missions de l'infirmière : celles-ci comportent l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques ainsi que la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

L'article L4311-2 fait référence à la relation avec le patient : les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.

L'article R4311-3 établit les actes relevant du rôle propre de l'infirmière, les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe.

L'article R4311-14 indique qu'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 et qu'en cas d'urgence en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin.

Référentiel de compétences infirmières

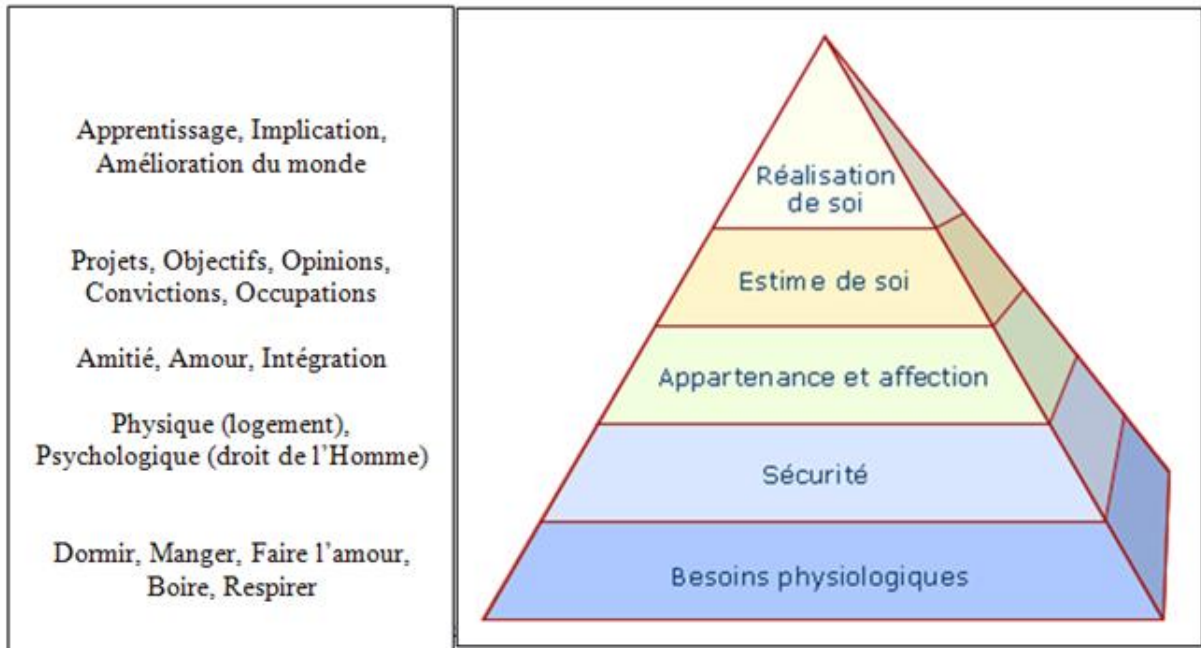
Il énumère les dix compétences requises pour l'exercice de la profession dont plusieurs font référence aux situations d'urgence ou à la relation avec le patient comme :

Compétence 2 : concevoir et conduire un projet de soins infirmier. L'infirmière doit être capable de prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants.

Compétence 6 : communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins. L'infirmière doit être à même de définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne. Elle doit pouvoir aussi accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte, instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication, rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique, identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, conduire une démarche de communication adaptées aux personnes et leur entourage en fonction des situations identifiées.

Annexe II

La pyramide de Maslow :



http://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins_de_Maslow, Public domain, via Wikimedia Commons

Annexe III

Les 14 besoins de Virginia Henderson :

1	Besoin de respirer
2	Besoin de boire et manger
3	Besoin d'éliminer
4	Besoin de se mouvoir et maintenir une bonne posture
5	Besoin de dormir et de se reposer
6	Besoin de se vêtir et de se dévêtir
7	Besoin de maintenir la température corporelle dans les limites normales
8	Besoin d'être propre, soigné et protéger ses téguments
9	Besoin d'éviter les danger
10	Besoin de communiquer
11	Besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs
12	Besoin de s'occuper en vue de se réaliser
13	Besoin de se récréer
14	Besoin d'apprendre

Annexe IV

La règle des 3 O, Erickson :

- Observer l'état psychique du patient
- Observer son langage verbal et paraverbal
- Observer son langage non verbal (respiration, geste).

<https://www.actusoins.com/318822/comment-les-mots-aident-a-soulager-les-maux.html>

Annexe V

Guide d'entretien

OBJECTIFS	QUESTIONS	
	QUESTION INITIALE	QUESTIONS DE RELANCE
	Je vous invite à me présenter votre parcours professionnel	
Représentation de la situation d'urgence	Pour vous, qu'est-ce qu'une urgence ?	Quelles sont les caractéristiques d'une situation d'urgence ?
	Quels soins en urgence avez-vous pratiqués au cours de votre carrière ?	
Contexte émotionnel de la situation d'urgence	Parmi ces expériences, quelles situations vous ont particulièrement marquées ?	Pourquoi vous ont-elles particulièrement marqué ? Qu'avez-vous ressenti durant ces situations ?
		Au cours de votre pratique professionnelle, quelles émotions manifestées par les patients en situations de soin d'urgence avez-vous constaté ? Ont-elles impacté la relation de soin ?
		Avez-vous pu identifier les ressentis des patients à posteriori de la situation d'urgence ?
Conception de la relation de soin et importance donnée à la communication	Selon vous, quelle est l'importance de la communication dans la relation de soin de manière globale ?	En quoi la communication est-elle importante pour la relation de soins ? Qu'apporte-t-elle au patient ? Quels bénéfices en attendez-vous ?
	Qu'en est-il dans le contexte d'urgence ?	Lorsque vous prenez soin d'un patient dans un contexte d'urgence, quelle place accordez-vous au relationnel ? Opposez-vous soins techniques et soins relationnels ?
	Comment établissez-vous la relation avec le patient en situation d'urgence ?	Sur ce thème-là, avez-vous des choses à ajouter ? Vous présentez-vous avant les soins ? Y a-t-il une différence selon le degré de l'urgence ? Qu'est-ce qui rend la communication difficile ?
	Comment adaptez-vous votre communication avec des patients lors de situations d'urgence vitale ? Lors de situations de soins d'urgence relative ?	Privilégiez-vous un type de communication plutôt qu'un autre ? Communication verbale/ non verbale ?
Impact de la communication thérapeutique	Connaissez-vous la communication thérapeutique ? Y avez-vous été formée ?	
	Selon vous, quel est son intérêt ?	Quels sont ses bénéfices pour le patient ? Pour le soignant ?

	Lorsque vous l'avez utilisée, avez-vous pu mesurer l'impact de la communication thérapeutique sur le vécu des patients ? De quelle manière ?	Avez-vous eu des retours sur le vécu des patients après les soins ? après l'hospitalisation ?
Identifier les freins et les ressources mobilisables par l'IDE	Avez-vous déjà utilisé la communication thérapeutique en situation d'urgence ?	Pensez-vous que la communication thérapeutique puisse être établie dans toutes les situations de soins urgents ? Ou existe-t-il des obstacles ?
	Selon vous, quels sont les éléments inhérents aux soignants facilitant la mise en place d'une communication thérapeutique ?	L'expérience ? La formation ? place de la relation d'équipe dans la communication thérapeutique ?
Conclure l'entretien	Voyez-vous autre chose à ajouter en lien avec ma thématique de travail ? Remerciements	

Annexe VI

Premier entretien infirmier :

FW Ma première question est, si tu le veux bien, peux-tu me présenter ton parcours professionnel ?

IDE 1 J'en ai pas un très, très long puisque je suis sortie du diplôme et je suis allée directement dans le service dans lequel je me trouve encore aujourd'hui. Donc j'ai été diplômé en 2018. Je suis donc en réanimation chirurgicale mais qui fait aussi de la salle de réveil adulte, salle de réveil pédiatrique, accueil des polytraumatisés, grandes gardes neurochirurgicales et je fais aussi du réveil gynéco-mater. On brasse quand même un petit peu large et donc des situations d'urgence, il se peut qu'on en croise régulièrement dans notre travail.

FW En fait, oui, ça te fait cinq ans d'exercice quand même, ça compte !

IDE 1 Oui.

FW Pour toi, qu'est-ce que qu'une urgence ?

IDE 1 Une urgence dans mon contexte et dans le contexte des autres je suppose, ce serait une situation qui met le pronostic vital de la personne en jeu de façon immédiate et pour laquelle on va avoir besoin de mettre en place des soins, des soins très rapides et en dehors parfois des protocoles mais qui sont encadrés, il me semble que c'est le 43-11-10 je crois qui nous le permet. En bref, préserver la vie de la personne, c'est l'objectif immédiat.

FW Donc ce qui la caractérise pour toi si je comprends bien, c'est que le pronostic vital soit engagé ?

IDE 1 En termes d'urgence pour nous, en tout cas du point de vue dans lequel je me trouve en réanimation, oui, c'est le pronostic vital immédiat parce que leur pronostic vital étant déjà engagé par la force des choses.

FW Donc il y a vraiment une caractéristique de temps ?

IDE 1 Oui, c'est ça. Il faut vraiment que ce soit immédiat, pas aigu.

FW Quel soin en urgence as-tu pratiqué au cours de ta carrière ?

IDE 1 Bah essentiellement chez nous ça va être des arrêts cardio-respiratoires, c'est ça. Et des états de choc, notamment dans ce qui est de l'accueil des polytraumatisés et des chocs, hémorragiques ou chocs hypovolémiques en général.

FW OK.

IDE 1 C'est les deux choses qui vont qui vont nous arriver le plus souvent et plus rarement des chocs anaphylactiques ou carboniques. Hypovolémiques et hémorragiques c'est vraiment le plus souvent.

FW Ok, donc plutôt ces types-là d'urgence. Dans ces expériences, est-ce qu'il y a une situation qui t'a particulièrement marquée ?

IDE 1 Ah oui, oui, oui, il y en a plusieurs, enfin il y en a beaucoup, mais je me souviens très très bien de la première, du premier arrêt cardiaque en tant que professionnelle diplômée. Ce n'était pas la première fois qu'il y a eu un arrêt cardio-respiratoire qui avait lieu en ma présence, mais c'est la première fois que c'était mon patient. Donc ça m'a un peu marquée. C'est un patient dont on savait qu'il était très très instable et qu'il était probable qu'il ne tienne pas le choc de la journée, mais c'était quand même quelque chose de très marquant parce que c'était le premier, évidemment. Donc est-ce que tu veux que je te raconte la situation ?

FW Tu n'es pas obligé d'entrer dans les détails. D'autant plus que si ça te touche, ce n'est pas toujours facile de se replonger dedans. Ce qui m'intéresse dans le cadre de mon mémoire, c'est qu'est-ce que tu as ressenti dans cette situation ? Qu'est-ce qui fait que tu as choisi de me parler de cette situation ?

IDE 1 C'est marrant, alors ça me touche, parce que c'était la première fois. Donc c'était une émotion que je n'avais jamais ressentie. Et maintenant, c'est quelque chose que j'ai accepté. Au niveau émotionnel maintenant, ça va. Je sais qu'à l'époque, ça a été une grosse dose d'impuissance. C'était un monsieur qui était insuffisant rénal et pour lequel on n'a pas été assez efficace sur l'hémodialyse, sur l'épuration extra rénale et qui s'est donc arrêté à cause de son hyperkaliémie à neuf. Ça aussi, ça m'a beaucoup choqué, on n'avait jamais vu un chiffre pareil. On a réussi à le réanimer mais malheureusement il n'a pas survécu par la suite. C'est vrai qu'à ce moment-là, je me sentais très très très impuissante. J'avais l'impression que malgré tout ce qu'on faisait, que ce soit la réanimation en elle-même ou les soins autour comme la dialyse et tout le reste, on n'arrivait pas, on n'arriverait pas. Mais on a essayé et ça c'était bien et on avait un vrai travail d'équipe et c'est la première fois que j'étais le chef d'orchestre de ce ballet-là, du ballet, de la réanimation et ça m'avait un petit peu submergée, mais après. Je ne sais pas si tu vois ...

FW Oui, donc ça a été en deux temps. Tu sépares un temps dans lequel tu es actrice du soin de ce qu'il se passe après, quand tu ne peux plus rien faire et que tu évoques ce sentiment d'impuissance. Ça veut dire qu'avant d'être dans l'impuissance, on agit et on se concentre là-dessus. Peut-être qu'on se pose moins de questions sur notre ressenti émotionnel parce que c'est l'action qui prime à ce moment-là, en lien avec l'urgence, caractérisée par le sentiment d'immédiateté dont on parlait tout à l'heure.

IDE 1 Oui c'est ça ! C'est à dire que pendant ce temps action, on va dire que de toute façon je n'ai pas l'espace mental pour faire les deux, donc je vais privilégier l'action. Je sais les actions que j'ai à mener pour cette réanimation et ensuite dans un second temps, une fois que l'action est passée, on a cette habitude de service qui est de se réunir pour débriefer et c'est à ce moment-là que du coup, on s'accapare nos émotions, on se reconnecte avec ça. Je ne sais pas si c'est juste une habitude de service ou un besoin qui s'est fait ressentir en général. Mais c'est vrai qu'on fait ça toujours en deux temps. Que ce soit des urgences en réanimation ou l'accueil des traumatisés, c'est pareil. On va faire ce qu'on a à faire dans comme un protocole, un peu en robot. On fait paf paf paf paf, on met en place tout ce qu'il y a à mettre en place. On stabilise la personne. Une fois que la personne n'est plus en état d'urgence vitale immédiate, mais dans un état aigu stabilisé, on va prendre un temps de relargage des émotions, de débriefing avec tous les acteurs et toutes les personnes présentes et c'est à ce moment-là qu'on en arrive à parler des émotions par exemple.

FW Ah ou d'accord, donc ça vient plutôt après. Les émotions qui y ressortent y sont-elles un peu similaires ou est-ce que est ce que ça dépend complètement de la situation ?

IDE 1 C'est souvent la même chose. En général, quelle que soit la situation, quand la réanimation se passe correctement, quand il y a des problèmes, c'est encore autre chose, mais quand la réanimation se passe comme elle devait se passer, on a souvent les mêmes schémas d'émotions c'est-à-dire le stress, la peur, le sentiment d'être impuissant. Et puis parfois, quand on arrive à faire quelque chose, le soulagement et la fierté d'avoir réussi à sauver quelqu'un tous ensemble. Et puis, quand ça ne s'est pas spécialement bien passé, on essaie de trouver des choses qui nous ont empêché d'être meilleur et d'en discuter pour améliorer le travail

d'équipe. En général, c'est qu'on n'arrive pas à se coordonner ou que la communication n'était pas assez bien pour que tout le monde trouve sa place.

