

VIDAL Julie

Mémoire de fin d'étude - UE 5.6.S6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

*Infirmiers aux urgences : « d'ouvriers du soin¹ »
à « professionnels de l'humain¹ ».*



*Diplôme d'État infirmier
Sous la direction de Frédérique
LAFournÈRE*

*Institut de Formation en Soins Infirmiers du C.H.U. de Nice
Promotion 2009/2012*

¹ NEGRE I. , BIOY A. , BOURGEOIS F. « *Communication soignant-soigné, repères et pratiques* » IFSI formation paramédicales, 2ème édition, édition Bréal, 2009, page 24

¹ Ibid

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier ma guidante de mémoire, Madame Lafournère, pour m'avoir guider dans la réalisation de ce travail, pour sa disponibilité et ses conseils.

J'accorde une pensée particulière à Flore, Sandra et Stéphanie, pour le soutien mutuel que l'on s'est apporté et sans qui ces trois années n'auraient pas été les mêmes.

Mes remerciements s'adressent aussi à ma cadre de suivi pédagogique, Madame Padilla qui grâce à sa bienveillance m'a permis de cheminer jusqu'au diplôme d'état.

Ces trois années ont été riches d'enseignements et je remercie enfin tous les intervenants qui ont participé à la formation de la promotion 2009/2012.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	p.1
PREMIÈRE PARTIE : Constat professionnel	p.4
1. Méthodologie des entretiens exploratoires	p.5
2. Analyse des questionnaires	p.6
3. Éclairage théorique	p.9
DEUXIÈME PARTIE : Cadre conceptuel	p.11
1. Le service d'accueil des urgences : état des lieux	p.12
1.1 Définition but, et fonction du service des urgences	p.12
1.2 Évolution du service des urgences	p.14
1.2.1 Les nouveaux patients des urgences	p.14
1.2.2 Les urgences comme lieu d'accueil social	p.15
1.3 La situation de crise	p.16
1.3.1 Le patient en situation de crise	p.16
1.3.2 Un soignant aux compétences multiples pour un patient bien particulier	p.17
2. Les soins relationnels aux urgences : quelles difficultés ?	p.19
2.1 La communication comme support de la relation	p.20
2.2 « La communication est une interrelation »	p.21
2.2.1 Les facteurs de détérioration de la relation aux urgences	p.22
2.2.2 « Le cercle vicieux des soins conflictuels »	p.25
3. « Bien accueillir c'est déjà soigner »	p.27
3.1 L'accueil : de « l'ouverture du lien social » au soin à part entière	p.27
3.1.1 Les critères de l'accueil	p.28

3.1.2 Les attitudes aidantes	p.31
3.2 « Le cercle vertueux des soins relationnels ».....	p.33
3.2.1 Les bénéfices pour le patient	p.33
3.2.2 Les bénéfices pour l'infirmier	p.34
3.2.3 Les bénéfice pour l'organisation du service	p.34
HYPOTHÈSE	p.35
CONCLUSION	p.36
BIBLIOGRAPHIE	p.39
ANNEXES.....	p.42
I. Questionnaire	p.43
II. Carte heuristique	p.44
III. Processus de crise	p.45
IV. Pyramide de Maslow	p.46
V. Schéma de Shannon	p.47
VI. « Le cercle vicieux des soins conflictuels »	p.48
VII. « Le cercle vertueux des soins relationnels »	p.49

INTRODUCTION

J'ai pu me questionner plusieurs fois au cours de mes études sur ce qui faisait d'un infirmier un « bon » infirmier et sur celle que je voulais être.

Notre identité professionnelle se construit grâce aux outils fournis par les Instituts de Formation en Soins Infirmiers mais aussi au travers de nos expériences de stage, de l'encadrement reçu et bien évidemment de notre vécu personnel. Ainsi, chaque infirmier est différent et apporte une vision personnelle et complémentaire à la prise en charge pluridisciplinaire des patients.

Cependant, tous se mettent d'accord sur un point, et j'ai pu moi même en faire l'expérience en tant que stagiaire, leurs compétences personnelles et professionnelles sont mises à rude épreuve.

En effet, je me suis aperçue qu'il y avait des conditions de travail plus ou moins favorables, influençant la prise en charge des patients par le personnel soignant.

L'hôpital est touché de plein fouet par le manque de moyens dans les services publics entraînant manque de matériel et de personnel. Paradoxalement, face au vieillissement de la population, aux changements des comportements individuels et à l'amélioration des techniques médicales, on assiste à une augmentation croissante des besoins de santé.

Dans ce contexte une prise en charge globalisée et centrée sur l'humain est parfois difficile à mettre en place.

J'ai eu l'occasion de constater lors d'un stage de troisième année que ce phénomène est amplifié dans le Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.). En effet, devant une fréquentation souvent accrue et en raison du caractère urgent des consultations, il n'est pas toujours aisé d'allier rapidité et disponibilité.

Le facteur temps aux urgences est une composante importante pour les deux partenaires du soin. De cette façon, un infirmier dira souvent qu'il n'a « pas assez de temps » et un patient qu'il attend « trop longtemps ». Le temps est vécu de manière subjective, raccourci pour les uns et rallongé pour les autres. On peut alors voir apparaître des difficultés de communication pouvant amener au conflit relationnel.

Situation d'appel

Une situation m'a particulièrement interpellée et a été le point de départ de cette démarche de recherche.

Contrairement à un service traditionnel, celui des urgences a pour caractéristique d'avoir une charge de travail différente en fonction du moment de la journée.

Lorsque l'affluence est raisonnable, le soignant des urgences peut fournir rapidement aux patients un temps d'écoute, un soulagement rapide de la douleur et des explications quant au déroulement de son hospitalisation. A ce moment là, en tant qu'étudiante, mon travail prenait son sens dans la réassurance du patient, dans ma capacité à apaiser une personne en souffrance, à établir des liens entre pathologies, traitements et examens.

En revanche, comme il est fréquent de le voir aux urgences, le service peut doubler voire tripler le nombre d'entrées en quelques heures.

Ce jour là, les entrées se sont accumulées de façon considérable. La réaction des intervenants à été rapide. La cadence s'est accélérée pour permettre le désengorgement du service. Les soins étaient segmentés et s'effectuaient en chaîne. Le temps accordé aux malades était diminué et dans l'effervescence de la situation nous étions dans l'incapacité de leur expliquer la suite de leur prise en charge. Devant les demandes d'informations non satisfaites, les patients se sont sentis oubliés et ont manifesté leur colère. Nous avons dû faire face à des actes violents et conflits divers, mettant en danger patients et soignants.

De leur côté, les soignants se sont sentis frustrés de ne pas être reconnus malgré leur investissement.

Questionnement

Cette situation a mis en exergue l'impact de la surcharge de travail sur le fonctionnement du service des urgences. Les faits divers d'agression envers le personnel soignant sont de plus en plus courants. Le dernier en date au CHU de Grenoble¹ témoigne du malaise et de l'incompréhension qui gagnent les patients et leur famille lorsque les conditions d'hospitalisation se détériorent.

Quelles sont les causes de tels passages à l'acte ? Quelles sont les conséquences de la

¹ Lemonde.fr disponible sur http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/05/02/au-chu-de-grenoble-une-hospitalisation-vire-a-lagression_1694345_1651302.html, consulté le 10/05/2012

surcharge de travail du service pour les patients et les soignants des urgences ? Comment le personnel soignant vit-il l'agressivité et le mécontentement dirigé contre lui alors même qu'il dénonce ces conditions de travail ? En quoi l'organisation du service est-elle touchée par la diminution de la communication soignant-soigné ? Y-a-t-il des moyens pour endiguer les conflits ?

Ce questionnement m'a amenée à la question de départ suivante :

En quoi l'arrivée massive de patients au SAU influence le vécu du patient pendant son hospitalisation, l'intérêt professionnel du soignant et l'organisation du service ?

Motivations

Je pensais qu'aux urgences la rapidité et la qualité d'exécution des gestes techniques primaient. Mais en prenant du recul sur cette journée de stage, j'ai réalisé que la situation avait dégénéré au moment où, dans le surcroît d'activité, la communication et l'information au patient s'étaient amoindries. J'ai constaté l'importance de l'association du soin technique et du soin relationnel dans les relations entre le soignant et le soigné. De plus, j'ai trouvé intéressante la relation d'interdépendance qui s'établit entre le professionnel et le malade. Du comportement de l'un découle le bien-être de l'autre et inversement.

Dans une première partie consacrée au constat professionnel, j'exposerai la méthodologie de mon enquête exploratoire auprès des professionnels de terrain. Je présenterai ensuite l'analyse des questionnaires et enfin, je dégagerai mes concepts infirmiers dans un éclairage théorique. La deuxième partie de mon mémoire aura pour objet l'approfondissement des mes concepts, en lien avec le cadre de référence décrit ci-dessus.

Constat professionnel

1. Méthodologie de l'entretien exploratoire

Suite à l'élaboration de ma question de départ, j'ai cherché à comprendre auprès des professionnels les conséquences de l'arrivée massive des patients aux urgences.

Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire² composé de six questions ouvertes traitant de la spécificité du service d'accueil des urgences et de la complexité des relations soignant-soigné qui en découle.

Je souhaitais réaliser des entretiens semi-directifs avec 4 infirmiers, mais la charge de travail aux urgences étant impossible à déterminer à l'avance, mon premier entretien n'a pas été exploitable. L'infirmier a été interrompu de nombreuses fois, ses réponses ont été très brèves et nous n'avons pas pu finir le questionnaire.

Compte tenu de cela, j'ai envoyé les trois autres questionnaires par e mail. J'ai ainsi pu obtenir trois réponses riches et exploitables.

J'ai choisi d'interroger des soignants aux profils très différents :

- Un infirmier avec 7 années d'expérience dans le service des urgences.
- Une infirmière en poste depuis 8 mois.
- Un infirmier avec 6 ans d'exercice à son actif mais seulement 1 an dans ce service.

Je pensais obtenir ainsi des réponses diverses et variées mais l'analyse des questionnaires révèle peu d'opinions divergentes entre les infirmiers.

Pour réaliser cette analyse, j'ai d'abord organisé les idées recueillies au moyen d'une carte heuristique³. Cette carte m'a permis de mettre en évidence les relations qui se jouent entre l'infirmier et le patient en fonction du niveau de fréquentation des urgences.

J'ai ainsi pu dégager les 5 thèmes principaux explicités ci-dessous.

2 Annexe I : questionnaire

3 Annexe II : carte heuristique

2. Analyse des questionnaires

- Compétences et qualités de l'infirmier des urgences

Le service des urgences est un service à part dans le milieu hospitalier.