FW Oui donc la communication au sein de l'équipe.

IDE 1 Oui, mais aussi avec le patient car ils ne sont pas toujours inconscients au moment où on a besoin de faire des gestes. Et ça fait partie aussi du travail d'équipe. Quand ce sont, par exemple, des patients que l'on accueille au déchoc, des polytraumatisés, on a souvent des personnes qui ont eu un accident de la voie publique par exemple. Au final, on va avoir à les stabiliser parce qu'ils sont potentiellement en hémorragie interne ou que sais-je. Ce sont des gens qui sont souvent conscients. Qui sont complètement perturbés et pour lesquels la communication et d'avoir quelqu'un en face est très très important pour les canaliser et pouvoir faire les soins le mieux possible pour eux et pour nous. Quand le patient est, il est apaisé entre guillemets, si c'est possible d'être apaisé dans ces situations-là, on est beaucoup plus efficace.

FW OK, c'est intéressant. Est-ce que du coup, les émotions que tu peux ressentir, elles impactent ta prise en soin ou plutôt la relation que tu peux avoir avec le patient ?

IDE 1 Bien sûr. Alors on essaie de ne pas se laisser submerger par les émotions pour être le plus pragmatique possible. Mais évidemment, qu'on est impacté par ces émotions-là, que ce soit le stress d'un bon côté puisqu'on a même cette décharge d'adrénaline qui va nous rendre beaucoup plus efficace et beaucoup plus rapide. Mais on peut aussi, au début en particulier, je me souviens que c'était quand même un peu plus intense et donc on peut un peu se laisser un peu submerger par cette émotion là. Ça peut être aussi des projections. On peut voir dans la personne soignée quelqu'un, enfin, ça peut nous projeter dans des situations personnelles aussi. Je pense notamment aux personnes qui sont parents et qui en pédiatrie, ont eu à gérer les situations d'urgence et pour lesquelles c'est beaucoup plus impactant émotionnellement et pour lesquelles parfois c'est trop et elles sont obligées de se détacher et de demander un remplacement parce qu'elles sont submergées par leurs émotions, par exemple. Ça, ça arrive régulièrement. C'est tout à fait possible. Ça peut être le cas pour les personnes âgées, il y a des personnes qui sont beaucoup plus sensibles. Ça impacte beaucoup, malgré ce qu'on peut dire, je pense que ça impacte beaucoup la projection qu'on peut avoir sur les gens. Et pareil, les idées préconçues, pareil. On va t'annoncer un patient psy, tu ne vas pas avoir la même façon de l'aborder. Même en ayant conscience très fortement des bienfaits des biais cognitifs classiques.

FW Mais c'est intéressant ce que tu dis parce que du coup ça veut dire que la communication est elle commence bien avant, presque même avant de se rencontrer en quelque sorte puisqu'on a déjà des idées reçues et des stéréotypes.

IDE 1 Bien sûr, dès l'annonce de l'accueil, on se fait tout de suite un tableau sur la personne.

FW C'est vrai qu'on a souvent les transmissions avant de rencontrer la personne.

IDE 1 Exactement, ça influe forcément, qu'on le veuille ou non, ne serait-ce que la cinétique du drame. Savoir si c'est un piéton qui s'est fait renverser par un motard, un motard qui s'est fait rouler dessus par un camion, quelqu'un qui s'est défenestrée ou auto poignardé, tout ça va influencer sur ce qu'on s'imagine de la personne et la façon dont on va interagir avec elle, obligatoirement.

FW Tu as différencié certaines urgences dans lesquelles on ne pourra pas avoir de discussion avec le patient. Je ne dis pas plus de communication, mais en tout cas de discussion. Dans des situation où l'échange verbal était possible plutôt, est-ce que tu as pu identifier les ressentis des patients a posteriori d'une situation d'urgence ?

IDE 1 Je vais peut-être plutôt effectivement me concentrer sur les cas où j'ai pu échanger avec des patients après. Et c'est souvent le cas, parce qu'une fois qu'ils ont passé la phase aiguë, on les garde parfois à l'unité de soins continue, voire même en soins de suite et réadaptation. Du coup, on les suit parfois très longtemps et on a la chance de discuter avec eux parfois pendant des mois. Malheureusement, ils sont souvent traumatisés par leur expérience, quelle que soit la cause de leur arrivée chez nous. Alors, il y a déjà le traumatisme de l'accident, que ce soit un AVC, qu'ils se soient fait renverser par un véhicule ou qu'ils soient là parce qu'ils ont fait une rixe dans la rue, en général l'accident en lui-même est assez traumatisant. Les séjours en réanimation, c'est extrêmement traumatisant. Ils sortent souvent avec des syndromes de choc post-traumatique pour lesquels ils sont relativement mal suivis ; d'ailleurs, on est très mauvais en psychiatrie en France en général, en réa encore pire. Et c'est difficile, je trouve, de se trouver face à quelqu'un qui explique ces situations là et je ne suis pas formée spécifiquement pour accueillir ce genre de discours, c'est très délicat ! Mais c'est très, très vrai. On n'est, on n'est pas très bons pour, comment on pourrait dire? Pour adoucir le choc. Parce que, comme on en a déjà parlé, on se concentre beaucoup sur le technique, parce qu'on est meilleur, parce qu'on est mieux formé, parce qu'on sait aussi l'enjeu et l'utilité de ces soins là et qu'on passe au second plan tout ce qui est communication et explications, surtout si c'est vraiment, vraiment tendu. Là, vraiment, on va se focaliser dessus et les gens parfois sont trop choqués pour demander quoi que ce soit. Et après, en fait, ils sont d'autant plus traumatisés parce qu'ils ont subi tout ça sans comprendre et c'est une violence supplémentaire, en plus des accidents qui ont subi au départ. Nos soins, même si c'est pour leur sauver la vie, ça reste des violences extrêmement importantes physiques et psychologiques. On leur fait mal., on les secoue, on leur explique rapidement, parce que dans l'urgence, on a le droit de le faire sans prendre le temps de rechercher leur consentement. Et même si c'est légal, c'est vrai que ces choses-là, on a l'occasion d'en reparler après, et ils les portent longtemps. On a la chance, nous, aussi dans ce service d'avoir une psychologue juste pour le service qui a fait ce travail-là depuis quelques mois, de discuter de ça justement avec ces patients. C'est lourd. On a beaucoup, beaucoup de progrès à faire.

FW Donc en fait, tu me parles d'un fonctionnement de service, c'est on est concentré dans ces services là, sur l'urgence vitale et ça nous prend déjà du temps, des ressources, des moyens. Et là-dessus, on a été formés et bien formés et on est bon. C'est très intéressant, voulais-tu ajouter quelque chose ?

IDE 1 J'ajoute juste que c'est pas parce qu'on est pas formé qu'on n'essaie pas. Pour le coup, même dans les situations d'urgence, on essaie. Pour te faire une petite mise en situation, il y a toujours une personne qui s'occupe physiquement du patient et une personne qui est à l'extérieur du box et qui note ce qui se passe. Et la personne qui est avec le patient essaie au maximum d'expliquer au patient ce qu'il se passe. Mais effectivement, on fait ça comme on peut parce qu'on n'est pas formé pour le faire. Mais je sais qu'on essaie avec les moyens du bord, disons, même si ce n'est peut être pas suffisant. Je ne sais pas si on pourrait être meilleurs mais je pense que oui.

FW Selon toi, quelle est l'importance de la communication dans la relation de soin ? J'entends de manière globale, pas forcément quand le pronostic vital est engagé.

IDE 1 Mais si on le fait, on le sait très bien et on essaie de faire. Mais on le fait, comment te dire ? On le fait en même temps que le reste. Mais on n'a pas le même degré de sensibilité que sur le reste des soins, des soins subaigus. On va communiquer, mais on ne va pas avoir une personne dédiée pour ça par exemple. On ne va pas te donner le temps, de tout expliquer vraiment bien. On va être plus superficiels dans nos explications, on va être plus rapides et le fait aussi que la personne soit sous le choc souvent, c'est pas évident car ça demande beaucoup, beaucoup plus de temps pour que la personne, elle, soit vraiment capable d'entendre ce qu'on lui dit parce que c'est des personnes qui arrivent souvent en grande souffrance physique. Et cette communication-là, eh bien elle prend beaucoup plus de temps et en fait, on va essayer de faire en sorte de la soulager au maximum et de pas en rajouter en la noyant dans les paroles. Elle, on va faire et je ne sais pas si ça fonctionne, mais on essaie d'être efficace sur le soin de soulagement de la douleur. Ça fait partie des

choses qui nous importe aussi beaucoup, c'est la douleur car c'est des gens qui sont souvent en grande souffrance. On va privilégier ça et une fois que la douleur est soulagée, là, on va plus prendre le temps de communiquer.

FW La douleur, on peut donc l'identifier comme un frein finalement à la mise en place d'une communication, tout comme l'état clinique finalement. Tu me disais, si j'ai bien compris, est ce qu'on est en état toujours d'avoir une communication de qualité ?

IDE 1 A oui bah ça, on a beaucoup de cas où ce n'est pas possible. Le plus gros exemple, c'est les personnes qui arrivent sédâtées, intubées. Alors on leur parle quand même mais il n'y a pas de feedback.

FW Vous leur parlez quand même ?

IDE 1 Ouais, enfin pour ma part, oui. Je sais pas pour tout le monde, mais oui, en général oui. Parce qu'ils ne sont pas forcément très profondément sédâtés. Ce sont des personnes qui sont parfois réveillables. Ça dépend de l'évaluation neurologique et de la profondeur de la sédation. Mais ce sont des personnes qui sont seulement sédâtés pour la douleur ou des sédations qui sont très légères et éventuellement une possibilité pour qu'ils soient capables de réagir à ce qu'on leur dit. Donc effectivement, on va prendre le temps de leur expliquer ce qu'on fait avant de le faire, pour leur éviter d'être surpris. Il y a aussi des personnes qui vont être neuro lésées, on a des personnes qui viennent avec des AVC, qui ont des aphasies, qui sont très somnolents, tu ne sais pas si ils l'entendent et s'ils t'entendent, est-ce qu'ils te comprennent? Et ce n'est pas parce qu'ils ne peuvent pas te répondre qu'ils ne peuvent pas te comprendre. Il y a beaucoup de grades différents en termes de communication et comme on brasse assez large, on a beaucoup d'options, on va dire ils vont et on va s'adapter. Mais par exemple, pour des personnes qui sont en grande souffrance, on va utiliser des molécules très fortes, je pense par exemple à la kétamine qui fait complètement planer, qui peut, par exemple, créer des hallucinations visuelles, auditives, la morphine qui fait dormir. Tu ne peux pas communiquer de façon optimale avec des personnes qui se croient dans un vaisseau spatial, ça m'est arrivé.

FW Il y a effectivement les effets indésirables des médicaments.

IDE 1 Donc dans tout ça, c'est assez rare qu'on ait une personne qui soit, comment pourrait-on dire, réceptive à 100 %, donc on s'adapte. Mais comme je te disais et comme tu m'en parleras peut-être tout à l'heure, on n'a pas la formation adéquate pour ça. C'est à chacun de nous de faire avec ses capacités, ses compétences, son expérience et sa volonté aussi. Un autre facteur qui joue beaucoup c'est l'expérience dans le sens où quand tu débutes dans ce métier, le stress et la volonté de faire le bien tout en n'ayant pas forcément toutes les compétences que tu acquiers après l'expérience, fait que tu vas te focaliser sur les choses que tu penses les plus importantes. Donc le soin, le soin technique et complètement laisser de côté la communication et après ça, ça va être des *skills* (*mot anglais signifiant compétences*) que tu vas développer au fur et à mesure que tu te sens plus à l'aise dans la technique, je pense.

FW C'est intéressant, tu te questionnes sur le fait qu'une formation pourrait être mise en place pour communiquer en soin d'urgence et sur l'impact de l'expérience. Est-ce qu'il suffit d'être formé sur une technique pour la maîtriser et arriver à la mettre en place, surtout dans une situation comme tu viens de le dire, stressante ?

IDE 1 Non.

FW Effectivement l'expérience et la pratique me semblent importantes.

IDE 1 Les deux, la formation c'est une base, mais ça ne permet pas de maîtriser les choses. C'est juste avoir une connaissance de tes options. C'est la théorie, la mise en pratique après ça se travaille avec l'expérience, ça se développe sur le terrain. C'est comme faire une prise de sang, ce n'est pas parce que tu sais comment il faut faire que tu y arrives. Et bien la communication, à mes yeux, c'est la même chose. Tu as plein de théories, c'est super. Après, les mettre en pratique quand c'est la première fois que tu fais quelque chose, je pense que ça s'acquiert avec le temps, l'expérience et avec un travail d'équipe aussi, de retour d'expérience. Mais on a pas toujours une bonne auto analyse et que les yeux des autres en sont de très bon miroir pour avancer.

FW De manière globale, la communication au sein de la relation soignant soigné entre infirmier/l'infirmière et son patient toi tu la vois comment ? Est ce que ça a une place importante dans la relation de soins ? Qu'est-ce qu'elle va apporter au patient ? Et quels bénéfices tu en attends finalement ?

IDE 1 Je pense que c'est quelque chose d'extrêmement important. C'est la base de la base, de la base de la relation soignant soigné et de la relation de confiance qu'on veut pouvoir développer derrière avec la personne qu'on va prendre en soin. Ça a un effet thérapeutique très important aussi, en plus, dans le sens où la personne qui comprend ce qui lui arrive, qui comprend ce qu'on va faire, pourquoi on le fait et quels sont les avantages qu'elle va en tirer. Le fait qu'elle se sente en confiance avec les personnes qui lui font ces soins là, ça va permettre aussi d'être moins stressé et donc, c'est très trivial, mais ça va permettre de potentialiser les effets de ses thérapeutiques. On sera plus efficace. Cela va aider à réguler les paramètres vitaux. Par exemple, une personne qui est apaisée, elle est beaucoup plus stable sur le plan hémodynamique. Et ça fait partie aussi du bon sens, on ne fait pas des choses sans le dire au concerné. C'est très important pour que eux, après, ils aient l'impression d'avoir une porte ouverte quand ils sentent qu'il y a une dégradation, qu'ils sentent quelque chose d'anormal, qu'ils ont des questions, qu'ils puissent parler aussi de leur expérience, même après. Par exemple, des personnes qui vont te faire part de leur stress post-traumatique c'est les personnes avec qui ça s'est bien passé depuis le départ, qui se sentent en confiance avec les équipes soignantes qui vont pouvoir, qui vont oser communiquer, qui vont oser dire qu'ils ont mal, qui vont oser dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas, qu'ils vont oser dire « Excusez-moi, mais j'ai envie de faire pipi ». Ne serait-ce que ça, quand tu ouvres les portes de la relation. Communiquer c'est poser les bases de la relation derrière avec toi mais avec tous tes collègues. T'es le miroir de ton équipe, donc c'est hyper important.

FW Tu penses que lorsque le soignant arrive à faire créer du lien avec le patient c'est profitable pour toute l'équipe ?

IDE 1 Oui au niveau professionnel, oui, parce que, en fait, t'es le représentant. La première personne que le patient va avoir en face de lui, et les suivantes, ça met en place quelque chose, ça pose la base de la relation de confiance, la relation de soin avec toi en tant que personne mais toi, il ne va pas forcément se souvenir de toi car il est sous le choc, il oubliera ton visage. Il verra que t'es habillé en bleu et que tu fais partie d'une équipe. De toute façon, on change tout le temps. Et ça, ça se travaille aussi sur le long terme après, tu ne t'es pas le seul à être responsable si ça se passe bien ou mal. Je pense que ça pose les fondations. Après comment ça se bâtit à la suite c'est pas de ton ressort mais et les fondations c'est très important. La personne va savoir si quand elle était en détresse la plus absolue, est-ce qu'elle a pu s'accrocher à la branche et ça compte pour la suite.

FW Donc on est à un soutien émotionnel aussi peut-être grâce à cette communication ?

IDE 1 Exactement

FW Oui, on est là-dedans, ce que tu évoquais tout, l'anxiolyse pour le patient, le fait aussi qu'elle puisse faire du bien aussi sur le plan des paramètres vitaux c'est un important bénéfice.

Lorsque tu prends en soins un patient dans un contexte d'urgence, quelle place accordes-tu au relationnel ?

IDE 1 Au moins autant, voire plus, parce que c'est le moment où ils vont avoir, eux, ou elles, encore plus besoin d'un interlocuteur ou interlocutrice parce qu'ils sont dans une telle détresse physique mais émotionnelle aussi beaucoup que c'est le moment où ils vont avoir le plus besoin de quelqu'un de face qui les rassure. C'est pas toujours possible mais qui, en tout cas, leur garantisse qu'ils sont bien pris en soins et qu'on fera le maximum. Ce n'est pas toujours évident à mettre en place, comme je le disais, parce qu'il y a parfois des soins techniques. En tout cas, on parle toujours aux gens et on leur explique toujours qu'en fait.

FW Ok donc pour toi, c'est important d'à minima d'expliquer ce qu'on leur fait.

IDE 1 Et pourquoi !

FW Et pourquoi ! Et tu parlais aussi tout à l'heure du fait d'être en équipe et d'avoir une personne qui est un peu plus extérieure, quel va être son rôle sur cette communication ?

IDE 1 Alors la personne extérieure, nous on l'appelle la petite main. Elle va être le relais entre le microcosme de l'accueil de l'urgence et l'extérieur. Dans le sens où, à l'intérieur, l'infirmier ou l'infirmière qui est auprès du patient, qui va lui faire les soins, qui va le scoper, qui va faire les soins comme les prises de sang et caetera, les médecins qui font les échographies et les analyses, tout ça. Et à l'extérieur, tu as cette petite main qui va faire le relais avec les autres intervenants, donc l'équipe du SAMU ou des pompiers qui a amené la personne, qui va aller chercher le matériel, qui va noter tout ce qui se passe à l'intérieur du box et qui va donc avoir ce recul par rapport à ce qui se passe à l'intérieur. Elle va être un petit peu l'apport principal pour le retour d'expérience, pour la petite réunion qu'on va faire à la suite, ça sera la personne qui aura plus eu une vue globale sur ce qui s'est passé que ce qui s'est bien passé, ce qui s'est moins bien passé, les axes d'amélioration et qui va être un bon miroir par rapport à ceux qui sont dedans.

FW Ah oui d'accord, vous êtes tous très organisés finalement dans une chambre.

IDE 1 Oui, on a beaucoup, même dans les chambres, que ce soit à l'accueil polytraumatisé ou même dans les chambres. Il y a toujours une personne qui se met dans un coin et qui va noter les choses au tableau. Par exemple, pour les arrêts cardio respi c'est ce qu'il y a de plus fréquent dans les chambres. Elle se met dans un coin avec un feutre, et qui écrit sur le tableau l'heure de l'arrêt, l'heure de l'adré et qui regarde tout le monde et canalise tout ce qu'il se passe. Il y a une personne qui va se mettre sur ce qui est pharmacie, préparer des médicaments, des gens qui vont se relayer, deux ou trois personnes qui vont travailler au niveau du patient pour faire la manœuvre de massage cardiaque s'il y en a besoin. Ou sinon il y aura une personne qui sera plus près du patient, pour lui expliquer les choses s'il est conscient et lui administre les premiers soins, les constantes et ces choses là. Mais oui, on en a un ce ballet-là qui est très, très méthodique, qui est un peu bordélique, quand tu ne l'as jamais fait. Mais une fois que tu as compris le rôle de chacun dans ce ballet-là, c'est très fluide. Donc effectivement. Et cette communication qui se met en place. Mais comme on est nombreux parfois, c'est là que ça coince. C'est souvent ça qui pose souci. C'est la communication entre soignants, mais aussi, parfois avec la personne soignée.

Du coup, ça a un gros impact sur la façon dont tu vas parler aux patients que tu vas lui crier pour passer au dessus du brouhaha, la communication, l'échange, il ne sera pas de la même qualité que si ça se passe très bien et que tout est fluide et qu'il n'y a pas besoin de se crier dessus. La cohésion d'équipe, la communication de l'équipe, elle a un gros impact sur la façon dont tu vas communiquer avec ton patient dans les situations d'urgence.

FW Quand tu prends soin de quelqu'un en situation d'urgence, comment tu établis ta relation avec lui ?

IDE 1 Quand c'est moi qui prends la personne en charge, déjà la première chose que je fais, j'ai déjà une information sur son état de conscience. En général, je sais si la personne est consciente ou pas. À l'arrivée, je vais me présenter, je vais dire bonjour, je vais me présenter, je vais me mettre en face de la personne pour qu'il essaie de me voir. Généralement, ce sont des personnes qui arrivent avec des minerves rigides, il ne peuvent rien faire, ils sont complètement immobilisés. Ce n'est vraiment pas rigolo pour eux. J'essaie de me mettre devant eux pour qu'ils me voient au moins qu'ils sachent à qui ils parlent. Et globalement, je suis juste au-dessus de leur tête. Une fois qu'ils sont dans le box, je suis derrière la tête du brancard. Je suis à l'envers, mais au moins ils me voient, donc je leur dis les choses. Je m'explique le maximum de ce qui se passe et l'avantage, c'est comme je suis très près de leur tête, je peux leur parler près de l'oreille sans leur hurler dessus. Je leur explique tout ça. J'écoute s'ils ont des questions, j'essaie de leur poser un maximum de questions. J'essaie d'interagir le plus possible, qu'il n'y ait pas trop de temps de silence pour qu'ils n'aient pas le temps de se rendre compte de ce qu'il se passe autour. Quand il y a des personnes qui parlent, par exemple des médecins qui vont utiliser des termes techniques qui peuvent être un peu effrayants, on essaye d'expliquer ce qui se passe, pourquoi, on regarde si, on fait ça parce que ça, après on fini, on vous installe, après on ira au scanner et ensuite vous pourrez aller dans un lit et vous reposer, je vous tiens au courant, et caetera. Et dès qu'il y a des nouvelles informations, je leur explique. Ce n'est pas toujours évident, mais au moins le strict minimum, c'est d'annoncer ce qu'on fait et d'expliquer très sommairement, mais au moins d'expliquer un petit peu pourquoi on le fait. Alors parfois, ils sont complètement sous le choc et ils comprennent 6 mots sur 28. Mais le fait d'entendre la voix de quelqu'un, et de connaître mon prénom. Et savoir que je suis là et je leur tiens la main, j'ai l'impression que c'est moins pire. Un peu. Et on va garder cette même personne jusqu'à ce que la phase d'urgence vitale soit terminée. On essaye d'avoir une personne vraiment référente qui sera l'interlocuteur privilégié du patient.

FW Tu n'as pas la crainte de majorer son stress ? Parfois de dire à quelqu'un dans quel état il se trouve peut être difficile à recevoir.

IDE 1 Je filtre pour être honnête. Parce que déjà quand ils arrivent, on ne sait pas qu'ils ont. C'est très difficile de leur dire des trucs qu'on ne sait pas. Ce que je dis c'est qu'on fait les choses pour savoir. Je ne peux pas leur dire ce qu'ils ont exactement. On va au scanner pour savoir où on en est justement mais je vais leur expliquer quand même... est-ce qu'ils se rappellent ? Je pars déjà de ce dont ils se rappellent et de leur question. Parce qu'au bout d'un moment, il y a un moment où il souvent, ils redescendent un tout petit peu du pic d'adrénaline et c'est à ce moment-là qu'ils vont poser 1 million de questions. Et à ce moment-là, à ce moment-là, c'est important de leur apporter les réponses autant que possible pour éviter qu'ils soient dans une espèce de boucle de stress. Parce que l'inconnu, majoration du stress, majoration de la douleur. Essayer d'être le plus efficace sur leur antalgie. Et aussi sur ce stress en répondant aux questions et on va lui expliquer où est ce qu'il va aller. En fait, c'est de faire une espèce de petit programme pour savoir où ils vont, savoir globalement ce qui les attend. Et de toute façon les annonces de diagnostics c'est les médecins qui les font. Donc je ne m'aventure pas sur ce terrain là. Donc je filtre pour être le plus simple et le plus facile à comprendre. Sans être trop stressante, je ne fais pas semblant que tout va bien parce que ce n'est pas vrai. Mais j'essaie de me tenir au plus simple, au plus simpliste parfois pour être sûr d'être entendue et de rester disponible.

FW Est-ce que tu choisis plutôt un type de communication plutôt qu'un autre ?

IDE 1 Alors je ne connais pas les types de communication. Pour être honnête, je fais comme je peux. Je n'ai pas de formation spécifique. Mais j'essaie d'adapter en tout cas mon discours au feedback du patient. Si le patient me dit qu'il sont très beaux les plafonniers dans le vaisseau spatial, je vais essayer d'être encore plus simple et de m'adapter aux questions et au discours de la personne. Mais selon le feedback, si la personne est tout à fait présente et en capacité de comprendre je vais utiliser un autre vocabulaire ou être un peu plus détaillée dans mes explications qu'avec quelqu'un qui subit les effets indésirables des médicaments qu'il a

reçus. Ou des gens qui sont tout à fait obnubilés, c'est souvent le cas. En état de choc tu peux être obnubilé. Donc tu t'en tiens au minimum car de toute façon ils entendent mais n'enregistrent pas, donc ça n'a pas d'intérêt, ni pour eux ni pour moi de dire beaucoup de choses. De donner beaucoup de détails. De rechercher un consentement qui n'arrivera probablement jamais. Ce que je fais je l'annonce mais je ne vais pas détailler.

FW OK merci. Alors... Est-ce que tu connais, toi, la communication thérapeutique ?

IDE 1 Pas du tout.

FW Peut être que tu connais des outils de la communication thérapeutique, comme l'hypnose par exemple, ou même le toucher ou le fait que d'utiliser un langage plutôt bienveillant, en évitant parfois d'utiliser certains mots. Typiquement, ça va être les mots interdits comme piquer, je n'étais pas bien entendu.

IDE 1 Oui, tous les mots négatifs, tous les mots qui font peur et tous les mots qui font mal avant d'avoir mal.

FW C'est vraiment, ça l'idée. Encourager la bienveillance, l'empathie, favoriser le vécu positif du patient. On peut le voir un peu comme une boîte à outils ou dans lequel on utilise des outils qui sont propres à la communication, comme la reformulation, la suggestion, ce type de choses. Donc ça suit, comme dans la communication, un émetteur, un récepteur. Mais on englobe aussi du non verbal, le toucher, même les attitudes, notre posture. Donc, en fait, l'idée, c'est d'avoir une communication qui va avoir des vertus anxiolytiques et antalgiques. Donc on y porte une attention.

Certaines personnes évoquent différents paliers avec un premier palier qui serait la communication, deux, la communication thérapeutique et derrière l'hypnose conversationnelle, voire l'hypnose formelle ensuite. Est-ce qu'est ce que j'ai réussi à te donner un peu une idée de ce que c'est que la communication thérapeutique ?

IDE 1 Oui, oui, maintenant que tu m'expliques la boîte à outils comme tu dis. Certains outils de cette boîte-là, on les utilise assez régulièrement. On a des outils et plutôt du côté anesthésie pour le coup parce que c'est un apport qu'on va avoir depuis la salle de réveil parce qu'on a ce contact avec des anesthésistes qui, eux, sont formés là-dessus pour le coup. La gestion de la douleur et la communication. Et eux, ils nous montrent régulièrement des techniques, que ce soit l'hypnose. On a aussi des lunettes de réalité virtuelle, ce genre de choses, on a quand même des trucs qui sont mis en place. Mais c'est vrai que ce sont surtout les anesthésistes qui vont les utiliser. Nous, on n'est pas formés spécifiquement dessus, mais on peut piocher dans ce qu'on voit et ce qu'on entend pour s'aider de notre côté pour ce qui est hypnose. Pour le toucher, je pense que ce n'est pas forcément quelque chose qui parle beaucoup.

FW Ah oui ?

IDE 1 Oui parce qu'on a des patients qui sont vraiment hyper algiques, donc le toucher, c'est toujours à double tranchant. Tu ne sais jamais si tu vas leur être bénéfique ou si tu vas juste appuyer à un endroit où ils ont déjà mal. Donc c'est un outil que j'utiliserais comme ça dans la phase d'urgence, à part, tenir une main et essayer de donner un ancrage physique à la personne, c'est à peu près tout ce que je pourrais me permettre. Et aussi parce que j'ai besoin de mon corps pour faire ce que j'ai à faire. Je peux utiliser ma voix et mes mains en même temps, mais je ne peux pas utiliser mes mains deux fois sur deux choses différentes. Donc c'est vrai que c'est un peu délicat.