Les infirmiers parlent de vocation lorsqu'ils évoquent leur choix professionnel en médecine d'urgence en raison de la spécificité des **compétences requises** pour la prise en charge des patients en état de choc.

Face au rôle grandissant des urgences, tous mettent en avant la nécessité d'un tempérament dynamique associé à des **capacités relationnelles** et d'adaptation importantes. Devant la diversité des pathologies rencontrées aux urgences, les soignants décrivent aussi comme primordiale la maîtrise des connaissances techniques et théoriques.

- Les principales difficultés du service des urgences

Parmi les **difficultés rencontrées**, les soignants citent en premier lieu la violence ou l'agressivité des usagers. Ils mentionnent ensuite la douleur non calmée, la gestion de l'angoisse et la barrière de la langue comme les plus récurrentes.

Ces facteurs sont décrits par les trois infirmiers comme étant des facteurs de **diminution de la communication** qui altèrent la relation soignant-soigné et qui compliquent la prise en charge des malades.

Lorsqu'on interroge les soignants au sujet de ces difficultés, ils répondent que grâce à leurs compétences personnelles et professionnelles ces entraves à la relation sont la plupart du temps dépassées.

Ces derniers émettent cependant une réserve lorsque, à ces difficultés, s'ajoute l'**afflux massif de patients**.

- L'influence de la fréquentation du service sur le patient, le soignant et l'organisation du service :

Lorsque le service est au maximum de ses capacités, le temps accordé au patient est réduit et les professionnels avouent sacrifier à contrecœur le soin relationnel au profit du soin technique. Les facteurs constituant une entrave à la communication jusque là dépassés grâce à des entretiens personnalisés deviennent une source de problèmes lorsque la prise en charge psychologique est reléguée au second plan.

Devant le manque d'informations données au patient, les infirmiers constatent l'augmentation de l'anxiété, l'aggravation des pathologies, la multiplication des actes violents.

Du côté du soignant, tous décrivent les mêmes symptômes : fatigue psychique, stress, risque d'erreur augmenté, perte du sens de la relation, soins en chaîne et perte d'intérêt pour la profession.

Le service désorganisé par cet engorgement souffre d'une pénurie de brancards, d'un manque de personnel et d'un parcours de soin ralenti contribuant au stress général.

L'affluence amplifie donc les difficultés spécifiques des urgences (anxiété, douleur, violence, patients étrangers, alcoolisation). Cette contrainte supplémentaire ne permet plus aux soignants et notamment aux infirmiers de gérer toutes celles déjà existantes.

Une relation de cause à effet est établie par les trois infirmiers : l'afflux massif de patients entraîne la diminution de la communication, une relation soignant-soigné de moins bonne qualité aboutissant à la désorganisation du service.

Un point positif cependant est abordé par l'infirmier ayant 7 ans de carrière dans les SAU : le renforcement de la cohésion de l'équipe dans ces moments difficiles. Comme c'est souvent le cas dans les services de soins émotionnellement difficiles, les professionnels trouvent du soutien au sein de leur équipe. Ils décrivent leurs collègues comme une ressource qui leur permet de combattre le stress. Une équipe pluridisciplinaire soudée appréhende les situations

extrêmes avec plus de facilité.

- La technique au service de la relation pour une prise en charge globale du patient

L'importance du **premier contact** avec le patient en **situation de crise** est reconnue par les trois professionnels et tous s'accordent à dire que la **qualité de la relation** est déterminante dans la prise en charge du patient. Pourtant lorsque le temps manque, ils se concentrent d'avantage sur les soins techniques.

Ce sentiment est d'autant plus présent chez les deux infirmiers qui exercent dans le service depuis moins d'un an. Selon eux, la qualité du soin technique est un critère qui ne peut pas être négligé au risque de mettre le patient en danger. La maîtrise parfaite du geste est considérée par eux **comme un outil indispensable permettant au soignant de dépasser le rôle sur prescription pour s'attacher à la prise en charge globale du patient.**

Selon les infirmiers, la communication avec le patient en **situation de crise** est aussi importante que le soin technique. L'apaisement du corps et celui du psychisme vont de paire pour permettre au patient d'affronter ce moment difficile.

L'infirmier expérimenté nous confiera qu'il ne faut pas perdre de vue l'aspect humain de notre métier pour ne pas s'épuiser et trouver tous les jours l'épanouissement professionnel auquel on aspire.

- La communication comme facteur d'amélioration de la relation soignant-soigné

Dans le type de situation rencontré plus haut, les soignants citent comme seul moyen pour désamorcer les conflits **le dialogue et l'attention particulière.**

Le temps pris dans la réassurance du patient à son arrivée n'est-il pas en réalité un gain et de bien être gagné pour la suite de la prise en charge ?

3. Éclairage théorique

L'analyse des questionnaires a permis de confirmer l'incidence de la charge de travail sur la communication et la détérioration du lien thérapeutique aux urgences.

J'ai débuté mes recherches théoriques par l'étude du **contexte de l'urgence** et de son **évolution dans le temps**.

De nombreux écrits traitent du changement des comportements induit par la société et l'évolution de la médecine.

J'ai ainsi pu retrouver les facteurs en cause dans les tensions qui règnent dans les services d'urgences grâce notamment à l'ouvrage d'Aline Mouranges. Dans « Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier : manuel à l'usage des soignants », elle consacre une partie de son travail à l'étude de ce service. De même, la revue « Soins pédiatrie-puériculture » a publié un article concernant l'agressivité et la violence dans les services d'urgences.

Ces deux sources s'attachent à décrire les particularités du service qui rendent difficile la prise en charge des patients. Les notions les plus souvent évoquées sont celles de la **situation de crise** dans laquelle se trouve le patient ainsi que les **contraintes** qui s'exercent sur l'infirmière réduisant ses capacités d'écoute et de **communication**.

Ces éléments sont en accord avec les réponses des soignants interrogés. Ils sont décrits comme participant à l'amenuisement de la qualité de la **relation soignant-soigné** et entraînent des répercussions sur les deux protagonistes.

Grâce à l'ouvrage de Claude Curchaud, dans « relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits », j'ai pu mettre en évidence les processus participant au mécontentement des patients et à l'épuisement des infirmiers des urgences.

L'étude des attentes et des attitudes de chacun m'a permis d'étudier l'importance de la création d'un **lien thérapeutique** en toutes circonstances aux urgences. En m'appuyant sur les cours de l'U.E. 4,2 de soins relationnels, je m'attarderai sur les bénéfices d'un premier contact réussi à travers le concept d'**accueil**.

Cet éclairage théorique et l'analyse des questionnaires ont permis d'affiner ma question de départ. J'ai donc choisi d'orienter mon mémoire sur les enjeux du soin relationnel aux urgences et sur l'importance du partenariat soignant-soigné dans la qualité des soins.

QUESTION DE RECHERCHE

En quoi les contraintes internes et externes exercées sur l'infirmière des urgences modifient-elles la relation soignant-soigné ? Et comment y remédier ?

Le cadre conceptuel qui suit fera l'objet dans un premier temps de l'état des lieux du service d'accueil des urgences. Nous décrirons les buts, les missions et l'évolution du service avant de donner les caractéristiques des principaux acteurs en présence à travers les concepts de **situation de crise** et de **compétence professionnelle**.

Ensuite, nous étudierons les difficultés de la mise en œuvre du **soin relationnel** aux urgences ainsi que les conséquences des facteurs de détérioration de la communication qui en résulte.

Enfin, nous proposerons une hypothèse de solution adaptée à l'urgence en développant les enjeux de l'entretien d'**accueil**.

CADRE CONCEPTUEL

I. Le Service d'Accueil des Urgences : état des lieux

1. Définition, but et fonction du service des urgences

Dans le langage courant, l'urgence se rapporte à la nécessité d'agir vite.

Dans le secteur de la santé, à cette notion de rapidité s'ajoute la menace de l'intégrité physique ou de la vie d'une personne dans un délai bref.

Le SAU ne prend pas seulement en compte les urgences avérées, de plus en plus les professionnels sont à l'écoute des patients et de « l'urgence ressentie ⁴ » afin de traiter au plus tôt les pathologies pouvant s'aggraver.

La circulaire de la direction des hôpitaux du 14 Mai 1991⁵ définit les urgences comme étant : « *l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie* ».

Le service a pour **mission** d'accueillir 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et sans sélection, tout patient se présentant en situation clinique imprévue, et ce, même sans pièce d'identité ou couverture sociale.

Le service d'accueil des urgences assure la prise en charge de **différents types d'urgences** : médicales, chirurgicales, psychiatriques et sociales.

Depuis 1991, cette même circulaire définit le rôle de l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (I.A.O) qui a pour but d'**accueillir** les patients arrivant seul ou en ambulance. C'est à elle qu'incombe la tâche de repérer et évaluer les **signes de gravité** afin d'orienter le patient vers le lieu de soins le plus adapté.

L'IAO travaille à l'aide d'un logiciel de tri appelé 'terminal urgences' qui définit en fonction de l'état du patient un niveau d'urgence et une estimation du temps d'attente.

4 Définition du dictionnaire Reverso : pathologie considérée comme une urgence par le patient et/ou par son entourage. Consultable sur <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/urgence%20ressentie>

5 Circulaire n°DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation général : guide d'amélioration.

Les différents niveaux d'urgence sont au nombre de 5⁶: urgence immédiate, état très urgent (prise en charge < 15 minutes), état urgent (prise en charge <30 minutes), urgence relative (prise en charge dans les 60 minutes) et état non urgent (délais variables généralement supérieur à 120 minutes). Au delà de la prise en charge médicale, le rôle du personnel sera d'**informer** et d'apporter un **soutien psychologique** au patient.

Ce premier contact constitue la première étape dans l'admission du patient aux urgences. Il permettra en aval la prise en charge de sa pathologie par du personnel spécialisé et aboutira peut être à une hospitalisation dans un service de soins adapté.

On peut ainsi considérer l'accueil des urgences comme le « *pivot de l'organisation sanitaire*⁷ » : placé entre médecine libérale et services de soins traditionnels, assistance médicale et soutien social, urgence vraie et urgence ressentie, il répond à la demande de tous. Cependant, on observe depuis quelques années une dérive des missions d'origine, rendant de plus en plus délicate la dispensation de soins.