Pour ce qui est de la communication positive, le fait d'utiliser un vocabulaire, de préférer un vocabulaire positif, éviter les négations, utiliser des mots adaptés et réfléchis, oui ça j'essaie. J'ai déjà entendu ce discours là, il me semble qu'on avait eu des cours là-dessus, à l'école, ça date peut être un peu maintenant. Mais c'est vrai qu'il y a un impact. Il y a un clair impact des mots interdits, comme tu dis, sur l'appréhension des gens quand ils sont en mesure d'entendre ce qu'on a leur dire effectivement, c'est moins violent d'utiliser des mots

positifs. Au lieu de « ne bougez pas, je vous fais juste une petite prise de sang ». La minimisation de la souffrance, tout ça, ce sont des choses que j'essaie d'éviter, mais ce sont des réflexes qu'on a presque par habitude et que j'essaie d'éviter. Ce n'est pas toujours évident. Je parle à titre personnel parce que c'est pas du tout quelque chose qui fait partie de la formation dans le service ou de l'équipe, pas encore en tout cas. Ce serait bien qu'on le mette en place ailleurs. Mais à titre personnel j'essaie. Je ne connais pas trop l'impact. J'ai du mal à évaluer l'impact de tout ça. Mais tu vois quand même que la personne a moins d'appréhensions, surtout en postopératoire, quand ils sont complètement groggy, parce qu'ils se réveillent à peine. D'utiliser du positif pour les rassurer, je trouve qu'ils se réveillent mieux. Peut-être je projette ce que j'ai envie de voir aussi, mais j'ai ressenti ça. J'essaie aussi dans les situations d'urgence, sans minimiser. C'est difficile de trouver cet équilibre aussi entre minimiser le danger du réel et utiliser du positif et du bienveillant. C'est un équilibre que je galère un peu à trouver. Autant pour le post-opératoire, comme ça y est, c'est réglé, ça va mieux, c'est facile, tu peux positiver. Autant quand les gens sont en train de se vider de leur sang, c'est tout de suite un peu plus délicat de leur dire « ça va aller, vous êtes entre de bonnes mains », alors qu'il est potentiellement en train de mourir. Donc j'ai connaissance de certaines méthodes de communication thérapeutique mais on est ni formés ni bons à les mettre en place.

FW Donc c'est une première limite, le fait de ne pas avoir de formation ?

IDE 1 Oui

FW Donc la nécessité d'une formation et même tu as parlé d'expérience pour mettre en place ce type de communication. Après, tu as évoqué aussi d'autres limites puisque tu me disais que pour le toucher, il faut que la personne soit d'accord, mais tu disais aussi qu'elle peut être algique.

IDE 1 Oui

FW Après, c'est vrai que pour les mots positifs, tu dis que ça tu t'y intéresse et que tu essayes déjà de le mettre en place sans formation. Peut être effectivement que ça pourrait aider d'avoir une formation, pourquoi pas adaptée à l'urgence ?

IDE 1 C'est à moi d'en faire la demande. Je pense qu'il y a des DU ou des formations qui se font sur un groupe hospitalier et pour lesquelles je n'ai pas fait la démarche. Mais en termes de service en tout cas, on a des journées de formation et de temps et il n'y a jamais ce genre de thème.

FW Qu'est ce qui, selon toi, faciliterait la mise en place d'une communication thérapeutique ?

IDE 1 Dans le service, je pense que si on pouvait mettre en place un thème. On fait des journées de formation paramédicales, par exemple, deux ou trois fois par an, pour toutes les équipes où on va revoir les grands thèmes, certains grands thèmes, ça dépend du moment, mais des choses qui sont importantes à connaître dans le service pour les nouveaux, les nouvelles et puis même rafraîchir la mémoire de ceux qui sont là depuis plus longtemps. Ça peut être le traumatisme crânien, l'équilibre glycémique, les paramètres respiratoires des choses comme ça. Et je pense que si on pouvait avoir une item sur la communication, lancer le débat, mettre le sujet sur la table, je pense que ça permettrait au moins d'en avoir conscience à un moment donné. C'est marrant comme en tant que personne qui parle, on a l'impression de maîtriser cet outil là et en fait c'est hyper riche par rapport à ce que nous on en fait. Et sur nos services, on pourrait l'utiliser de façon beaucoup plus efficace et c'est dommage de ne pas en faire un outil du quotidien. Moi je pense que si on avait ces formations-là, ne serait-ce que des bases, juste les bases, une heure ou deux de parler de ça, de mettre le sujet sur le tapis, de lancer le processus, peut-être dans la tête des gens. Ça permettrait au moins d'améliorer un tout petit peu. Et puis après, ceux et celles qui veulent regarder les formations, se former et

éventuellement à la communication thérapeutique, à l'hypnose, je crois qu'il y a des formations dessus spécifiques. Je pense que c'est déjà pas mal d'en parler.

FW Oui, c'est intéressant. Et puis ça permet de mettre en place une relation d'équipe qui favorise la prise en charge bienveillante et efficace du patient.

FW Je rebondis un peu sur l'équipe, même si finalement ce n'est pas sur le même plan. Est-ce que tu penses que la communication thérapeutique serait plus facile à mettre en place en équipe ? Peut-être avec une personne qui serait détachée à la communication si vous aviez l'effectif suffisant.

IDE 1 Ce serait intéressant parce que ça fait partie des thérapeutiques les plus efficaces mais en termes de mise en place c'est compliqué. De façon très triviale parce qu'il n'y a pas physiquement de place dans la chambre. C'est difficile de faire une place physique pour cette personne-là car il y a 25 gens qui tournent autour du patient. Et il faudrait vraiment faire un gros travail pour trouver la meilleure place à cette personne là. Et ça, ce serait un gros bouleversement sur le ballet déjà très bien orchestré dont je parlais tout à l'heure, ce grand ballet d'équipe. Je pense que ce serait très difficile au début mais pas impossible bien sûr. Il faudrait avoir une autre personne. Et donc j'en viens à une autre limite, c'est d'avoir assez de personnes formées. On a quand même beaucoup de lit, on a beaucoup de service au sein de notre service et il faut que cette personne soit là au bon moment. C'est déjà un peu compliqué au niveau effectif comme partout. Disons qu'on a réussi à trouver un modus operandi efficace et qui ne soit pas délétère pour les autres, et bien, ça fait beaucoup d'étoiles à aligner. Ou alors il faudrait que tout le monde ou quasi tout le monde soit bien formé et qu'il y ait une personne qui se détache, qui dise «moi je suis à la com», et là oui effectivement. Comme on fait « je me mets aux seringues » « je me mets au massage », « je me mets à ci ... », « moi je fais la petite main », chacun trouve son rôle. Il faudrait pour que chacun soit formé et qu'il y en ait un qui dise « moi je fais la com ». Et là oui ça fonctionnerait, c'est très possible. Pas à tous les coups parce qu'on est jamais forcément bons à 100 %, mais ce serait une possibilité, effectivement. Mais donc ça veut dire qu'il faut engager le processus, qu'il faut former tout le monde : infirmiers, aides soignants, médecins parce qu'on est tous dans le même bateau.

FW Et bien, merci beaucoup. Ça fait déjà une heure que nous échangeons, il faut que je pense à te libérer. Est-ce que tu as envie d'ajouter des choses en lien avec ma thématique de travail donc la communication thérapeutique en situation d'urgence ?

IDE 1 Non, non, j'ai déjà l'impression de m'être éparpillée.

FW Non je te rassure, tu as simplement devancé mes questions. C'était intéressant. Je suis contente d'avoir eu ton point de vue.

IDE 1 C'est cool, merci à toi, c'est bien, cela me fait me poser des questions que je ne suis pas prête de me poser toute seule mais c'est hyper intéressant. On fait pas mal de groupes de travail et ce serait intéressant d'y poser la question.

FW J'en suis ravie ! Je te remercie de m'avoir accordé du temps pour cet entretien.

Deuxième entretien infirmier :

FW Donc pour te situer un peu le cadre de mon mémoire, je travaille sur une utilisation de la communication thérapeutique dans des soins d'urgence et je me pose la question de l'impact sur la relation de soin. Et donc je vais commencer par te demander si tu souhaites présenter ton parcours professionnel ?

IDE 2 Oui, je suis diplômée depuis 91. J'ai commencé mon travail *dans un autre hôpital* où là, j'ai fait pratiquement tous les services, au niveau du pool de remplacements puis j'ai terminé en chirurgie, chirurgie viscérale et puis orthopédique. Et puis, ensuite je suis arrivée *dans celui-ci en 99*. J'ai fait deux ans de remplacements également de pool. Donc là, c'est pareil. J'ai travaillé en gynéco ortho, long séjour, moyen séjour tout ça et de la rhumatologie.

FW Donc un parcours bien riche. 30 ans d'expérience dans le métier.

IDE 2 Euh, oui, oui, c'est ça.

FW J'imagine qu'en trente ans de métier tu as pu être confrontée à des situations d'urgence ?

IDE 2 Oui, oui.

FW Alors pour toi, qu'est ce que c'est qu'une urgence ?

IDE 2 Eh bien, c'est une situation où on doit réagir rapidement, chez une personne qui est en détresse et où le pronostic vital est engagé et où tous les actes doivent être rapides, précis et réussis afin que l'on arrive à sortir de cette situation d'urgence et d'avoir des résultats positifs et de pouvoir mettre la personne en sécurité et faire ce qu'il faut pour que la personne ne soit plus en situation d'urgence.

FW Quel soin en urgence, as-tu pratiqué au cours de ta carrière ? Peut-être une expérience qui t'a particulièrement marquée ?

IDE 2 Oui, lorsque j'étais en chirurgie, nous n'avions pas forcément de médecin dans le service. Nous avions un chirurgien et un anesthésiste, mais qui passaient le matin et l'après-midi. Et en fait, j'ai été confronté deux fois à des arrêts cardiaques et puis un anévrisme de l'aorte. Donc là oui tu dois gérer rapidement. Et puis on avait également, on recevait quelques fois. Oui, toutes les semaines, on recevait aussi des enfants pour les amygdales, les amygdalectomies, les végétations. Donc c'est arrivé aussi qu'il y avait des saignements importants.

FW Est ce que tu es capable de me dire en quoi ça a particulièrement marqué à ce moment-là ? Qu'est ce que tu as ressenti à ce moment-là pendant ces situations ?

IDE 2 Alors, une grosse poussée d'adrénaline. Ensuite, ça va très vite dans la tête. En fait, tu essayes de faire les premiers gestes d'urgence, si ta collègue est dans les parages, on appelle l'anesthésiste, mais l'anesthésiste n'était pas toujours disponible parce qu'il était quelquefois parti avec le SAMU où il était encore en intervention au bloc. Donc dans ces cas là, tu, tu fais au mieux. Quelques fois on contactait l'infirmière anesthésiste et nous, ce qu'on faisait, j'étais souvent avec l'aide soignante et puis peut être quelques fois, une collègue infirmière, ça pouvait arriver. Et là, on faisait les premiers gestes d'urgence, c'est-à-dire qu'on faisait tout ce qui avait à faire. Par exemple l'arrêt cardiaque et le massage cardiaque.

FW Tu étais dans l'action ?

IDE 2 Oui on était dans l'action, voilà.

FW Est-ce qu'en parallèle de cette action, tu éprouves des émotions ? Par exemple, dans la situation, tu me parles d'adrénaline, donc peut-être du stress ?

IDE 2 Ah oui, oui, il y avait du stress, c'est sûr.

FW Et tu dis que tu mets de côté pour agir, parce que tu es dans l'action ?

IDE 2 Oui, forcément. Je pense tout de suite à sauver le patient et je fais très vite le point et je me dis que je suis un peu seule quand même. Donc il y a ce côté là un peu de solitude quand même, de savoir que je n'ai pas de médecin dans le service et que je vais devoir d'abord gérer les premières choses. Donc une situation inconfortable. Oui c'est ça.

FW J'allais rebondir justement sur le fait que tu avais dit qu'il n'y avait pas de médecin. Est ce que le fait de manquer de médecins ajoute du stress ?

IDE 2 Oui, oui, parce que j'ai vu la différence en venant ici, on a déjà des internes qu'on n'avait pas dans mon ancien hôpital. Et puis, alors, je n'ai jamais fait de service de chirurgie mais je pense que l'anesthésiste est plus facilement joignable, il est dans les parages. On a du personnel vraiment compétent pour pouvoir réagir rapidement. Et nous seconder. Ah oui, je me rappelle une situation dans laquelle on avait également eu un arrêt cardiaque. Et là, c'était le soir, j'étais avec une, heureusement, encore à l'époque, on était deux infirmières le soir et il y avait deux aides soignantes. Et donc on a dû gérer toutes les deux avec une aide soignante la situation, donc le fait d'être déjà à deux, nous étions à deux. Déjà, c'était réconfortant et il y avait de l'entraide. Et ça, c'était vraiment un plus, c'est un plus. Oui.

FW Oui, parce que ça peut arriver aussi ici. Qu'un patient réagisse mal à un traitement par exemple.

IDE 2 Oui

FW Ça peut être considéré comme une situation d'urgence ?

IDE 2 Ah tout à fait. Oui, ici, on a beaucoup de gens ici qui font une réaction allergique importante dues à des des sur activation d'une série de globules blancs. Et suite à ça, ces gens là, en fait, ne supportent aucun traitement et ils viennent ici pour justement tester un traitement allergique. Donc forcément, ils peuvent également faire une allergie sur ce traitement-là. Donc là, on est un peu comme le lait sur le feu. On a le chariot d'urgence qui sort souvent. Et puis on prépare le patient, on lui explique le déroulé du traitement. Ce qui va se passer, ce qu'on fait. Et voilà... s'il y a la moindre réaction. Déjà, les réactions d'allergie il les connaît, il ne faut pas qu'il hésite à nous appeler donc. Mais le fait est que là, on a des médecins qui sont là et qui sont également au courant.

FW OK. Au cours de ta pratique professionnelle, quelles émotions as-tu pu repérer chez les patients pendant ou même après la situation ?