6 GUEFFET Isabelle, « *Accueil des patients aux urgences. Échelle de priorisation* », 19 pages, CHU de Nantes. Consultable sur: <http://ticem.sante.univ-nantes.fr/ressources/1211.pdf>

7 VASSY Carine, « *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire* », revue Mouvements 2004, n° 32, p. 67-74. Consultable sur : <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>

2. Évolution du service des urgences

Entre 1990 et 2008, la fréquentation des services d'urgences au niveau national a doublé, passant de 7 millions à 14 millions de passages⁸. Cette évolution croissante de la fréquentation en fait le service médical le plus fréquenté. Selon un rapport annuel de la Cour des Comptes, l'essor important de l'affluence dans les services d'urgences s'explique par le glissement du rôle premier des urgences : la prise en charge des cas les plus graves vers un « service de consultation non programmé⁹ »

1.2.1 Les nouveaux patients des urgences

À l'image de la société d'aujourd'hui, la santé devient **un produit de consommation**. Alexandre Manoukian compare l'hôpital à un supermarché, où «faire la queue et attendre son tour est considéré comme désagréable¹⁰ ». Les patients, appelés désormais des '**clients**' exigent rapidité et qualité. La psychologue clinicienne Aline Mauranges qualifie ces comportements de « demande de type toxicomaniaque¹¹ ». En effet, devant une médecine toujours plus performante et une société qui ne laisse pas de place à la faiblesse, ils attendent une réponse immédiate à leurs soucis de santé. Qu'il s'agisse d'un rhume ou d'un problème plus grave ils ne tolèrent pas l'attente, et se laissent conduire par leur **angoisse de vulnérabilité**.

Devant ce constat, les urgences sont victimes de leur succès. En effet, dans les représentations des patients, ce service est synonyme de professionnalisme et de technicité, on y trouve un personnel compétent et une technologie de pointe. De plus, à l'inverse de la médecine libérale, le service d'urgence fonctionne en horaires continus, rendant facilement accessible ces soins de qualité.

8 Le figaro santé.fr, « plus de 15 millions de patients aux urgences en 2008 ». Consultable sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2008/12/30/9373-plus-15-millions-patients-urgences-2008>

9 Cour des comptes - Rapport public annuel - 08 février 20, « les urgences médicales: constats et évolution récentes ». Consultable sur <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/12UrgencesMedicales.pdf>

10 MANOUKIAN Alexandre, « la relation soignant-soigné », édition Lamarre, 3ème édition, Rueil-Malmaison, 2008, page 11.

11 MOURANGES Aline, « Stress, souffrances et violence en milieu hospitalier : manuel à l'usage des soignants », éditeur MNH, Paris, collection Les guides préventions, 2011, page 46 ;

Devant les nombreux avantages que représente cette offre de soins, **nous voyons s'accroître la fréquentation du service** pour des problèmes qui ne relèvent pas à proprement parlé d'une urgence. Certains parlent même de « bobologie » qui viendrait parasiter les services d'urgences.

1.2.2 Les urgences comme lieu d'accueil social

Malgré l'évolution du service des urgences vers un service de soin hypertechnicisé, on ne saurait nier la vocation d'origine de l'hôpital : l'accueil des populations pauvres et des marginaux. Pour ces personnes souvent rejetées, ignorant les autres formes d'accès aux soins, ou attirées par la gratuité apparente de la prise en charge médicale, les urgences constituent pour un refuge ponctuel, une oreille attentive ou un espoir de réponse à leurs problèmes sociaux.

L'hôpital a élargi son **offre de soin**, alimentant ainsi la demande de toutes sortes de patients. Les professionnels sont amenés à gérer la polyvalence des **situations de crise** qui peuvent être d'ordre médical, psychiatrique ou social.

3. La situation de crise

1.3.1 Le patient en situation de crise

Le patient des urgences est un patient bien particulier : qu'il soit en détresse physique, psychique ou sociale, il se trouve toujours dans une situation qu'il n'a pas planifiée et à laquelle il n'a pas eu le temps de s'habituer. Il arrive dans un environnement inconnu, stressant et souvent bondé, il n'a pas ses repères habituels et s'inquiète pour sa santé et son devenir.

De façon plus générale, les psychologues qualifient cet état de « **situation de crise**¹² ». Elle est définie par Gerald Caplan, comme étant « *une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème* »¹³

Nous pouvons expliquer ce déséquilibre grâce au schéma proposé par Maslow. La pyramide de Maslow¹⁴ reprend, regroupe et priorise les besoins fondamentaux¹⁵ de chaque être humain. Les besoins supérieurs ne pouvant être satisfaits que lorsque les besoins inférieurs sont satisfaits, nous comprenons alors pourquoi lorsque **les besoins primaires de santé et de sécurité sont perturbés**, tout l'être s'en trouve désorganisé. Le patient se trouve dans un état de vulnérabilité qu'il n'a pas réussi à surmonter, il n'a plus accès à ses ressources ou mécanismes d'adaptation pour retrouver l'équilibre et ressent le besoin d'être épaulé par du personnel compétent.

Ce sentiment d'échec et de dépendance vis à vis des professionnels soignants majore son **stress** et élève d'un cran la tension.

Comme le précise la définition, une situation de crise représente un problème important pour

12 Annexe III : « processus de la crise » tiré de « *l'intervention en situation de crise* », santé mentale au Québec de Lecomte Y. et Lefebvre Y.,

13 Lecomte Y. et Lefebvre Y., « *l'intervention en situation de crise* », santé mentale au Québec, vol 11, n°2, 1986, page 123. Consultable sur <http://id.erudit.org/iderudit/030352ar>

14 Annexe IV : Pyramide de Maslow

Définition : La pyramide est constituée de cinq niveaux principaux. Selon Maslow, nous devrions rechercher d'abord à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant de penser aux besoins situés au niveau immédiatement supérieur de la pyramide.

15 Théorie élaborée par Virginia Henderson concernant un ensemble de besoins indispensable au bon développement de l'individu. Elle regroupe les besoins primaires « avoir » et secondaires « être ».

une personne en particulier et quelle que soit sa pathologie, grave ou bénigne. Par conséquent, **une urgence est subjective**, elle sera ressentie différemment selon le patient et « *quelle que soit la forme qu'elle prend, la personne qui subit cette crise a besoin d'aide pour y faire face et la surmonter*¹⁶ ».

L'étude du concept de la situation de crise nous montre que face à l'engorgement décrit plus haut, il ne faut pas perdre de vue la **singularité** de chaque situation.

Pour nous soignants qui avons l'habitude de côtoyer l'univers hospitalier, il s'agit de ne pas banaliser la situation, ne pas oublier que chaque patient est en train de vivre un événement exceptionnel.

En arrivant dans un service d'accueil des urgences, ce dernier veut pouvoir s'appuyer sur la compétence des soignants pour trouver une attention chaleureuse et rassurante. Dans une situation comme celle de la situation d'appel, le patient ne voit pas l'engorgement, ni la surcharge de travail du personnel, il est anxieux pour sa propre situation et veut pouvoir s'appuyer sur ceux qui ont le « savoir ».

16 FORMARIER Monique, « *les concepts en sciences infirmières* », Maillet édition, arsi, paris 2009, page 126.

1.3.2 Un soignant aux compétences multiples pour un patient bien particulier

L'univers angoissant des urgences nécessite un ensemble de compétences professionnelles pour la prise en charge globale du patient.

Pour Guy Leboterf, « **la compétence** d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela, il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources¹⁷. »

On donne souvent trois dimensions à la compétence : le **savoir** ou théorie, le **savoir-faire** ou la pratique et le **savoir-être** ou l'attitude à privilégier.

Ainsi pour l'infirmier des urgences, les **connaissances théoriques** doivent être étendues en raison de la multiplicité des pathologies rencontrées. Il devra avoir de solides bases dans les spécialités médicales faisant l'objet d'un grand nombre d'admissions (cardiologie, neurologie, gastro-entérologie...) et maîtriser parfaitement les gestes de premier secours.

Pour les mêmes raisons, il doit être à l'aise avec tous les **soins techniques** référencés dans le nouveau programme de formation afin que la prise en charge soit rapide et efficace.

Le savoir-être concerne les qualités individuelles du soignant qui lui seront utiles pour exercer sa profession. Les plus fréquemment citées sont la rapidité, le sang-froid, l'observation, la polyvalence mais surtout une grande place est accordée à **l'écoute et la bienveillance**.

Cette notion de savoirs combinés amène à penser que les soins infirmiers se situent à l'interface du **soin technique** et de **l'humanisme**, l'un devant être parfaitement maîtrisé pour laisser la place à l'autre.

¹⁷ FORMARIER Monique, « *les concepts en sciences infirmières* », Maillet édition, arsi, paris 2009, page 108.

II. Le soin relationnel aux urgences: quelles difficultés ?

Après la mise en place d'un diplôme d'état infirmier en 1938 qui conférait principalement à l'infirmière un rôle médico-délégué, la profession d'infirmière a beaucoup évolué. On a vu apparaître en 1978 la naissance du rôle propre infirmier. Depuis, de nombreux articles de loi ont vu le jour, légiférant ainsi l'importance de la compétence relationnelle.

Notamment l'article R. 4311-2 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique stipule que « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent **qualité technique et qualité des relations avec le malade.** [...] Ils ont pour objet, [...] de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, [...]*¹⁸ »

L'aide et le soutien psychologique sont aujourd'hui considérés comme **un soin** à part entière : « **le soin relationnel** ». C'est une notion abstraite appréhendée avec plus ou moins de facilité en fonction des personnalités. Elle fait l'objet de l'unité d'enseignement 4.2 du nouveau programme de formation des infirmiers, offrant à l'étudiant les clés d'une **attitude aidante**.

L'infirmier des urgences, aura largement l'occasion de mettre en pratique sa compétence 6 du portfolio « **communiquer** et conduire une **relation** dans un contexte de soin » afin de gérer au mieux les situations fréquemment stressantes de son service.

¹⁸ Code de la santé publique ; livre III ; Auxiliaires médicaux ; profession d'infirmier ; chapitre 1, section I, actes professionnels.

1. La communication comme support de la relation

Comme nous l'avons vu ci-dessus, communication et relation font partie intégrante de la profession d'infirmière. Afin d'étudier la spécificité du soin relationnel aux urgences, il nous paraît indispensable d'en définir le point de départ : la relation soignant-soigné.

Étymologiquement, relation signifie « *lien entre des personnes*¹⁹ ». La relation soignant-soigné est donc le lien qui s'établit entre un professionnel de santé, ici l'infirmier, et le malade. La communication, qu'elle soit verbale ou non verbale participe à la création de ce lien et influence les rapports entre individus. C'est un échange d'informations, une « *mise en commun*²⁰ », nous renvoyant à cette notion de lien entre deux individualités. D'une certaine manière, nous pouvons dire que la relation est sous-tendue par la communication. Or celle-ci peut varier en fonction des situations, des personnalités, de l'environnement ou du moment de la journée.

Ainsi plusieurs types de relations peuvent se mettre en place selon les possibilités ou l'investissement des deux acteurs en présence.