IDE 2 Oui, alors pendant, dès qu'ils sentent des réactions, alors c'est souvent des réactions allergiques ici. Sinon, quand je te parlerai des infarctus, forcément les gens étaient inconscients. Donc déjà il n'y avait pas ces émotions là. Mais si, quand il y a des réactions allergiques, on a cette situation d'angoisse, on le ressent

bien. Une angoisse, la respiration rapide, voilà, ce sentiment de vouloir qu'on réagisse rapidement et qu'on ne les lâche pas. Oui, oui, c'est cette présence dont ils ont toujours besoin. Et oui, on sent bien l'angoisse parce qu'ils sont polypnéiques et ils sont un peu nerveux, ils ont des gestes nerveux et on sent, on ressent de la panique chez eux.

FW Oui, Et ce besoin de présence dont tu parlais, oui c'est intéressant.

IDE 2 Oui, oui, oui.

FW Et à posteriori, quand on a réussi à gérer ça ?

IDE 2 Oui à gérer ça. Et bien, voilà, c'est souvent des gens qui sont abattus, parce que l'allergie fatigue, ils sont abattus, ils sont, ils sont plutôt apathiques. Ils nous disent qu'ils ont eu très très peur, ils pensaient, voilà, ils ne savaient pas comment ça allait se terminer. Quelle issue, quelle tournure ça allait prendre.

FW Quand on peut debriefer avec le patient, on a plus des retours qui disent « c'était extrêmement angoissant » qui confirment ce que tu avais ressenti en le voyant pendant le soin. Plutôt que du type « je ne me suis pas rendu compte de ce qui se passait, j'étais ailleurs ».

IDE 2 Le patient est lucide. Il décrit très bien ces symptômes et ses émotions. Et il arrive à vraiment bien les verbaliser.

FW Alors selon toi, de manière globale, dans la relation de soins, quelle est l'importance de la communication ?

IDE 2 Primordiale, elle est primordiale. Ça fait partie du soin et parce que déjà ça rassure. Je trouve que c'est normal quand on va chez un patient il suffit qu'on lui fasse une prise de sang, qu'on lui explique les choses. Quand on lui pose un traitement, qu'on lui met un traitement, on va lui expliquer quel est le traitement, l'indication, combien de temps ça va durer. Je trouve que c'est ça fait partie du soin. Moi, je ne me vois pas faire un soin sans parler au patient, c'est pas possible. Et puis bon, ça met un climat de confiance aussi. On le sent après, le patient est beaucoup plus détendu, beaucoup plus ouvert. Le soin se passe mieux souvent. Nous, on peut lui demander s'il y a un bras qui est plus facile que l'autre, s'il a des angoisses par rapport aux prises de sang. Voilà, il y a une préparation qui se fait. Et il y a aussi une question verbale non verbale aussi, parce que ça se ressent, on sent bien quand la personne n'est pas détendue, donc là, on ouvre la porte, on lui demande : « vous avez l'air de ne pas tellement aimé ça » ou « vous appréhendez, j'ai l'impression, le geste? » et là ça ouvre.

FW Donc tu notes des bénéfices pour le patient et pour toi. Pour faciliter ton soin finalement ?

IDE 2 Tout à fait. Oui, c'est ça. Oui, oui, c'est sûr que oui, moi aussi j'en trouve également du bénéfice parce que ça m'apprend à le connaître. Moi, ça me rassure aussi parce que ça, c'est aussi une parole que je vais lui dire : « On va faire en sorte que tout se passe bien. Est ce que vous voulez que je vous dise quand je vais faire le geste? »

FW Oui donc tu enquêtes aussi pour s'adapter à ton patient.

IDE 2 Voilà. Oui, c'est ça.

FW En fait, ce que tu me dis, c'est que c'est quand même toujours en tête de viser une certaine anxiolyse ?

IDE 2 Oui, c'est ça. Oui c'est ça parce ce que je me mets à sa place en fait. Oui, j'imagine quelqu'un qui, nous on connaît le milieu, mais quelqu'un qui ne connaît pas le milieu. Nous on connaît les termes médicaux, on connaît tout ce qui tourne autour du soin et de la pathologie qu'il a donc ça paraît logique pour nous.

FW Tout à fait. Je suis bien d'accord. Qu'en est-il dans le contexte de l'urgence ? Quelle place tu accordes à la communication dans le contexte de l'urgence ?

IDE 2 Alors je ne vais pas lui dire que tout va bien, tout va bien se passer. Je vais voir. Là, je vais mesurer mes propos, je vais dire, je vais plutôt le questionner. Je vais dire : « Qu'est ce que vous ressentez là? » « J'ai du mal à respirer ou j'ai l'impression que quelque chose dans la gorge » « D'accord, ne vous inquiétez pas, on va arrêter le traitement et je vais, on va sans doute mettre des antihistaminiques, je préviens le médecin et on fait le nécessaire rapidement. » Voilà.

FW Oui, tu donnes les étapes de ce qu'on va faire.

IDE 2 Oui c'est ça.

FW Tu adaptes quand même ta communication mais tu restes informative.

IDE 2 Oui, oui, c'est ça. Je reste informative et je vais le rassurer pour lui dire qu'on va faire le nécessaire pour que sa réaction et ses symptômes qui sont désagréables s'arrêtent. Mais après je vais, je vais assez vite passer à l'acte.

FW Oui, selon toi il y a une opposition entre le soin technique et relationnel qui se fait à ce moment-là ?

IDE 2 Oui.

FW Dûe à l'urgence vitale ?

IDE 2 C'est ça !

FW Et qu'est ce que est ce que tu as plutôt le sentiment que ça passe au second plan l'aspect relationnel pendant une urgence ?

IDE 2 Peut être. Oui, peut-être. C'est pas très bien. Peut être que je devrais plus rassurer le patient, mais en même temps, il y a l'urgence, donc quelquefois les secondes sont comptées donc je ne peux pas trop me permettre d'être là en train de le rassurer. Il y a ce côté là qui n'est pas possible.

FW Qu'est ce qui rend la communication difficile à ce moment-là ?

IDE 2 Le caractère d'urgence. Le fait de devoir agir rapidement. C'est ça. Donc manque de temps. En fait, c'est ce temps qu'on n'a pas. Après, l'idéal, ce serait que je sois avec quelqu'un, avec une aide soignante ou une étudiante, avec une autre personne qui, elle, aurait ce rôle à jouer. Mais bon, ça peut arriver. C'est déjà arrivé. Avant, on avait souvent l'aide soignante ou une autre collègue pendant que nous, on préparait les antihistaminiques. La personne restait près du patient. Ça, ça, ça arrivait pour voilà, le temps qu'on prenne de la tension, pour le calmer. On lui dit : « Ne vous inquiétez pas, on va faire le traitement antihistaminique et vous allez voir ça. vraiment vous soulager ».

FW Donc là il y a un intérêt de pouvoir travailler en équipe pour pouvoir presque détacher une personne à l'aspect relationnel.

IDE 2 Côté relationnel, oui.

FW Est-ce que tu privilégies un type de communication plutôt qu'un autre pendant l'urgence ?

IDE 2 Alors ça va plutôt être verbal, c'est sûr, ça va être verbal. Et puis le toucher aussi, je pense. Et puis moi, je vais faire en sorte de ne pas montrer trop mon stress non plus, d'être calme, de pouvoir maîtriser la situation et d'être rassurante au niveau de la voix, au niveau de la tonalité, du rythme. Si je le vois, dyspnéique par exemple, je vais essayer de diminuer le rythme de mon discours.

FW Donc tu portes une attention particulière à la manière dont tu t'exprimes verbalement.

IDE 2 Oui.

FW Et en plus oui, tu utilises le toucher ?

IDE 2 Ce que je vais faire, alors si je prends la tension, je vais avoir des gestes doux, tout ça, même s'il faut faire les gestes rapidement. Je vais mettre ma main sur son bras. Je vais lui dire «ne vous inquiétez pas, on va gérer la situation. Je préviens le médecin et je prépare ce qu'il faut pour vous soulager, pour arrêter la situation».

FW Tout ça dans le but d'être rassurante c'est ce que tu disais ?

IDE 2 Oui.

FW Ok merci, c'est intéressant. Alors, j'en arrive au concept de communication thérapeutique. Est-ce que tu connais la communication thérapeutique ?

IDE 2 Oui.

FW Est ce que tu y a été formée ?

FW Oui.

FW Alors selon toi, quel est son intérêt ?

IDE 2 Eh bien, c'est de pouvoir favoriser un climat de confiance et de détente auprès du patient et à visée anxiolytique, analgésique. Sur les deux tableaux, on y gagne afin que le geste se passe bien et que la personne soit détendue. Et ça peut aussi dévier son attention. On peut y arriver. C'est un acte de soin. Je trouve que c'est un soin qui est complémentaire en fait, alors il y a la parole, forcément, mais on peut utiliser d'autres vecteurs pour avoir une communication thérapeutique.

FW Lorsque tu a été amené à l'utiliser. Est-ce que tu as pu mesurer l'impact de cette communication thérapeutique sur le vécu de la situation par le patient ? C'est-à-dire est-ce que tu as un retour des patients en fait ?

IDE 2 Oui, j'ai un retour. Nous, on utilise beaucoup la communication thérapeutique par rapport aux infiltrations. Maintenant, le jeudi, on a, on a la filière rachis et les gens viennent pour avoir une infiltration et nous on doit d'abord avoir une communication thérapeutique c'est-à-dire qu'on doit accueillir le patient et lui expliquer. On lui explique comment va se réaliser le geste, qu'il y a deux gestes différents, que nous on peut

être présente, qui a deux possibilités aussi. La communication thérapeutique, on peut être près du patient et discuter avec lui s'il le souhaite. On a également le MEOPA qu'on utilise. Moi, je lui demande s'il souhaite que je lui parle, ou alors s'il préfère le silence. Et sinon, il y a une autre situation : c'est en éducation thérapeutique, on utilise beaucoup la communication thérapeutique en fait.

FW Donc pour toi, elle est possible à mettre en place en situation d'urgence.

IDE 2 La communication thérapeutique ?

FW Oui.

IDE 2 Oui, c'est faisable, c'est faisable, mais avec avec un rythme, en étant très dense quoi. En étant très très dense par rapport à ce que je t'ai dit tout à l'heure, c'est-à-dire bien rassurer le patient, avoir du coup des mots ciblés en fait, être plutôt positif et rassurant, réactif. Mais tout ça en étant très, très rapide. Il va y avoir la parole, je pense. Il va y avoir le geste et le comportement aussi mais c'est plus délicat, c'est plus difficile. C'est plus difficile parce que nous aussi, nous aussi il faut gérer aussi ce stress qu'on a ces émotions qu'on a en situation d'urgence, qui peuvent aussi parasiter justement cette communication thérapeutique qui doit se faire quand on a du temps et là...

FW Et là on manque en situation d'urgence.

Et est-ce que pour la mettre en place, la communication thérapeutique, est ce qu'il y a une nécessité de connaître le patient en amont ? Ou lorsqu'on est formé à la communication thérapeutique, on a des...

IDE 2 On a des outils.

FW Oui, des outils qui nous viennent plus on les utilise ?

IDE 2 Je pense que oui. Le fait qu'on connaisse la communication thérapeutique, je pense qu'on a déjà un comportement et une gestuelle, je sais pas comment te dire ça, mais c'est sûr que ça va jouer. Et le fait qu'on connaisse la personne aussi. Alors nous, ici, on peut connaître les gens parce qu'on on a les programmations à l'avance et on peut déjà étudier le courrier et connaître la personne. En général, la personne qui va la prendre en charge ne va pas forcément être la même qui va gérer l'urgence. Donc ça c'est plus compliqué. Après, c'est plus simple effectivement, quand la personne qui a accueilli le patient et qui a qui, qui l'a pris en charge jusqu'à jusqu'au traitement va être plus à même et plus disponible et je pense que la communication sera plus adaptée. Voilà, le comportement sera plus adapté parce qu'il connaît déjà la personne. Il y aura déjà eu une communication et même une relation qui se sera rétablie sur le plan verbal, puis visuel, enfin tout. Et du coup, ce sera beaucoup plus ciblé au niveau de la communication thérapeutique qu'une personne qui vient et qui arrive sur la situation d'urgence, qui n'a pas pris la personne en charge dès le départ. Donc ça, c'est déjà une situation plus compliquée.

FW Donc pour toi, quels sont les éléments inhérents au soignant qui facilitent la mise en place de la communication thérapeutique ?

IDE 2 Eh bien, l'accueil déjà et le temps qui est dédié à la connaissance du patient qui va manquer en situation d'urgence. En général, nous, ici, on connaît quand même les patients. Après, on y est. On est plusieurs personnes à prendre en charge les gens. Donc on peut très bien ne pas avoir pris en charge la personne dès le départ et finalement arriver à la situation d'urgence sans l'avoir jamais vue en fait. Et ça, ça, c'est compliqué. Quand on fait la filière rachis pour les infiltrations. Là, c'est de A à Z la personne qui va suivre, le médecin qui va être près de la personne. C'est elle qui accueille le patient et qui va lui poser des

questions et qui va bien connaître la personne. En ce qui concerne l'éducation thérapeutique, c'est pareil. Quand c'est la situation d'urgence, ce n'est plus tout à fait tout à fait la même situation.

FW Est-ce que le fait d'avoir de l'expérience en termes d'utilisation des méthodes de communication thérapeutique et d'y avoir été formée en amont aide son utilisation, sa mise en place et pourrait aider dans le cas d'une situation d'urgence ?

IDE 2 Oui, oui, oui, je pense, oui, oui, parce que c'est des codes qui restent quand même.

FW Et tu me parlais aussi du fait de pouvoir travailler en équipe, être une personne en plus, peut être aussi qui pourrait.

IDE 2 Oui, c'est ça... être présent tout le temps et gérer au moins le côté émotionnel de la personne et faire en sorte de le rassurer, tandis que l'autre, pendant que l'autre prépare déjà pas nécessaire pour gérer l'urgence.

FW Ça t'es arrivé de remarquer que tu as utilisé une des techniques de communication thérapeutique pendant ton soin en urgence et dans lequel tu aurais eu un retour du patient ensuite sur la communication qu'on a eu avec lui.

IDE 2 Est ce que la personne reviendrait sur le contact qu'on a eu ensemble et puis sur les paroles qui l'auraient rassurées lui ?

FW Oui, est-ce que tu as déjà eu cette situation là ?

IDE 2 Oui oui. Mais à ce moment-là, ils n'en parlent pas vraiment et ils sont encore très très perturbés et traumatisés par cette situation d'urgence où ils se sont vus peut-être partir. Donc ils ne vont pas nous dire « qu'est ce que ça m'a rassuré que vous soyez près de moi, ou ce que vous m'avez dit ». Mais ça peut, ça peut arriver aussi. Ils nous disent : « heureusement que vous étiez là, vous avez fait vraiment ce qu'il fallait, vous avez été réactive et heureusement que vous aviez remarqué ce détail parce que je ne sais pas ce qu'il serait advenu de moi ». Il y a quand même de la reconnaissance au final.