On peut trouver la **relation de civilité** qui s'en tient au rapport de courtoisie, elle « *s'inscrit dans un rituel social*²¹ ».

Ensuite vient la **relation de soin ou fonctionnelle**, permettant de recueillir les données essentielles pour la prise en charge du patient. A ce moment là, « *les habiletés du soignants peuvent déterminer la nature et le devenir de la relation*²² ».

Enfin, le dernier niveau de la relation est atteint grâce aux soins relationnels, on parle de **relation d'aide**. « *Pour qu'elle existe, la personne doit déjà se sentir en sécurité et en confiance*²³ ». Il s'agit de prendre en charge la personne toute entière et plus seulement la maladie dont elle souffre, et de l'aider à puiser dans ses ressources personnelles pour dépasser la crise.

19 Définition tirée du site internet du centre national en recherche textuelles et lexicales. Consultable sur: <http://www.cnrtl.fr/etymologie/relation>

20 Définition tirée du site internet du centre national en recherche textuelles et lexicales. Consultable sur: <http://www.cnrtl.fr/etymologie/communication>

21 Collectif SFAP, M.-C Daydé, M.-L Lacroix, C. Pascal, E. Salabaras Clergues, Masson, « *Relation d'aide en soins infirmiers* », 2eme édition, Issy-les-Moulineaux -Moulineaux, 2010 , page 28.

22 Ibid, page 29.

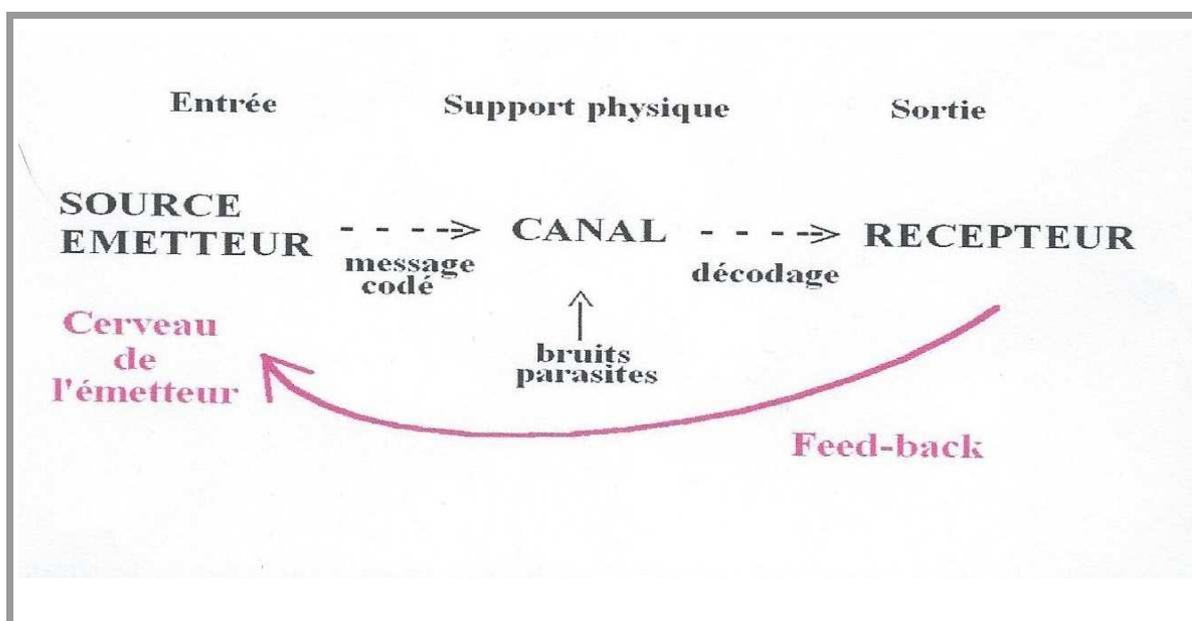
23 Ibid, page 39.

2. « La communication est une interrelation²⁴ »

Nous l'avons bien compris, de la communication découle la qualité de la relation.

Elle fait entrer en **relation d'interdépendance** les protagonistes qui y participent : les réactions de l'un retentissent sur l'autre et inversement. Ce mécanisme est d'autant plus complexe que chacun des interlocuteurs peut être perturbé par des facteurs intrinsèques et extrinsèques altérant la communication. Ils sont appelés « **parasites** ».

Nous pouvons illustrer ce mécanisme au travers du schéma de Shannon²⁵ ci dessous :



24 .Philippe Robert – « *Théories de la communication* ». Polycopié UNSA Sciences Humaines et Sociales – Psychologie PCEM 1 Année 2007-2008, 98 pages.

25 Annexe V : Schéma de Shannon et légendes.

2.2.1 Les facteurs de détérioration de la relation aux urgences

Aux urgences, les facteurs qui détériorent la relation sont nombreux. Il y a ceux liés au patient, ceux liés au soignant et d'autres relatifs à l'organisation du service²⁶.

- Facteurs liés au patient

L'émetteur envoie un message au récepteur et des interférences peuvent perturber l'échange entre les deux personnes. Qu'il soit émetteur ou récepteur, le patient en situation de crise ne peut pas gérer ces parasites. Le soignant aura pour tâche de par sa formation, de les identifier et d'aller à leur rencontre par l'intermédiaire des soins relationnels, afin d'aider le patient à s'adapter à cette situation inconnue.

Les limites sont de plusieurs ordres. Il y a celles **liées à la pathologie du patient** : douleur non soulagée, traumatisme physique ou psychologique sont source d'anxiété et réduisent ses capacités d'écoute et de coopération.

On trouve aussi les limites concernant sa **sphère personnelle et ses représentations** : le patient pourra être plus ou moins réticent lors de son hospitalisation aux urgences en fonction de son vécu. Le rappel d'un fait difficile comme le décès d'un proche, la solitude, l'habitude de l'hospitalisation ou au contraire l'appréhension d'un milieu inconnu seront autant de facteurs altérant la démarche de soin.

D'autres limites à la communication sont liées à **la prise de substances toxiques** comme l'alcool, le cannabis ou le surdosage médicamenteux. **Les circonstances de la prise en charge** vont aussi influencer le rapport entre le malade et l'infirmier : une personne arrivant menottée et violente ou une jeune fille agressée auront des besoins différents.

26 THYS F., VERMERIEN E., LAURENT M., PANALOZA A., VERSCHUREN F., MOULIN D.,
« Agressivité et violence dans les services d'urgences, moteurs de changement de pratiques ? », soins
pédiatrie-puériculture-n°252 janvier/ février 2010, page 32.

- Facteurs organisationnels

Les problèmes liés à l'organisation du service participent à l'élévation de la tension dans les services d'urgences. Ils agacent souvent les patients et rendent difficiles les conditions de travail des professionnels.

Devant le **manque de personnel** l'attente est souvent longue. Les **locaux exigus** et l'**engorgement** fréquent conduisent à la **promiscuité** et au manque d'intimité. Ces éléments sont souvent difficiles à accepter pour des personnes de milieux sociaux très différents.

De plus la **complexité du système de soins** génère un stress supplémentaire. Face à la **multiplicité des intervenants**, les patients ne savent pas toujours auprès de qui recueillir les informations qui les concernent.

Ces conditions d'hospitalisation sont souvent incompréhensibles et inacceptables pour certains patients et peuvent conduire à des « *crises clastiques* ». ²⁷

Le soignant, dans ces conditions « *doit protéger les personnes présentes en veillant à assurer la continuité des soins* » ²⁸ » ce qui diminue encore sa disponibilité et renforce l'insatisfaction des patients.

- Facteurs liés à l'infirmier

Le soignant est avant tout un être humain avec ses forces et ses faiblesses. Ainsi, il doit gérer les facteurs de détérioration de la communication liés à la personne qu'il soigne, ceux liés à l'organisation du service et ses propres parasites.

Même si il a appris à les reconnaître, il n'est pas toujours facile de les neutraliser de façon à ce qu'ils n'interfèrent pas dans la relation soignant-soigné.

Ils peuvent être de nature personnelle ou propre au métier d'infirmier.

27 THYS F., VERMERIEN E., LAURENT M., PANALOZA A., VERSCHUREN F., MOULIN D.,
« *Agressivité et violence dans les services d'urgences, moteurs de changement de pratiques ?* », soins
pédiatrie-puericulture-n°252 janvier/ février 2010, page 33.

28 Ibid

Le **stress** du professionnel est bien connu dans le secteur de la santé et bien souvent on parle de **fatigue physique, psychique et émotionnelle**.

Le manque de reconnaissance pour la profession de la part du grand public ou des autres professions de santé, la survalorisation des actes techniques, le manque de moyens participent à cette fatigue. De plus, la **pression** des patients exigeants et l'état d'encombrement du service d'accueil des urgences induit un **souci de rentabilité** qui le pousse à entrer dans un mode de soins en chaîne, contribuant à une **perte de sens dans la relation**.

Lorsque se surajoutent des **difficultés personnelles** ou que la pression n'est plus gérable, le soignant peut éprouver un sentiment de **démotivation** face au travail et s'en tenir alors à des relations de soin voire de civilité.

Claude Curchaud confirme que *« face à une organisation et à des conditions de travail insatisfaisantes, les soignants développent des stratégies de défenses individuelles [...], pour limiter leur souffrance. Elles renforcent à leur tour l'insatisfaction des patients générant alors un **cercle vicieux** contraire au développement de bonnes relations²⁹ »*

29 CURCHOD Claude, « *Relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits* », édition Masson, Issy-les-Moulineaux, 2009, page 23.

2.2.2 « *Le cercle vicieux des soins conflictuels*³⁰ »

Il existe parfois une trop grande différence entre les attentes du patient et les possibilités de l'infirmier. De cette **dichotomie** apparaît une incompréhension de l'un ou de l'autre pouvant mener au **conflit**.

Le patient en situation de crise est envahi par ce qui lui arrive et il est moins réceptif à son environnement. C'est au soignant qui a les compétences pour lever les barrières à la communication de mettre en place une attitude propice à l'échange, à la création du lien.

Mais que se passe-t-il quand le soignant ne peut pas faire cette démarche ?

Lorsque les facteurs qui accablent le soignant deviennent trop lourds à porter, il va développer des attitudes ou **mécanismes de défense** délétères à la personne malade. Ils sont inconscients et involontaires et permettent à la personne qui les utilise de lutter contre les situations difficiles.

A l'origine de la « *réduction des capacités d'écoute et d'expression*³¹ » on retrouve souvent d'après Claude Curchod les mécanismes suivants : la banalisation³², la rationalisation³³ et le déni³⁴. Quelles qu'en soient les raisons, **l'aspect relationnel du métier va être ébranlé et ne va rester que la sphère technique** à laquelle le soignant ne peut pas déroger. L'aspect quantitatif sera privilégié donnant une « *vision mécaniciste*³⁵ » du soin où le corps doit être « réparé » rapidement.