FW Mais moins sur le côté émotionnel, plus sur le fait que vous avez agi en temps et en heure. Tu n'as pas trop de retour sur le plan du vécu émotionnel ?

IDE 2 Non.

FW D'accord ! Est-ce que tu vois d'autres choses à ajouter en lien avec ma thématique de travail ?

IDE 2 La communication thérapeutique en situation d'urgence ?

FW Oui.

IDE 2 Euh... Elle n'est pas facile à mettre en place, il faut avoir du monde je pense. Et puis il faut avoir quelqu'un qui a fait la formation. Oui parce que quand tu fais ça, c'est compliqué de faire les deux en fait. C'est compliqué parce que toi, tu as également la vie de la personne entre les mains. Il y a un côté un peu stressant et du coup, tu dois. Tu vois, je pense que ceux qui travaillent aux urgences vont réa et qui ont plusieurs situations d'urgence, après peut être, arrivent à se détacher et à avoir ce côté là. Et c'est sûr que c'est difficile d'être disponible pour poser sa main sur l'épaule, lui parler calmement, le regarder quand on passe le traitement qui vont le sauver quoi.

FW Tu as besoin de tes deux mains, de regarder le site que tu vas perfuser..

IDE 2 C'est ça, tu as besoin de réfléchir sur ce que tu vas faire, comment, voilà.
Donc c'est compliqué. Oui, il faudrait pratiquement séparer son cerveau et avoir la possibilité et la faculté d'avoir aussi un discours bienveillant auprès de la personne, rassurant.

FW Pour toi, ce serait trop complexe si on n'était pas en équipe ?

IDE 2 Ouais, sans équipe, une personne seule, ça me paraît compliqué. Tu fais au mieux, mais tu sais que la personne que le patient est en panique, qu'il est angoissé. Donc tu, tu fais le maximum pour le détendre. Mais en même temps, tu sais bien que toi aussi tu as des responsabilités.

FW Oui et c'est aussi pour ça que je te posais la question tout à l'heure de l'automatisme qu'on prend si on est habitué à utiliser, par exemple dans la communication thérapeutique, il y a le fait de choisir un vocabulaire positif, si on a peut être l'habitude de faire, euh, on a peut-être l'automatisme de le faire.

IDE 2 Oui oui oui. De parler toujours sans le négatif. Oui, ça, c'est quelque chose qui va nous arriver. Nous, on ne va pas dire : « attention, je vais vous piquer ». C'est sûr que ça, on sait bien qu'il ne faut pas le dire. On va faire attention à notre vocabulaire. On va utiliser du vocabulaire qui rassure en tout cas et qui ne fait pas peur. Oui, c'est sûr, ça. Le fait d'avoir fait cette formation c'est quelque chose qu'on a acquis en toute. Oui.

FW Ok, merci, c'était très intéressant.

IDE 2 Oui, j'espère que ça va enrichir ton mémoire.

FW Oui oui vraiment, merci beaucoup !

Annexe VII

Tableaux d'analyses des entretiens

	REPRÉSENTATIONS de l'URGENCE	
Critère de gravité	<p>IDE 1 : Une situation qui met le pronostic vital de la personne en jeu de façon immédiate, Préserver la vie de la personne, c'est l'objectif immédiat. En termes d'urgence pour nous, en tout cas du point de vue dans lequel je me trouve en réanimation, oui, c'est le pronostic vital immédiat.</p> <p>IDE 2 : C'est une situation où on doit réagir rapidement, chez une personne qui est en détresse et où le pronostic vital est engagé et où tous les actes doivent être rapides, précis et réussis afin que l'on arrive à sortir de cette situation d'urgence et d'avoir des résultats positifs et de pouvoir mettre la personne en sécurité et faire ce qu'il faut pour que la personne ne soit plus en situation d'urgence.</p>	
Douleurs	C'est des personnes qui arrivent souvent en grande souffrance physique .	
Pression temporelle	<p>Une situation qui met le pronostic vital de la personne en jeu de façon immédiate et pour laquelle on va avoir besoin de soins très rapides. Il faut que ce soit immédiat, pas aigu.</p> <p>C'est une situation où on doit réagir rapidement et où tous les actes doivent être rapides, précis et réussis afin que l'on arrive à sortir de cette situation d'urgence.</p> <p>Il y a l'urgence, donc quelquefois les secondes sont comptées.</p> <p>Le caractère d'urgence. Le fait de devoir agir rapidement. C'est ça. Donc manque de temps. En fait, c'est ce temps qu'on n'a pas.</p> <p>Je pense tout de suite à sauver le patient, je fais très vite.</p>	
	CONTEXTE ÉMOTIONNEL	
Impacts émotionnels patient	<p>Intensité émotionnelle : C'est la première fois que j'étais le chef d'orchestre de ce ballet-là, (...) de la réanimation et ça m'avait un peu submergée.</p> <p>Détresse émotionnelle, stress, angoisse : Ce sont des gens qui sont souvent conscients. Qui sont complètement perturbés. si c'est possible d'être apaisé dans ces situations-là.</p>	

(...) qu'ils sont dans une telle **détresse physique mais émotionnelle aussi, beaucoup**, que c'est le moment où ils vont avoir le plus besoin de quelqu'un en face qui les rassure.
Les gens parfois sont **trop choqués** pour demander quoi que ce soit.

Et oui, on sent bien l'angoisse parce **qu'ils sont polypnéiques** et ils sont un **peu nerveux, ils ont des gestes nerveux, et on sent, on ressent de la panique** chez eux.

On a cette situation d'angoisse, on le ressent bien. **Une angoisse, la respiration rapide,**

Ce sont souvent **des gens qui sont abattus**, à cause de la fatigue, ils sont abattus, ils **sont plutôt apathiques.**

Ils nous disent **qu'ils ont eu très, très peur.**

Tu sais que la personne que le patient est en **panique**, qu'il est **angoissé.**

Incertitudes, inconnu :

Ils ne savaient pas comment cela allait se terminer, quelle issue, quelle tournure cela allait prendre.

L'inconnu, c'est majoration du stress, majoration de la douleur

Violences :

Nos soins, **même si c'est pour leur sauver la vie, ça reste des violences physiques et psychologiques.**

On leur fait mal. On les secoue. Et c'est une violence, en plus des accidents qu'ils ont subis au départ.

Traumatisme :

Malheureusement, **ils sont souvent traumatisés par leur expérience**, quelle que soit la cause de leur arrivée chez nous.

Alors, **il y a le traumatisme de l'accident**, que ce soit un AVC, qu'ils se soient fait renverser par un véhicule ou qu'ils soient là parce qu'ils ont fait une rixe, en général **l'accident lui-même est assez traumatisant.**

Les séjours en réanimation, c'est extrêmement traumatisant.

Ils sortent souvent avec **des syndromes de choc post-traumatique** pour lesquels **ils sont relativement mal suivis.**

Ils sont d'autant plus traumatisés de ce qu'ils ont subi tout ça (*les soins*) **sans comprendre.**

Ces choses-là, on a l'occasion d'en reparler après, et **ils les portent longtemps.**

Ils sont encore **très très perturbés et traumatisés** par cette situation d'urgence où **ils se sont vus peut-être partir.**

	<p>Quand il y a des réactions allergiques, on a cette situation d'angoisse, on le ressent bien. Une angoisse, la respiration rapide.</p> <p>Besoin de présence et d'attention : Ce sentiment de vouloir qu'on réagisse rapidement et qu'on ne les lâche pas. Oui, oui, c'est cette présence dont ils ont toujours besoin.</p>	
<p>Impacts émotionnels soignants</p>	<p>Intensité émotionnelle : (des situations qui m'ont marquées) il y en a plusieurs, enfin, il y en a beaucoup. Je me souviens très, très bien de la première. Ça fait quand même quelque chose de très marquant. On peut donc un peu se laisser submerger par cette émotion. Ça m'a beaucoup choquée. Ça m'avait un peu submergée. C'est beaucoup plus impactant émotionnellement. Bien sûr. Alors on essaie de ne pas se laisser submerger par les émotions pour être le plus pragmatique possible Parfois, c'est trop et elles sont obligées de se détacher et de demander un remplacement parce qu'elles sont submergées par leurs émotions. Ça peut être le cas pour les personnes âgées, il y a des personnes qui sont beaucoup plus sensibles.</p> <p>Stress, angoisse : On a souvent les mêmes schémas d'émotions sur le stress, la peur, le sentiment d'être impuissant. évidemment, qu'on est impacté par ces émotions- là, que ce soit le stress d'un bon côté ou même c'est cette décharge d'adrénaline qui va nous rendre beaucoup plus efficace et beaucoup plus rapide. On a souvent les mêmes schémas d'émotions sur le stress, la peur, le sentiment d'être impuissant.</p> <p>Une grosse poussée d'adrénaline. Ensuite, ça va très vite dans ta tête. Je vais faire en sorte de ne pas montrer trop mon stress non plus, d'être calme, de pouvoir maîtriser la situation et d'être rassurante au niveau. Il faut gérer aussi ce stress qu'on a, ces émotions qu'on a en situation d'urgence. Ah, oui, oui, il y avait du stress, c'est sûr !</p> <p>Sentiment d'impuissance, d'échec : On n'a pas été assez efficaces sur l'hémofiltration. A ce moment- là je me sentais très, très, très impuissante. J'avais l'impression que malgré tout ce qu'on faisait, que ce soit la réanimation ou les soins autour... on n'arrivait pas, on n'arriverait pas. Mais on a essayé et ça, c'était bien.</p>	

	<p>A l'époque cela a été une grosse dose d'impuissance. On a souvent les mêmes schémas d'émotions (...) le sentiment d'être impuissant.</p> <p>Rôle de l'expérience sur la gestion du stress : Un autre facteur qui joue beaucoup c'est l'expérience dans le sens où quand tu débutes dans ce métier, le stress et la volonté de faire le bien tout en n'ayant pas forcément toutes les compétences que tu acquiers après l'expérience, fait que tu vas te focaliser sur les choses que tu penses les plus importantes.</p> <p>Identification projective : Ça peut être aussi des projections. On peut voir dans la personne soignée quelqu'un, enfin, ça peut nous projeter dans des situations personnelles aussi. Je pense notamment aux personnes qui sont parents et qui en pédiatrie, ont eu à gérer les situations d'urgence et pour lesquelles c'est beaucoup plus impactant émotionnellement et pour lesquelles parfois c'est trop et elles sont est obligés de se détacher et de demander un remplacement parce qu'elles sont submergés par leurs émotions, par exemple. Ça, ça arrive régulièrement. Ça peut être le cas pour les personnes âgées, il y a des personnes qui sont beaucoup plus sensibles. Ça impacte beaucoup malgré ce qu'on peut dire je pense que ça impacte beaucoup la projection qu'on peut avoir sur les gens</p> <p>Sentiment de solitude : Je me dis que je suis seule quand même. Donc, il y a de ce côté-là un peu de solitude de savoir que je n'ai pas de médecin dans le service et que je vais devoir d'abord gérer les premières choses. Donc une situation inconfortable. Nous étions deux, déjà c'était réconfortant et il y avait de l'entraide.</p>	
	<p>RELATION DE SOINS</p>	
	<p>Préserver la vie de la personne, c'est l'objectif immédiat.</p> <p>On met en place tout ce qu'il y a à mettre en place. On stabilise la personne. On va faire ce qu'on à faire, comme un protocole, un peu un robot.</p> <p>Je vais privilégier l'action. Je sais les actions à mener pour cette réanimation et ensuite, dans un second temps, une fois que l'action est passée, on y va.</p>	

C'est vrai **qu'on fait ça toujours en deux temps**. Que ce soit les urgences en réanimation ou l'accueil des traumatisés, c'est pareil.

Au moins autant, voire plus, parce que c'est le moment où ils vont avoir, eux, ou elle, encore plus **besoin d'un interlocuteur** ou interlocutrice, parce qu'ils sont dans **une telle détresse physique et émotionnelle** aussi, beaucoup, que c'est le moment où ils vont avoir le plus besoin de quelqu'un en face qui les rassure.

C'est le moment où ils vont avoir le plus besoin de quelqu'un en face qui les rassure. C'est pas toujours possible. Des personnes (...) qui, en tout cas, **leur garantissent qu'ils sont tant bien pris en soins et qu'on fera le maximum**.
c'est à minima d'expliquer ce qu'on leur fait. Et pourquoi.

Je pense que c'est **quelque chose d'extrêmement important**. C'est **la base de la base, de la base de la relation soignant soigné** et de la relation de confiance qu'on veut pouvoir développer derrière avec la personne qu'on va prendre en soin.

Je pense tout de suite à sauver le patient et je fais très vite le point

L'aspect relationnel passe au second plan ? Oui, peut-être. C'est pas très bien.

C'est un acte de soin. Je trouve que c'est un **soin qui est complémentaire**.

On doit d'abord avoir une communication, c'est-à-dire qu'on doit lui-même **bien accueillir le patient et lui expliquer comment va se réaliser le geste**.

On lui explique le déroulé du traitement. Ce qui va se passer, ce qu'on fait.

Je vais le rassurer pour lui dire qu'on va faire le nécessaire.

Relation de confiance :

C'est **la base de la base, de la base de la relation soignant soigné et de la relation de confiance** qu'on veut pouvoir développer derrière avec la personne qu'on va prendre en soin.

Le fait qu'elle se sente en confiance avec les personnes qui lui font ces soins là, **ça va lui permettre aussi d'être moins stressée**.

C'est de pouvoir **favoriser un climat de confiance et de détente** auprès du patient et à **visée anxiolytique**,

COMMUNICATION

**Communication
dans la relation
de soin**

Communiquer, c'est poser **les bases de la relation** derrière, avec toi, mais aussi avec tous tes collègues. Si on le fait, on le sait très bien et **on essaie de le faire.**

On se concentre beaucoup sur le technique, parce qu'on sait aussi l'enjeu et l'utilité de ces soins-là et **qu'on passe au second plan tout ce qui est communication et explications**, surtout si c'est vraiment, vraiment tendu. Là, on va se focaliser dessus

Mais on le fait, comment dire ? **On le fait en même temps que le reste.** Mais **on n'a pas le même degré de sensibilité que sur le reste des soins**, des soins subaigus.