30 Annexe VI : « Le cercle vicieux des soins conflictuels » tiré de « *Relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits* » de CURCHOD Claude, page 5.

31 CURCHOD Claude, « *Relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits* », édition Masson, Issy-les-Moulineaux, 2009, page 76.

32 Définition : Le soignant se centre sur les soins techniques et s'occupe seulement de la souffrance physique de son patient en occultant sa souffrance psychique.

33 Définition du Centre National en Ressources Textuelles et Lexicales : « *justification consciente et rationnelle d'une conduite déterminée par des motivations inconscientes, ..., une explication en apparence logique, que l'on se donne pour justifier certains sentiments ou actes dus à des mobiles affectifs inconscients* ».

34 Définition du Centre National en Ressources Textuelles et Lexicales : « *mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante* »

35 CURCHOD Claude, « *Relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits* », édition Masson, Issy-les-Moulineaux, 2009, page 83.

Le malade en situation de détresse aiguë peut se sentir **objet de soin**, dépossédé de ses capacités de réflexion et de décision. Le manque d'**informations précises** ou d'**explications claires** accentue ce sentiment de passivité. Une **relation asymétrique** s'installe : le patient se sent dépendant du soignant qui a la connaissance.

De la demande insatisfaite du patient résulte un climat tendu qui menace la relation soignant-soigné.

Quand il se sent ignoré, le patient peut avoir des paroles ou des actes agressifs, renvoyant à l'équipe un **retour** (ou feed back³⁶) **négatif** de sa prise en charge.

L'infirmier des urgences va alors avoir le sentiment de ne plus être en capacité d'aider les autres, il se sent inefficace. Du décalage entre la réalité du métier et l'idéal envisagé va naître une **perte d'intérêt** pour la profession qui se répercutera sur le malade.

D'autres comportements défensifs vont se développer par la suite, réitérant en boucle ces réactions et donnant naissance au « **cercle vicieux des soins conflictuels**³⁷ »

Nous avons bien vu que l'univers « à toute vitesse » des urgences, mêlé aux problèmes individuels et organisationnels, rend difficile la mise en place d'une relation d'aide. Ces conditions de travail peuvent faire perdre de vue le besoin spécifique de réassurance du patient en situation de crise.

L'intérêt d'étudier les causes et conséquences de ce cercle vicieux réside dans la prise de conscience de ce dysfonctionnement par les professionnels. Ne pas se laisser enfermer dans un climat conflictuel et traiter à la source les facteurs qui peuvent l'être pourrait-il orienter autrement la relation soignant-soigné ?

Sur quelles spécificités du service pourrions-nous nous concentrer particulièrement pour mettre en place un soin aidant conciliant les attentes du patient et les possibilités du soignant ?

36 Définition : c'est la réponse du récepteur à l'émetteur dans le schéma de Shannon.

37 CURCHOD Claude, « *Relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits* », édition Masson, Issy-les-Moulineaux, 2009, Figure 11 page 64.

III. « *Bien accueillir c'est déjà soigner!*³⁸ »

Le service d'**accueil** des urgences est un service de transition. En ce sens, l'essentiel de la relation de l'infirmière avec le patient aux urgences réside dans l'accueil de celui-ci. Malgré les difficultés multifactorielles évoquées dans la deuxième partie, il est important pour les deux partenaires que ce premier contact ne soit pas banalisé. Comme le souligne M. Formarier, l'accueil est « un acte professionnel complexe et déterminant pour la suite des relations³⁹ »

1. L'accueil : de « *l'ouverture du lien social* » au soin à part entière.

Le concept d'accueil est défini par le dictionnaire Robert comme « la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand il arrive ». C'est un rituel social qui diffère en fonction de la culture ou de la religion. Il est souvent considéré comme le point de départ de toute relation et influence la suite des rapports entre individus.

En effet, les premières impressions de la rencontre sont capitales et déterminent la nature des relations qui vont suivre.

Appliqué au milieu médical, l'accueil est le **premier maillon de la chaîne de soins**. Il est d'ailleurs référencé dans l'article R4311-5 du code de la santé publique relatif aux actes professionnels de l'infirmier(e) comme faisant partie de son **rôle propre**.

L'entretien d'accueil est un soin relationnel enseigné aux étudiants infirmiers dans la cadre de l'unité d'enseignement 4,2. Son acquisition est contrôlée par des professionnels de terrain sur le portfolio dans la compétence 6.

Il prend toute son importance dans le cadre de l'urgence car en situation de stress, les traces que laisse le premier contact sont renforcées. Bien accueillir le patient en situation de crise est

38 Formation en médecine d'urgence, « *Les infirmiers à l'accueil des urgences* ».

Consultable sur <http://www.efurgences.net/publications/infirmiers.pdf>

39 FORMARIER M. , « *approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité* », tiré de recherche en soins infirmiers, n°75, décembre 2003, pages 15-21.

aussi important que les soins techniques prodigués : « *comment, en effet, obtenir un soulagement si le patient est paralysé par ce qui lui arrive, incapable de s'inscrire dans une stratégie de soin ?*⁴⁰ »

3.1.1 Les critères de l'accueil

Quel que soit le service, l'accueil est constitué de trois étapes qui s'inscrivent dans le temps : en premier lieu il faut sécuriser la personne, puis identifier ses besoins et ses ressources et enfin l'aider à s'adapter en mobilisant ses stratégies de coping.

Dans le cadre de ce mémoire nous nous intéresserons aux actions mises en place dans les services d'urgences à l'aide d'une grille d'évaluation de l'accueil élaborée par les étudiants en soin infirmier du CHU de Nice⁴¹.

- La première phase consiste à **sécuriser et rassurer** le patient. Elle a pour objectif de lui donner des **repères** de manière à ce qu'il maîtrise son nouvel environnement et sorte du sentiment d'insécurité.

Il faut lui **expliquer la chronologie** du parcours de soins et préciser les intervenants impliqués dans chaque étape : aide au déshabillage par une aide-soignante, auscultation du médecin, soins de l'infirmière, départ pour des examens exploratoires puis attente et analyse des résultats par le médecin. Le patient pourra ainsi reconnaître les différents professionnels et choisir de s'adresser aux uns ou aux autres en fonction de sa demande.

Concernant **les locaux**, le patient doit savoir que l'attribution des box est provisoire et qu'ils sont réservés en priorité aux soins. En cas de besoin il pourra être amené à patienter dans les couloirs.

L'attente paraît toujours plus longue lorsqu'on compte les heures au lieu de les décompter. En donnant au patient un **délai d'attente** approximatif et en lui expliquant le principe de priorité en fonction du niveau de gravité, il se montrera plus

40 NEGRE I. , BIOY A. , BOURGEOIS F. « *Communication soignant-soigné, repères et pratiques* » IFSI formation paramédicales, 2ème édition, édition Bréal, 2009, 158 pages.

41 Promotion 2009/2012, « *Grille d'évaluation de l'accueil* », IFSI du CHU de Nice, U.E. 4.2 de soins relationnels, 2011.

compréhensif.

Enfin, le **soulagement de la douleur, l'information** concernant l'intérêt des divers examens, la recherche d'un **consentement éclairé**⁴² et la **transparence** sur son état de santé sont primordiaux dans un service d'urgence et participe à l'adhésion du patient au projet de soin.

- La seconde phase consiste à **mieux connaître la personne**, c'est à dire évaluer ses **besoins**, ses **ressources** et ses éventuelles **difficultés**. Elle peut prendre la forme d'un recueil de données complet sur le motif d'hospitalisation, les symptômes précis, le vécu de la situation et les habitudes de vie. Grâce à cet entretien, l'infirmière et le médecin pourront évaluer la stratégie de soin à adopter et l'autonomie du patient de façon à optimiser sa prise en charge au service des urgences mais aussi en aval.
- La dernière phase va s'appuyer sur les deux précédentes pour **aider la personne à mobiliser ses ressources**. Le patient va pouvoir développer des stratégies d'adaptation, ou **stratégies de coping** pour gérer le stress causé par la situation problématique. Ce concept né en 1978 est défini par Lazarus et Folkman comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu*⁴³ ».

La stratégie de coping est une démarche individuelle, consciente et volontaire de protection. Selon Carl Rogers, « *tout individu est porteur du potentiel suffisant pour trouver sa propre réponse à ses difficultés*⁴⁴ ». Le rôle du soignant est alors d'**encourager** la verbalisation des émotions de la personne, de l'**accompagner** dans sa réflexion pour qu'elle trouve elle même des solutions.

42 Définition : c'est la permission donnée par le patient d'effectuer sur lui des actes ou investigations thérapeutiques après l'avoir informé de façon clair et intelligible des procédés, buts et conséquences de ces actes ou investigations.

43 PAULHAN I, équipe de psychologie de la santé, laboratoire de psychologie de la santé, université Bordeaux II., « *Le concept de coping* », consultable sur: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1992_num_92_4_29539

44 Collectif SFAP, M.-C Daydé, M.-L Lacroix, C. Pascal, E. Salabaras Clergues, Masson, « *Relation d'aide en soins infirmiers* », 2eme édition, Issy-les-Moulineaux -Moulineaux, 2010, page 36.

L'accueil précédemment décrit est particulièrement complet. Mais comme le dit Monique Formarier dans « *concepts en science infirmière* », en fonction du contexte toutes les étapes ne seront pas forcément nécessaires. Les besoins du patient ne nécessiteront peut être pas l'intégralité des trois phases de l'accueil ou l'état d'encombrement du service ne permettra pas aux infirmier de les appliquer à la lettre pour chaque patient.

Il ne faut pas oublier que l'entretien d'accueil n'est pas un soin protocolisé et celui qui le mène a toutes les compétences pour juger de la nécessité de telle ou telle étape pour tel ou tel patient.

Dans tous les cas, quel que soit le nombre d'étapes réalisées, l'accueil aura pour finalité d'apporter **réconfort**, **soutien** et **sécurité** au patient. Il prendra fin lorsque celui-ci disposera de toutes les **informations** nécessaires concernant sa santé et accordera sa **confiance** à l'équipe soignante.

N'est ce pas là la définition de la relation d'aide énoncée dans notre deuxième partie ?

3.1.2 Les attitudes aidantes de la communication

Pour que l'accueil prenne la forme d'une relation aidante et pour favoriser la création d'un lien de confiance, l'attitude et l'implication de l'infirmier ont autant d'importance que le contenu de l'entretien.

Il y a dans l'attitude du soignant une part d'inné relatif à son vécu et sa propre histoire qui influence son rapport au patient. Pour certains, il sera donc aisé d'entrer en relation avec autrui et d'autres éprouveront plus de difficultés. Ainsi l'application de certaines techniques de communication enseignées en IFSI pourra faciliter la mise en lien avec le patient.

Parmi ces outils, un psychologue humaniste américain, Carl Rogers, a décrit trois attitudes de base facilitant la relation aidante⁴⁶ : la congruence, la considération positive inconditionnelle et l'empathie.

Dans le langage littéraire, **la congruence** est « *le fait de coïncider, de s'ajuster parfaitement*⁴⁷ ». Ainsi, le soignant doit d'abord être en harmonie avec lui-même, c'est à dire dans un état d'accord parfait entre ses pensées, sa parole et ses actes, pour pouvoir s'impliquer ensuite dans une relation authentique avec le patient. Devant la sincérité de son interlocuteur, la personne aidée va pouvoir retrouver « *une cohésion entre ce qu'elle est en train de vivre et ses émotions*⁴⁸ » et va s'autoriser à les partager.

La considération positive inconditionnelle est une attitude chaleureuse qui vise à accueillir l'autre tel qu'il est. L'infirmier accepte le patient dans toute sa globalité, sans condition, avec respect et sans jugements de valeur.

L'empathie est la capacité de celui qui écoute de recevoir ce que vit l'autre, d'en ressentir les émotions **comme si** c'était les siennes mais sans jamais s'impliquer personnellement. Elle nécessite une bonne connaissance de soi et de ses limites afin de comprendre la souffrance d'autrui sans s'identifier à lui.

46 ROGERS Carl, « *le développement de la personne* », hors collection, 2ème édition, InterEditions, 2005, 296 pages.

47 Définition dictionnaire Larousse consultable sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/congruence/18217>

48 Collectif SFAP, M.-C Daydé, M.-L Lacroix, C. Pascal, E. Salabaras Clergues, Masson, « *Relation d'aide en soins infirmiers* », 2eme édition, Issy-les-Moulineaux -Moulineaux, 2010, page 35.

Ces trois attitudes de base peuvent être complétées par l'écoute active et la reformulation, concepts également développés par C. Rogers.

Lors de **l'écoute active**, le soignant doit se centrer sur le patient et se rendre disponible afin non pas « d'entendre » mais de comprendre les émotions que celui-ci ne verbalise pas concrètement.

La reformulation consiste à répéter les propos du patient de manière à ce que le message soit identique mais dit de façon différente. Il signale à l'interlocuteur que sa parole a été entendue et comprise. Cette attitude n'est possible que grâce à une écoute active.

Le langage du corps apporte aussi des informations supplémentaires. Le regard, l'expression faciale, la distance mise entre le patient et le soignant, la posture sont autant de messages envoyés au patient quant à la qualité et la nature de la relation établie. Veiller à la congruence entre le langage verbal et non verbal aidera au maintien d'une bonne communication.

En utilisant ces méthodes à toutes les étapes de l'accueil, le soignant redonne au patient l'opportunité de s'exprimer. Le langage lui permet de verbaliser sa souffrance et sa maladie et ainsi de les mettre à distance pour mieux les appréhender. De cette façon, il n'est plus une maladie à soigner mais une personne dont il faut prendre soin.

2. « Le cercle vertueux des soins relationnels »⁴⁹

Le service particulièrement éprouvant pour le soignant par les contraintes qu'il exerce sur lui, le conduisent à moins prendre en compte l'humain, pour se protéger et résister aux pressions toujours grandissantes. Ceci entraîne le cercle vicieux que nous avons décrit plus haut. Pour en sortir, il faut redonner du **sens à la relation**, dans la mesure de ce qu'il est possible de faire aux urgences.

3.2.1 Les bénéfices pour le patient

En privilégiant l'accueil, **les informations données et celles recueillies ont rassuré le patient, les attitudes bienveillantes des soignants lui ont redonné la parole et une relation de confiance** s'installe.

La confiance est, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la «croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence⁵⁰ ».

De ce point de vue et dans un contexte strictement professionnel, le climat de confiance établi grâce aux habiletés du soignant facilitera la coopération. Le patient reconnaîtra la capacité des soignants à traiter au mieux son problème et les soignants reconnaîtront le droit du soigné à décider de ce qui est le mieux pour lui. La parole de l'un pèse autant que la parole de l'autre. Les volontés du patient sont prises en compte et aucune décision n'est prise sans lui.

La relation n'est alors plus asymétrique : patient et soignant s'unissent dans un objectif commun qu'est **la promotion de la santé** du patient. On voit naître un **partenariat soignant-soigné ou alliance thérapeutique**. Le patient sait qu'il sera consulté en cas de besoin et **passé d'objet de soin à sujet**. Il sort d'un état de passivité et devient acteur de sa propre vie.

Ce partenariat donnera au patient le sentiment d'être accompagné dans sa situation de crise et « **favorisera le retour à l'équilibre de la personnalité traumatisée**⁵¹ ».

49 AnnexeVII : « le cercle vertueux des soins relationnels » tiré de « Relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits » de CURCHOD Claude, page 5.

50 Définition tirée du site internet du Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales, consultable sur <http://www.cnrtl.fr/définition/confiance>

51 BIROUSTE J., « *psychologie* », U.E. 1,1 semestre 1, Psychologie, sociologie, anthropologie, édition Foucher, Vanves, 2011, 221 pages.

3.2.2 Les bénéfices pour l'infirmier

La satisfaction du patient agit sur le professionnel comme un **renforcement positif** des actions qu'il a mises en œuvre.

Le soulagement physique et psychique du patient conforte l'infirmier dans ses **capacités à prendre** soin de lui et participe aussi à la reconnaissance de l'utilité de son rôle propre. Il se sent efficace et retrouve du **plaisir** à exercer sa profession.

La **satisfaction personnelle et professionnelle** se répercute sur la prise en charge du patient suivant, qui sera à son tour **apaisé** par l'accueil de l'infirmier.

Le bénéfice de ces comportements entraîne une réaction en chaîne appelée « **le cercle vertueux des soins relationnels** ».

En redonnant du sens à la relation, l'infirmier place le patient au centre du projet de soin.

La « *vision mécaniciste* » du soin devient alors une « *vision holistique* » et il passe « **du statut d'ouvrier du soin à celui de professionnel de l'humain**⁵² ».

3.2.3 Les bénéfices pour l'organisation du service

Les infirmiers avancent souvent l'argument du gain de temps pour expliquer une prise en charge qu'ils qualifient parfois de « tayloriste ». Il est vrai que si la relation d'aide appliquée à l'accueil demande du temps, il peut aussi en faire gagner: « *une personne qui se sent écoutée, comprise, participe d'avantage, elle est moins dans la plainte et l'appel à tout instant.*⁵³ ». Les situations conflictuelles peuvent de cette façon être évitées ou atténuées et l'ambiance du service améliorée.

52 NEGRE I. , BIOY A. , BOURGEOIS F. « *Communication soignant-soigné, repères et pratiques* » IFSI formation paramédicales, 2ème édition, édition Bréal, 2009, page 24.

53 Collectif SFAP, M.-C Daydé, M.-L Lacroix, C. Pascal, E. Salabaras Clergues, Masson, « *Relation d'aide en soins infirmiers* », 2eme édition, Issy-les-Moulineaux -Moulineaux, 2010, page 104.

HYPOTHESE

Si l'infirmier(e) arrive à mettre en place en toutes circonstances un accueil de qualité, alors la relation soignant-soigné établie aboutira à la satisfaction du patient et à l'épanouissement professionnel du soignant, critères en jeu dans la qualité des soins.

CONCLUSION

Au début de la formation, je me concentrais principalement sur l'acquisition de l'ensemble des gestes techniques pensant que l'essentiel du métier d'infirmier était basé sur ce savoir-faire. Mon stage aux urgences, par la réflexion qu'il a amenée, m'a permis de me rendre compte de l'enjeu du soin relationnel dans la qualité des soins infirmiers.

J'ai débuté ma troisième année de formation en ayant validé la plupart des soins techniques et je me sentais prête pour effectuer ce stage aux urgences. C'était pour moi l'occasion de me perfectionner et de renforcer mes connaissances théoriques. Mais sur ce lieu de stage chargé en émotions j'ai été confrontée à des difficultés que j'avais sous-estimées. Face aux problèmes organisationnels, à la diversité des pathologies et au besoin de réassurance du patient, les compétences les plus sollicitées n'étaient pas celles relatives à la maîtrise du geste. Les patients s'attendaient bien sûr à une prise en charge médicale de qualité, mais aussi et surtout à une prise en charge psychologique à la hauteur de leur traumatisme.

Toute la difficulté a été pour moi de gérer les contraintes externes et internes propres au service des urgences tout en restant attentive et à l'écoute des besoins du patient. J'ai alors compris toute l'importance du soin relationnel ainsi que la maîtrise, la polyvalence et la performance qu'il implique pour pouvoir le mettre en place dans ce contexte.

Les rencontres formelles ou informelles avec les professionnels qui m'ont encadrée ont confirmé qu'ils partageaient ce sentiment et qu'au delà du manque d'expérience qui était le mien, les conditions de travail étaient par moments décourageantes et frustrantes.

Mon exploration et mes lectures m'ont amenée à m'interroger sur les aspects du service à exploiter pour rendre à l'infirmier son rôle d'aidant. La réponse s'est imposée avec évidence. L'intitulé du service, Service d'**Accueil** des Urgences, mettait en valeur les possibilités offertes par l'entretien d'accueil.

En se détachant de la pression imposée par le rendement du service, l'infirmier peut agir à son niveau. **L'accueil comme soin relationnel** peut être une parenthèse ouverte dans le stress de

l'urgence pour établir une **relation de confiance**. En redonnant une dimension humaine aux soins on renonce au morcellement de la personne pour prodiguer **un soin de qualité**. En effet, d'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, « *La qualité des soins, c'est délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins*⁵⁴ ».

Pour respecter le nombre de pages autorisé, j'ai volontairement axé mon mémoire seulement sur l'aspect relationnel entre un soignant et un soigné, mais d'autres notions auraient mérité d'être développées. Le travail en équipe, l'épuisement professionnel et le prendre soin de soi entrent activement en jeu dans la qualité des relations soignant-soigné et pourraient faire l'objet de pistes supplémentaires si le travail de recherche devait continuer.

En effet, il importe de ne pas perdre de vue que l'infirmier travaille au sein d'une **équipe pluridisciplinaire** et que son seul travail ne suffit pas à la qualité de la prise en charge des patients. Savoir transmettre les bonnes informations, solliciter à bon escient les différents professionnels, collaborer avec l'ensemble de l'équipe et passer le relais lorsqu'on se sent en difficulté fait aussi partie d'une démarche de qualité.