Au moins autant, voire plus, parce que c'est le moment où **ils vont avoir, eux, ou elle, encore plus besoin d'un interlocuteur ou interlocutrice, parce qu'ils sont dans une telle détresse physique et émotionnelle** aussi, beaucoup, que c'est le moment où **ils vont avoir le plus besoin de quelqu'un en face qui les rassure**

Pendant ce temps action, on va dire que de toute façon, **je n'ai pas le mental pour faire les deux**, donc, je vais privilégier l'action.

On ne va pas te donner le temps de tout expliquer vraiment bien. On va être plus superficiels dans nos explications, plus rapides.

Effectivement, **on va leur expliquer ce qu'on fait avant de leur faire pour leur éviter d'être surpris.**

Quelqu'un en face qui les rassure, c'est pas toujours possible. Mais qui, en tout cas, **leur garantit qu'ils sont tant bien pris en soins et qu'on fera le maximum.**

C'est très important pour eux, après, qu'ils aient l'impression d'avoir une porte ouverte quand ils sentent qu'il y a une dégradation, qu'ils sentent quelque chose d'anormal, qu'ils ont des questions, qu'ils puissent parler de leur expérience, **même après.** Par exemple, des personnes qui vont te faire part de leur stress post traumatique, c'est des personnes avec qui ça s'est bien passé depuis le départ, **qui se sentent en confiance avec les équipes soignantes, qui vont pouvoir, qui vont oser communiquer**, qui vont oser dire qu'ils ont mal, qui vont oser dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas (...)

Ne serait-ce que cela, **tu ouvres les portes de la relation.**

La personne va savoir **si quand elle était en détresse la plus absolue, est-ce qu'elle a pu s'accrocher à la branche et ça compte pour la suite.**

	<p>On parle toujours aux gens et on leur explique toujours ce qu'on fait. Et ça fait partie aussi du bon sens, on ne fait pas des choses sans le dire au concerné. Des personnes qui, en tout cas, leur garantissent qu'ils sont tant bien pris en soins et qu'on fera le maximum.</p> <p>L'importance la communication : primordiale, elle est primordiale. Cela fait partie du soin. Moi je ne me vois pas faire un soin sans parler au patient comme ça, c'est pas possible.</p> <p>(il y a une opposition entre le soin technique et relationnel qui se fait à ce moment-là ? due à l'urgence vitale ?) : oui, oui, c'est ça.</p> <p>Dans une situation d'urgence, c'est plus compliqué. Après c'est plus simple.</p>	
<p>Impacts de la communication</p>	<p>Ça a un effet thérapeutique très important aussi, en plus, dans le sens où la personne qui comprend ce qui lui arrive, qui comprend ce qu'on va faire, pourquoi on le fait et quels sont les avantages qu'elle va en tirer, le fait qu'elle se sente en confiance avec les personnes qui lui font ces soins là, ça va lui permettre aussi d'être moins stressée et donc, c'est très trivial, mais ça va permettre de potentialiser les effets de ses thérapeutiques.</p> <p>Ce sont des gens qui sont complètement perturbés et pour lesquels la communication et d'avoir quelqu'un en face d'eux est très, très important pour les canaliser et pouvoir faire les soins le mieux possible pour eux et pour nous.</p> <p>C'est très important pour eux, après, qu'ils aient l'impression d'avoir une porte ouverte quand ils sentent qu'il y a une dégradation, qu'ils sentent quelque chose d'anormal, qu'ils ont des questions, qu'ils puissent parler de leur expérience, même après.</p> <p>des personnes avec qui ça s'est bien passé depuis le départ, qui se sentent en confiance avec les équipes soignantes, qui vont pouvoir, qui vont oser communiquer, qui vont oser dire qu'ils ont mal, qui vont oser dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas (...)</p> <p>Ne serait-ce que cela, tu ouvres les portes de la relation. Mais tu vois quand même que la personne a moins d'appréhensions, surtout en postopératoire moi aussi j'en trouve également du bénéfice parce que ça m'apprend à le connaître. Moi, ça me rassure</p>	

	<p>Et puis, bon, cela met un climat de confiance aussi. On le sent après le patient est beaucoup plus détendu, beaucoup plus ouvert. Le soin se passe mieux souvent. Je vais le rassurer pour lui dire qu'on va faire le nécessaire pour que sa réaction et ses symptômes qui sont désagréables s'arrêtent. moi aussi j'en trouve également du bénéfice parce que ça m'apprend à le connaître. Moi, ça me rassure.</p>	
<p>Adaptation de la communication</p>	<p>Il y a beaucoup de grades différents en termes de communication et comme on brasse assez large, on a beaucoup d'options, on va dire ils vont et on va s'adapter.</p> <p>C'est assez rare qu'on ait une personne qui soit, comment pourrait-on dire ? Réceptive à 100 %, donc il s'adapte.</p> <p>Je vais essayer d'être encore plus simple et de m'adapter aux questions et au discours de la personne. j'essaie d'adapter en tout cas mon discours au feedback du patient. Si le patient me dit qu'il sont très beaux les plafonniers dans le vaisseau spatial, je vais essayer d'être encore plus simple et de m'adapter aux questions et au discours de la personne</p> <p>Mais, selon le feedback, si la personne est tout à fait présente et en capacité de comprendre, je vais utiliser un autre vocabulaire ou être un peu plus détaillée dans mes explications qu'avec quelqu'un qui subit les effets indésirables des médicaments qu'il a reçus ou des gens qui sont tout à fait obnubilés</p> <p>je pars de ce dont ils se rappellent et de leur question. Parce qu'au bout d'un moment, il y a un moment où il souvent, ils redescendent un tout petit peu du pic d'adrénaline et c'est à ce moment-là qu'ils vont poser 1 million de questions. Et à ce moment-là, à ce moment-là, c'est important de leur apporter les réponses autant que possible pour éviter qu'ils soient dans une espèce de boucle de stress.</p> <p>Je trouve que c'est normal ... qu'on lui explique les choses quand on lui pose un traitement, on va lui expliquer quel est le traitement, l'indication combien de temps cela va durer. Moi, je lui demande s'il souhaite que je lui parle, ou alors s'il préfère le silence. Oui c'est ça parce ce que je me mets à sa place en fait. Oui, j'imagine quelqu'un qui, nous on connaît le milieu, mais quelqu'un qui ne connaît pas le milieu.</p>	
<p>Freins</p>	<p><u>Indisponibilité du patient liée à son état de santé altéré :</u> Les gens parfois sont trop choqués pour demander quoi que ce soit. Les personnes qui arrivent sédâtées, intubées. Alors on leur parle quand même mais il n'y a pas de feedback.</p> <p><u>Manque de temps :</u> On ne va pas te donner le temps de tout expliquer vraiment bien.</p>	

(il y a une opposition entre le soin technique et relationnel qui se fait à ce moment-là ? due à l'urgence vitale ?) : oui, oui, c'est ça

Je ne peux pas trop me permettre d'être là en train de le rassurer. Il y a ce côté- là qui n'est pas possible.

Le fait de devoir agir rapidement. C'est ça. Donc, **manque de temps.** En fait, **c'est ce temps qu'on n'a pas.**

Il y a l'urgence, donc quelquefois les secondes sont comptées.

Le temps qui est dédié à la connaissance du patient qui va manquer en situation d'urgence.

Gravité :

On se concentre beaucoup sur le technique, , parce **qu'on sait aussi l'enjeu et l'utilité de ces soins là** si c'est vraiment, vraiment tendu. Là, vraiment, on va se focaliser dessus.

C'est des gens qui sont souvent en grande souffrance. On va privilégier ça et **une fois que la douleur est soulagée, là, on va plus prendre le temps de communiquer.**

Disponibilité :

Je n'ai pas le mental pour faire les deux, donc, je vais privilégier l'action. Je sais les actions à mener pour cette réanimation et ensuite, dans un second temps, une fois que l'action est passée, on y va.

J'ai besoin de mon corps pour faire ce que j'ai à faire. Je peux utiliser ma voix et mes mains en même temps, mais **je ne peux pas utiliser mes mains deux fois sur deux choses différentes**

Je ne peux pas trop me permettre d'être là en train de le rassurer.

Compétences :

On se concentre beaucoup sur le technique, parce **qu'on est meilleur,** parce **qu'on est mieux formé**

On n'a pas la formation adéquate pour ça.

C'est à chacun de nous de faire avec **ses capacités,** ses compétences, **son expérience** et **sa volonté** aussi.

Un autre facteur qui joue beaucoup **c'est l'expérience.**

Après ça, ça va être des *skills* (*mot anglais signifiant compétences*) que tu vas développer au fur et à mesure que tu te sens plus à l'aise dans la technique.

La formation c'est une base, mais ça ne permet pas de maîtriser les choses. C'est juste avoir une connaissance de tes options. C'est la théorie, **la mise en pratique après ça se travaille avec l'expérience, ça se développe sur le terrain.**

(des outils qui nous viennent plus on les utilise ?) . **Je pense que oui.**

Émotions :

	<p><i>(en situation d'urgence)</i> C'est plus difficile parce que nous aussi, il faut gérer aussi ce stress qu'on a, ces émotions qu'on a en situation d'urgence, qui peuvent aussi parasiter justement cette communication thérapeutique qui doit se faire quand on a du temps.</p> <p>Ressources humaines : On va communiquer, mais on ne va pas avoir une personne dédiée pour cela.</p> <p>L'idéal, ce serait que je sois avec quelqu'un, avec une aide-soignante ou une étudiante, avec une autre personne qui, elle, aurait ce rôle à jouer. Elle n'est pas facile à mettre en place, il faut avoir du monde.</p> <p>Être présent tout le temps et gérer au moins le côté émotionnel de la personne et faire en sorte de le rassurer, tandis que l'autre, pendant que l'autre prépare déjà pas nécessaire pour gérer l'urgence.</p> <p>On va communiquer, mais on ne va pas avoir une personne dédiée pour cela.</p>	
	<p>COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE</p>	
<p>Bénéfices</p>	<p>La gestion de la douleur et la communication : Tu vois quand même la personne a moins d'appréhensions, surtout en post opératoire, quand ils sont complètement groggy. D'utiliser du positif pour les rassurer, je trouve qu'ils se réveillent mieux.</p> <p>C'est vrai qu'il y a un impact. Il y a un clair impact des mots interdits sur l'appréhension des gens quand ils sont en mesure d'entendre ce qu'on a à leur dire effectivement., c'est moins violent d'utiliser des mots positifs. Le fait d'entendre la voix de quelqu'un, et de connaître mon prénom. Et savoir que je suis là et je leur tiens la main, j'ai l'impression que c'est moins pire.</p> <p>On sera plus efficaces. Cela va aider à réguler les paramètres vitaux. Par exemple, une personne qui est apaisée, elle est beaucoup plus stable sur le plan hémodynamique. La personne a moins d'appréhensions, surtout en postopératoire.</p> <p>Le patient est beaucoup plus détendu, beaucoup plus ouvert Le soin se passe mieux souvent. Et bien, c'est de pouvoir favoriser un climat de confiance et de détente auprès du patient et à visée anxiolytique, analgésique. Sur les deux tableaux, on y gagne afin que le geste se passe bien et que la personne soit détendue. Et ça peut aussi dévier son attention.</p>	

	<p><u>Réassurance :</u> Parce qu'au bout d'un moment, il y a un moment où il souvent, ils redescendent un tout petit peu du pic d'adrénaline et c'est à ce moment-là qu'ils vont poser 1 million de questions. Et à ce moment-là, à ce moment-là, c'est important de leur apporter les réponses autant que possible pour éviter qu'ils soient dans une espèce de boucle de stress. Essayer d'être le plus efficace sur leur antalgie. Et aussi sur ce stress en répondant aux questions et on va lui expliquer ou est ce qu'il va aller. Sans être trop stressante, je ne fais pas semblant que tout va bien parce que ce n'est pas vrai. Mais j'essaie de me tenir au plus simple, au plus simpliste parfois pour être sûr d'être entendue et de rester disponible. Je vais lui dire « ne vous inquiétez pas, on va gérer la situation ». c'est quand même toujours en tête de viser une certaine anxiolyse ? Oui, c'est ça.</p>	
Outils	<p>J'ai connaissance de certaines méthodes de communication thérapeutiques. Certains outils de cette boîte- là, on les utilise régulièrement. c'est un apport qu'on va avoir depuis la salle de réveil ... la gestion de la douleur et la communication. Et eux, ils nous montrent régulièrement des techniques, que ce soit l'hypnose. On a aussi des lunettes de réalité virtuelle, ce genre de choses, on a quand même des trucs qui sont mis en place. Mais c'est vrai que ce sont surtout les anesthésistes qui vont les utiliser.</p> <p><u>Langage verbal :</u> Pour ce qui est de la communication positive, le fait d'utiliser un vocabulaire positif, éviter les négations, utiliser des mots, des mots adaptés et réfléchis, oui, ça, j'essaie</p> <p>La personne qui est avec le patient essaie au maximum d'expliquer au patient ce qui se passe.</p> <p>Tous les mots négatifs, tous les mots qui font mal avant d'avoir mal.</p> <p>J'essaie aussi dans les situations d'urgence, sans minimiser. La minimisation de la souffrance, tout ça, ce sont des choses que j'essaie d'éviter, mais ce sont des réflexes qu'on a presque par habitude et que j'essaie d'éviter. Ce n'est pas toujours évident. C'est difficile de trouver cet équilibre aussi entre minimiser le danger du réel et utiliser du positif et du bienveillant. C'est un équilibre que je galère un peu à trouver quand les gens sont en train de se vider de leur sang, c'est tout de suite un peu plus délicat de leur dire « ça va aller, vous êtes entre de bonnes mains », alors qu'il est potentiellement en train de mourir.</p>	

Faire une espèce de petit programme pour **savoir où ils vont, savoir globalement ce qui les attend**.
Je vais essayer **d'être encore plus simple et de m'adapter aux questions et au discours** de la personne.
Mais, **selon le feedback**, si la personne est tout à fait présente et en capacité de comprendre, **je vais utiliser un autre vocabulaire ou être un peu plus détaillée** dans mes explications qu'avec quelqu'un qui subit les effets indésirables des médicaments qu'il a reçus ou des gens qui sont tout à fait obnubilés

Je leur explique tout ça. J'écoute s'ils ont des questions, j'essaie de leur poser un maximum de questions.
J'essaie d'interagir le plus possible.

Alors ça va **plutôt être verbal**, c'est sûr, **ça va être verbal**.