La bonne entente et le soutien entre collègues potentialisent les compétences de chacun et constituent le moteur du bon fonctionnement du service.

De son côté, le soignant doit connaître ses limites pour ne pas atteindre l'épuisement professionnel. Le manque de moyens dans le secteur de la santé crée des dysfonctionnements dans l'organisation du travail : surcharge de travail, glissement des rôles, interruption des tâches, manque de reconnaissance... De plus le poids émotionnel que représentent les métiers de la santé (mort, handicap, refus de soins) conjugué à des problèmes personnels peuvent conduire à un « ras-le-bol » général ou **burn-out**.

L'infirmière doit alors accepter de ne pas pouvoir maîtriser tous les facteurs contre lesquels elle ne peut rien. Elle doit avant tout se ménager, prendre soin d'elle pour se prémunir des situations stressantes auxquelles elle est confrontée. En protégeant sa **sphère personnelle**

54 Rapport ANAES, 1999.

(activités, amis, famille...) elle trouvera l'**équilibre** nécessaire pour prendre soin des autres sans être fragilisée.

Ce mémoire a été une véritable introspection. En rassemblant mes connaissances pour la réalisation de ce mémoire, je me suis aperçue combien la formation m'avait fait évoluer. Elle m'a permis d'acquérir les bases de mon futur exercice professionnel mais aussi et surtout elle a été une succession de remises en question qui m'ont fait mûrir.

La richesse de cette formation a été au travers des enseignements reçus, des personnes rencontrées, des erreurs commises et de l'encadrement reçu, l'objet d'une réflexion continue. En nous incitant à toujours nous interroger sur le sens de nos actes, elle nous a amenés à développer de nouvelles valeurs personnelles et professionnelles.

Mon mémoire est à l'image de ma représentation du métier d'infirmière, fait de recherches, de rencontres, de soutien, de questionnement, d'envie de bien faire, d'assurance et de découvertes, différent de ce que j'avais imaginé au départ, mais source de réflexion personnelle et d'apprentissage.

BIBLIOGRAPHIE

- **Ouvrages**

BIROUSTE J., « psychologie », U.E. 1,1 semestre 1, Psychologie, sociologie, anthropologie, édition Foucher, 2011, Italie, 222 pages

Collectif SFAP, DAYDÉ M.-C, LACROIX M.-L , PASCAL C., SALABARAS E
CLERGUES É, « *Relation d'aide en soins infirmiers* », Masson, 2eme édition, Issy-les
-Moulinaux, 2010 , 145 pages

CURCHOD Claude, « *Relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits* », édition
Masson, Issy-les -Moulinaux, 2009, 211 pages

FORMARIER Monique, « *Les concepts en sciences infirmières* », arsi, Paris, 2009, 290
pages

MANOUKIAN alexandre, « la relation soignant-soigné », édition Lamarre, 3ème édition,
Rueil-Malmaison, 2008, 223 pages

MOURANGES Aline, « Stress, souffrances et violence en milieu hospitalier : manuel à
l'usage des soignants », éditeur MNH, Paris, collection Les guidespréventions, 2011, 163
pages

NEGRE I. , BIOY A. , BOURGEOIS F. « *Communication soignant-soigné, repères et
pratiques* » IFSI formation paramédicales, 2ème édition, édition Bréal, 2009, 158 pages.

ROGERS Carl, « le développement de la personne », Collection: Hors Collection,
InterEditions
2005 - 2ème édition - 296 pages

- **Sites internet**

Définition dictionnaire Reverso.

Consultable sur <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/urgence%20ressentie>
Consulté le 23 avril 2012

Mémoire de GUEFFET Isabelle, « *Accueil des patients aux urgences. Echelle de
priorisation* », CHU de Nantes.

Consultable sur: <http://ticem.sante.univ-nantes.fr/ressources/1211.pdf>
Consulté le 23 avril 2012

VASSY Carine, « *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire* »

Mouvements 2/2004 (n° 32), p. 67-74.

Consultable sur : <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>

Consulté le 23 avril 2012

Le figaro santé.fr, « *plus de 15 millions de patients aux urgences en 2008* ».

Consultable sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2008/12/30/9373-plus-15-millions-patients-urgences-2008>

Consulté le 23 avril 2012

Cour des comptes - Rapport public annuel - 08 février 20, « *les urgences médicales: constats et évolution récentes* ».

Consultable sur <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/12UrgencesMedicales.pdf>

Consulté le 23 avril 2012

Source: Lecomte Y. et Lefebvre Y., « *l'intervention en situation de crise* », santé mentale au Québec, vol 11, n°2, 1986, page 123.

Consultable sur <http://id.erudit.org/iderudit/030352ar>

Consulté le 25 avril 2012

Définition tirée du site internet du Centre National en Ressources Textuelles et Lexicales.

Consultable sur: <http://www.cnrtl.fr>

Consulté le 25 avril 2012

Formation en médecine d'urgence, « Les infirmiers à l'accueil des urgences ».

Consultable sur <http://www.efurgences.net/publications/infirmiers.pdf>

Consulté le 19 avril 2012

Équipe de psychologie de la santé, laboratoire de psychologie de la santé, université II, PAULHAN I., « Le concept de coping »

Consultable sur http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1992_num_92_4_29539

Consulté le 28 avril 2012

Site internet du dictionnaire Larousse

Consultable sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/congruence/18217>

Consulté le 28 avril 2012

- **Articles de revue**

THYS F., VERMERIEN E., LAURENT M., PANALOZA A., VERSCHUREN F., MOULIN D., « *Agressivité et violence dans les services d'urgences, moteurs de changement de pratiques ?* », soins pédiatrie-puériculture-n°252 janvier/ février 2010

- **Textes de loi**

Circulaire n°DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation général : guide d'amélioration.

Code de la santé publique ; livre III ; Auxiliaires médicaux ; profession d'infirmier ; chapitre 1, section I, actes professionnels.

- **Cours**

Promotion 2009/2012, « *Grille d'évaluation de l'accueil* », IFSI du CHU de Nice, U.E. 4.2 de soins relationnels, 2011.

Philippe Robert – « *Théories de la communication* ». Polycopié UNSA Sciences Humaines et Sociales – Psychologie PCEM 1 Année 2007-2008, 98 pages

ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE

Entretien exploratoire de mémoire de fin d'étude

Ce questionnaire vise à étudier les représentations des soignants dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, les meilleures étant les plus spontanées!

Je vous remercie d'avance pour le temps accordé à ce questionnaire.

1) Combien d'ancienneté avez-vous en tant qu'infirmier au Service d'Accueil des Urgences? Est-ce votre premier poste? **(J'ai voulu mettre en relation l'expérience et la compétence relationnelle)**

2) Pour vous, quelles sont les qualités d'une infirmière aux urgences? Citez 3/4 critères en les argumentants. **(J'ai voulu savoir quelle place représente la communication et le soin relationnel pour les infirmiers des urgences)**

3) Dans votre pratique quotidienne, à quelles difficultés êtes vous le plus souvent confronté? Comment l'expliquez-vous? **(J'ai voulu savoir quelles difficultés posent le plus de problèmes à l'exercice de la profession d'infirmier aux urgences.)**

4) A quel moment sentez-vous que la relation soignant/soigné s'amointrit?

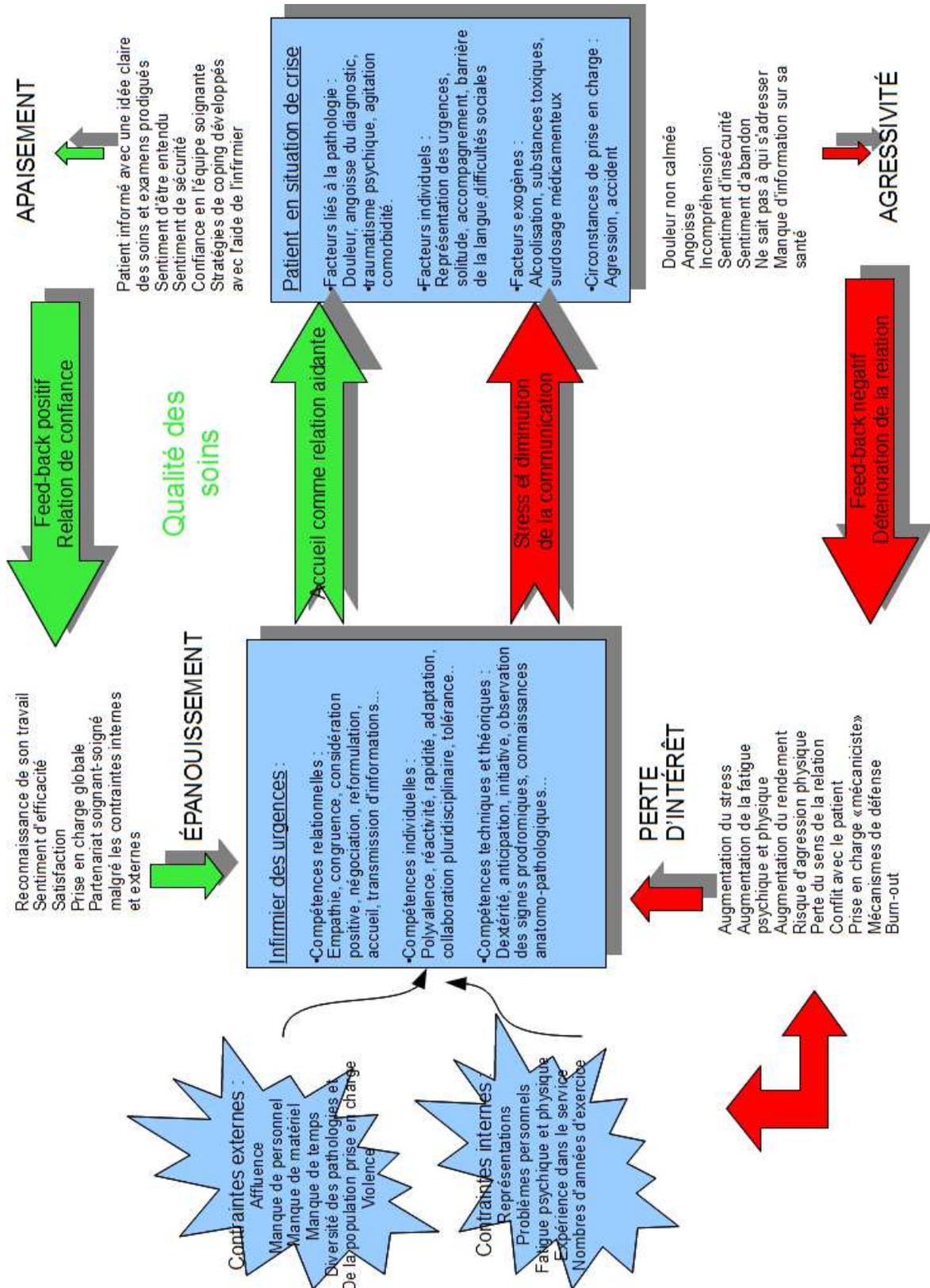
Cherchez-vous à y remédier? Le pouvez-vous toujours?