Je ne vais pas lui dire que tout va bien, tout va bien se passer. Là, je vais **mesurer mes propos**, je vais plutôt le questionner. « Qu'est-ce que vous ressentez là? D'accord, **ne vous inquiétez pas**, on va arrêter le traitement ».

On va **faire attention à notre vocabulaire**. On va **utiliser du vocabulaire qui rassure** en tout cas **qui ne fait pas peur**.

Langage para verbal :

Je vais faire en sorte de ne pas montrer trop mon stress non plus, d'être calme, de pouvoir maîtriser la situation et **d'être rassurante au niveau de la voix, au niveau de la tonalité, du rythme**. Si je le vois, dyspnéique par exemple, **je vais essayer de diminuer le rythme de mon discours**.

Positionnement :

J'essaie de me mettre **devant eux pour qu'ils me voient** au moins **qu'ils sachent à qui ils parlent**. Et globalement, je suis **juste au-dessus de leur tête**. Une fois qu'ils sont dans le box, je suis derrière la tête du brancard. Je suis à l'envers, mais au moins **ils me voient**, donc **je leur dis les choses**.
comme je suis très près de leur tête, je peux leur parler près de l'oreille sans leur hurler dessus.

Gestuelle :

Je vais avoir des gestes doux, tout ça, même s'il faut faire les gestes rapidement. Je vais mettre ma main sur son bras.

Le toucher :

Pour le toucher, je pense que **ce n'est pas forcément quelque chose qui me parle beaucoup**. Parce **qu'on a des patients qui sont vraiment hyper algiques**, donc le toucher, c'est toujours à double tranchant. **Tu ne sais jamais si tu vas leur être bénéfique ou si tu vas juste appuyer à un endroit où ils ont déjà mal**.

	<p>Donc c'est un outil que je n'utiliserais pas comme ça dans la phase d'urgence, à part, tenir une main et essayer de donner un ancrage physique à la personne, c'est à peu près tout ce que je pourrais me permettre.</p> <p>Et puis le toucher aussi, je pense. Il y a la parole, forcément, mais on peut utiliser d'autres vecteurs pour avoir une communication thérapeutique.</p> <p><u>Autres outils :</u> Nous, on a des outils, mais plutôt du côté anesthésie pour le coup, parce que c'est un apport qu'on va avoir depuis la salle de réveil. ils nous montrent régulièrement des techniques, que ce soit l'hypnose. On a aussi des lunettes de réalité virtuelle, ce genre de choses, on a quand même des trucs qui sont mis en place. Cet outil-là, en fait, c'est hyper riche par rapport à ce que nous on en fait. Et sur nos services, on pourrait l'utiliser de façon beaucoup plus efficace, et c'est dommage de ne pas en faire un outil du quotidien</p> <p>La communication thérapeutique, on peut être près du patient et discuter avec lui s'il le souhaite Il y a la parole, forcément, mais on peut utiliser d'autres vecteurs pour avoir une communication thérapeutique.</p> <p>Il va y avoir la parole, je pense. Il va y avoir le geste, le comportement</p> <p><u>Attitudes :</u> Je reste informative et je vais le rassurer pour lui dire qu'on va faire le nécessaire Je me mets à sa place en fait. Oui, j'imagine quelqu'un qui, nous on connaît le milieu, mais quelqu'un qui ne connaît pas le milieu.</p>	
<p>Formation</p>	<p>On a beaucoup, beaucoup, beaucoup de progrès à faire Ce n'est pas parce qu'on n'est pas formés qu'on n'essaye pas. On n'est pas très bons pour adoucir le choc parce qu'on se concentre beaucoup sur le technique, parce qu'on est meilleur, parce qu'on est mieux formés Ce sont surtout les anesthésistes qui vont les utiliser, nous on n'est pas formés spécifiquement dessus, mais on peut piocher dans ce qu'on voit et ce qu'on entend pour s'aider de notre côté pour ce qui est hypnose Mais, effectivement, on fait cela comme on peut, car on n'est pas formés pour le faire. Donc j'ai connaissance de certaines méthodes de communication thérapeutique mais on est ni formés ni bons à les mettre en place</p>	

	<p>si on avait ces formations-là, ne serait-ce que des bases, juste les bases, une heure ou deux de parler de ça, de mettre le sujet sur le tapis, de lancer le processus, peut-être dans la tête des gens. Ça permettrait au moins d'améliorer un tout petit peu. Et puis après, ceux et celles qui veulent regarder les formations, se former et éventuellement à la communication thérapeutique, à l'hypnose, je crois qu'il y a des formations dessus spécifiques. Je pense que c'est déjà pas mal d'en parler.</p> <p>Ce serait intéressant parce que ça fait partie des thérapeutiques les plus efficaces mais en termes de mise en place c'est compliqué.</p> <p>La formation, c'est à moi d'en faire la demande Dans le service, je pense que si on pouvait mettre en place un thème. Je pense qu'il y a des DU ou des formations qui se font sur un groupe hospitalier. Mais en termes de service en tout cas, on a des journées de formation et de temps, et il n'y a jamais ce genre de thème.</p> <p>Et puis, il faut avoir quelqu'un qui a fait la formation. Oui, c'est sûr, ça. Le fait d'avoir fait cette formation c'est quelque chose qu'on a acquis.</p>	
<p>Freins</p>	<p><u>Gravité :</u> on se concentre beaucoup sur le technique, (...), parce qu'on sait aussi l'enjeu et l'utilité de ces soins là si c'est vraiment, vraiment tendu. Là, vraiment, on va se focaliser dessus</p> <p><u>Temps :</u> On ne va pas te donner le temps de tout expliquer vraiment bien.</p> <p>Cette communication-là, elle prend beaucoup plus de temps on va faire en sorte de la soulager (<i>la douleur</i>) au maximum et de ne pas en rajouter en la noyant dans le temps et dans les paroles.</p> <p>Le fait aussi que la personne soit sous le choc souvent, c'est pas évident car ça demande beaucoup, beaucoup plus de temps pour que la personne, elle, soit vraiment capable d'entendre ce qu'on lui dit</p> <p>Il faut gérer aussi ce stress qu'on a, ces émotions qu'on a en situation d'urgence, qui peuvent aussi parasiter justement cette communication thérapeutique qui doit se faire quand on a du temps, et là....</p> <p>Peut-être que je devrais plus rassurer le patient, mais en même temps, il y a l'urgence, donc quelquefois les secondes sont comptées. Donc je ne peux pas trop me permettre d'être là en train de le rassurer.</p> <p>Je ne peux pas trop me permettre d'être là en train de le rassurer. Il y a ce côté- là qui n'est pas possible.</p>	

Le fait de devoir agir rapidement. C'est ça. Donc, **manque de temps**. En fait, c'est ce temps qu'on n'a pas. Il y a l'urgence, donc **quelquefois les secondes sont comptées**.

Indisponibilité du patient :

les gens parfois sont **trop choqués** pour demander quoi que ce soit.

Pour des **personnes qui sont en grande souffrance**, on a utilisé des molécules, par exemple la Kétamine, **qui fait complètement planer, qui peut par exemple créer des destinations visuelles, auditives. Je ne peux pas communiquer de façon optimale avec des personnes qui se croient dans un vaisseau spatial.**

Disponibilité psychique du soignant :

je n'ai pas le mental pour faire les deux, donc, je vais privilégier l'action. Je sais les actions à mener pour cette réanimation et ensuite, dans un second temps, une fois que l'action est passée, on y va.

(en situation d'urgence) C'est plus difficile parce que nous aussi, **il faut gérer aussi ce stress qu'on a, ces émotions qu'on a en situation d'urgence**, qui peuvent aussi parasiter justement cette communication thérapeutique qui doit se faire quand on a du temps.

C'est compliqué parce que toi, tu as également la vie de la personne entre les mains. Il y a un côté un peu stressant.

C'est ça, **tu as besoin de réfléchir sur ce que tu vas faire**, comment,

Donc c'est compliqué. Oui, **il faudrait pratiquement séparer son cerveau et avoir la possibilité et la faculté d'avoir aussi un discours bienveillant auprès de la personne, rassurant.**

Disponibilité physique du soignant :

j'ai besoin de mon corps pour faire ce que j'ai à faire. Je peux utiliser ma voix et mes mains en même temps, mais **je ne peux pas utiliser mes mains deux fois sur deux choses différentes.**

Je ne peux pas trop me permettre d'être là en train de le rassurer.

c'est sûr que c'est difficile **d'être disponible pour poser sa main sur l'épaule, lui parler calmement, le regarder quand on passe le traitement qui vont le sauver quoi.**

Compétences - expérience :

On se concentre beaucoup sur le technique, parce qu'**on est meilleur**, parce qu'**on est mieux formé.**

Ressources humaines :

	<p>On va communiquer, mais on ne va pas avoir une personne dédiée pour cela. Il faudrait avoir une autre personne. Et donc j'en viens à une autre limite, c'est d'avoir assez de personnes formées. Avoir des gens qui soient formés à ça, qui soient présents au moment opportun Elle n'est pas facile à mettre en place, il faut avoir du monde.</p> <p>On peut très bien ne pas avoir pris en charge la personne dès le départ et finalement arriver à la situation d'urgence sans l'avoir jamais vue en fait. Et ça, ça, c'est compliqué. Sans équipe, une personne seule, ça me paraît compliqué</p> <p><u>Organisation des soins :</u> Il faudrait vraiment faire un gros travail pour trouver la meilleure place à cette personne-là. Et ça, ce serait un gros bouleversement sur le ballet déjà très bien orchestré, ce grand ballet d'équipe.</p> <p><u>Formation :</u> on est très mauvais en psychiatrie en France en général, en réa encore pire. Et c'est difficile, je trouve, de se trouver face à quelqu'un qui explique ces situations là et je ne suis pas formée spécifiquement pour accueillir ce genre de discours. je sais qu'on essaie avec les moyens du bord, disons, même si ce n'est peut-être pas suffisant.</p> <p>On a quand même des trucs qui sont mis en place, mais ce sont surtout les anesthésistes qui vont les utiliser, nous, on n'est pas formés spécifiquement dessus.</p> <p>Il faut engager le processus, il faut former tout le monde : infirmières, aides-soignantes, médecins, parce qu'on est tous dans le même bateau.</p> <p>Et puis il faut avoir quelqu'un qui a fait la formation.</p>	
Rôle équipe	<p>Quand ça ne s'est pas spécialement bien passé, on essaie de trouver des choses qui nous ont empêchés d'être meilleur et d'en discuter pour améliorer le travail d'équipe.</p> <p><u>Gestion des émotions :</u> Une fois que la personne n'est plus en état d'urgence vitale immédiate mais dans un état aigu stabilisé, on va prendre un temps de relargage des émotions, de débriefing avec tous les acteurs et toutes les personnes présentes et c'est à ce moment-là qu'on en arrive à parler des émotions</p> <p><u>Communication :</u></p>	

	<p>Comme on est nombreux, c'est là que ça coince, la communication entre soignants mais aussi avec la personne soignée, C'est souvent ça qui pose souci.</p> <p>La cohésion d'équipe, la communication de l'équipe, elle a un gros impact sur la façon dont tu vas communiquer avec ton patient dans les situations d'urgence. L'échange, il ne sera pas de la même qualité que si ça se passe très bien et que tout est fluide et qu'il n'y a pas besoin de se crier dessus.</p> <p><i>(Quand cela ne s'est pas spécialement bien passé) ...en général, c'est qu'on n'arrive pas à se coordonner ou que la communication n'était pas assez bien pour que tout le monde trouve sa place.</i></p>	
<p>Évaluation de l'impact</p>	<p>Je ne connais pas trop l'impact. J'ai du mal à évaluer l'impact de tout ça. Mais tu vois quand même que la personne a moins d'appréhensions, surtout en postopératoire.</p> <p>D'utiliser du positif pour les rassurer, je trouve qu'ils se réveillent mieux. Peut-être que je projette ce que j'ai envie de voir aussi, mais j'ai ressenti ça.</p> <p>Ils n'en parlent pas vraiment, ça peut arriver aussi. Ils nous disent : “heureusement que vous étiez là, vous avez fait vraiment ce qu'il fallait, vous avez été réactive et heureusement que vous aviez remarqué ce détail parce que je ne sais pas ce qu'il serait advenu de moi”. Il y a quand même de la reconnaissance au final.</p>	

NOM : Willème
PRÉNOM : Fanny

TITRE DU MÉMOIRE : La communication thérapeutique de l'infirmière avec un patient en situation d'urgence.

Cette étude s'intéresse aux impacts de la communication thérapeutique sur la relation de soins en situations d'urgence.

Pour approfondir cette question, j'ai mené des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières en exercice dans des services hospitaliers différents. Les données recueillies ont ensuite été croisées avec les concepts théoriques se rapportant à ma thématique.

Les résultats de l'étude suggèrent que la communication est un élément essentiel de la relation de soin.

Ce travail a révélé que l'instauration d'une communication thérapeutique axée sur la recherche d'une prise en soin de qualité peut contribuer à l'amélioration de la santé physique et psychique du patient à court et long terme.

Cette méthode représente un outil intéressant pour réduire le stress induit en situation d'urgence et garantir une prise en charge de qualité. Cependant, des freins limitent son utilisation et sa mise en pratique nécessite une adaptation des soignants à chaque patient et à chaque situation. Les infirmiers doivent continuellement adapter leur style de communication avec les patients pour instaurer une relation de confiance.

Cette étude met en avant les bénéfices de la communication thérapeutique dans la relation de soin et souligne l'intérêt de penser sa communication.

This study aims to investigate the impact of therapeutic communication on the care relationship in emergency situations. To achieve this objective, semi-structured interviews were conducted with two nurses from different hospital departments. The collected data was then cross-referenced with the relevant theoretical concepts.

The findings of this study indicate that effective communication is a crucial component of the care relationship.

The establishment of therapeutic communication that emphasizes quality care can help to improve a patient's physical and mental health in both the short and long term. This approach can also be helpful in reducing the stress experienced in emergency situations and ensuring quality care. However, the implementation of this approach requires healthcare providers to be adaptable to each patient and situation. Nurses must continually adjust their communication style to build a relationship of trust with their patients.

This study highlights the benefits of therapeutic communication in the care relationship and emphasizes the importance of considering communication as an integral part of healthcare.

MOTS CLÉS : Communication thérapeutique, urgence, Prendre soin, Communication, Philosophie du soin.

MOTS CLÉS : Therapeutic Communication, Emergency, Taking Care, Communication, Care Philosophy,

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2023