(J'ai voulu savoir quelle explication le soignant donne à la détérioration de la relation et les moyens qu'il met en œuvre pour rétablir le soin relationnel. J'ai aussi voulu savoir si le rétablissement du soin relationnel était toujours possible et s'il ne dépend que du soignant)

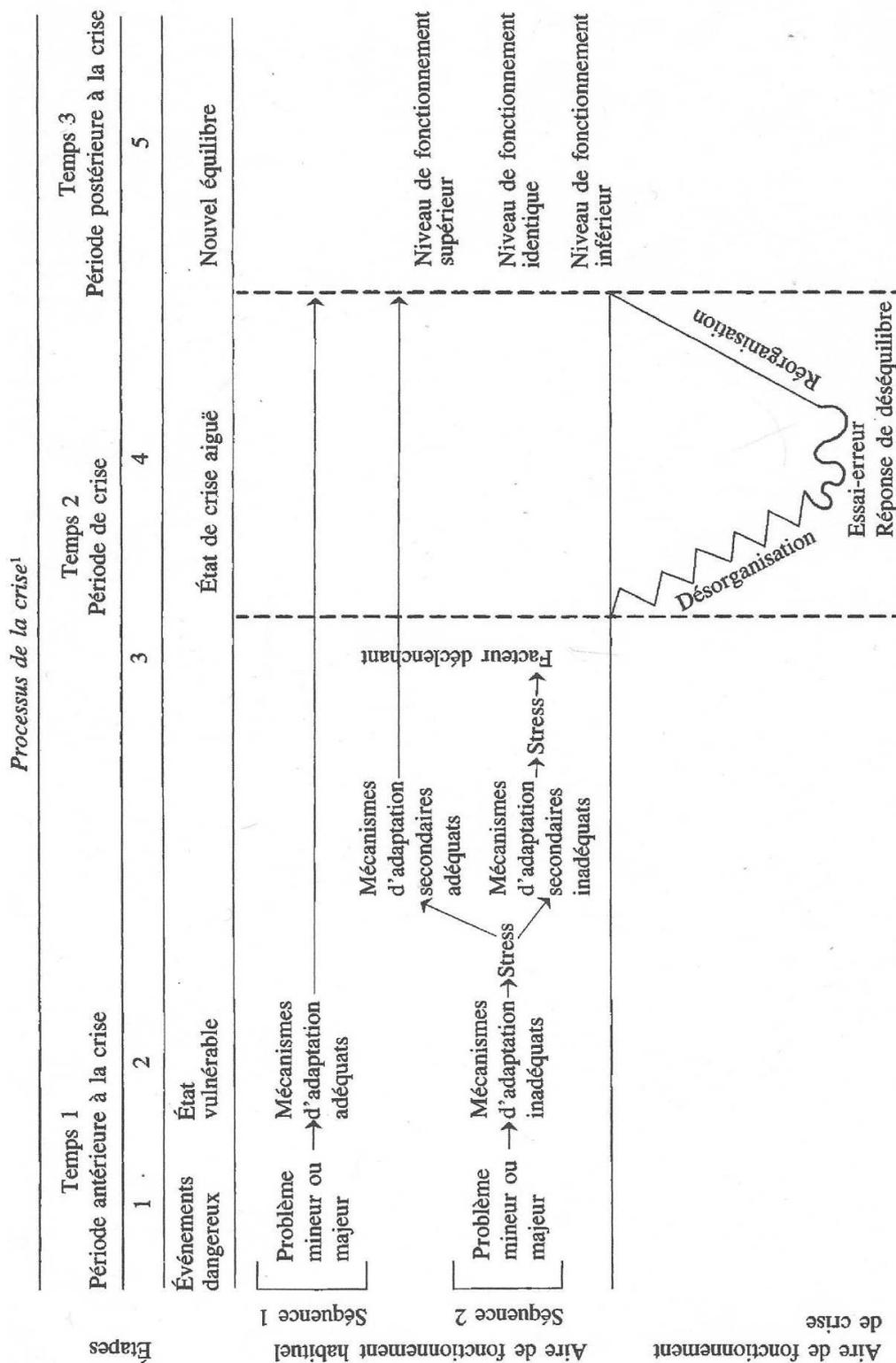
5) Lors d'une augmentation brutale de l'affluence aux urgences, quelles sont les conséquences que vous pouvez observer pour vous, le patient, l'organisation du service? **(J'ai voulu connaître les impacts de l'affluence sur la qualité de la prise en charge.)**

6) D'après vous, lors des moments d'affluence, si vous arrivez à établir une communication de qualité avec le patient, quels bienfaits cela peut-il engendrer sur vous, le patient, le fonctionnement du service? **(J'ai voulu savoir si le soignant pensait qu'en rétablissant le plus tôt possible une communication efficace les situations stressantes pouvaient être atténuées.)**

ANNEXE II : CARTE HEURISTIQUE



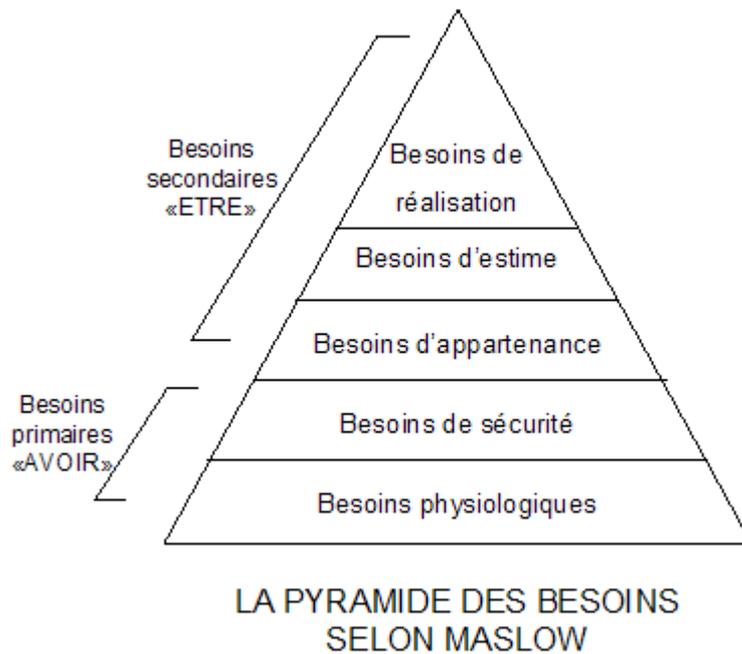
ANNEXE III : PROCESSUS DE CRISE⁵⁵



1. Adapté de Parad et al. (1975), Puryear (1979) et Golan (1978).

55 Lecomte Y. et Lefebvre Y., « L'intervention en situation de crise », santé mentale au Québec, vol 11, n°2, 1986, page 123. Consultable sur <http://id.erudit.org/iderudit/030352ar>

ANNEXE IV : PYRAMIDE DE MASLOW



Définition :

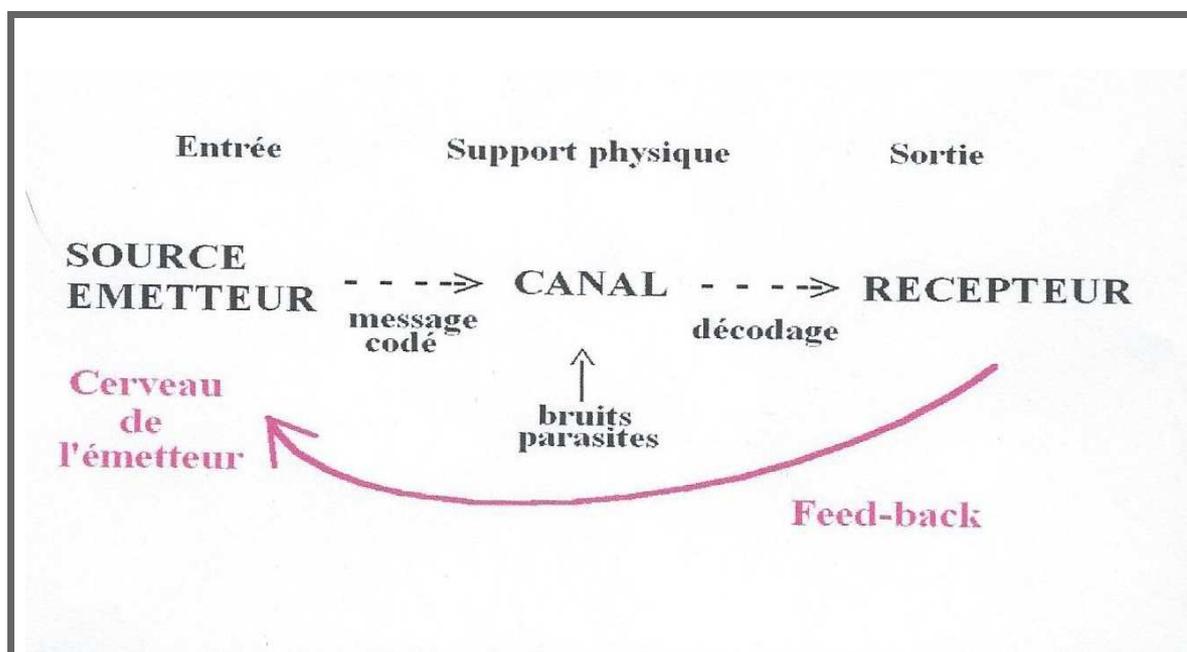
« Selon Abraham Maslow, l'homme n'atteint la plénitude et le succès que si il est satisfait sur tous les domaines classés par ordre de priorité.

Le premier palier est d'ordre physiologique, le second est la sécurité, ensuite vient l'appartenance, puis la reconnaissance et enfin l'accomplissement de soi.

Voici ce qu'explique la théorie de Maslow : chaque palier doit être entièrement comblé avant que l'homme ne puisse combler le palier supérieur⁵⁶. »

⁵⁶ Blog du succès, « pyramide de Maslow: schéma et explication », consultable sur <http://www.blogdusucces.com/pyramide-de-maslow-schema-et-explication-2/>

ANNEXE V : SCHÉMA DE LA COMMUNICATION SELON SHANNON

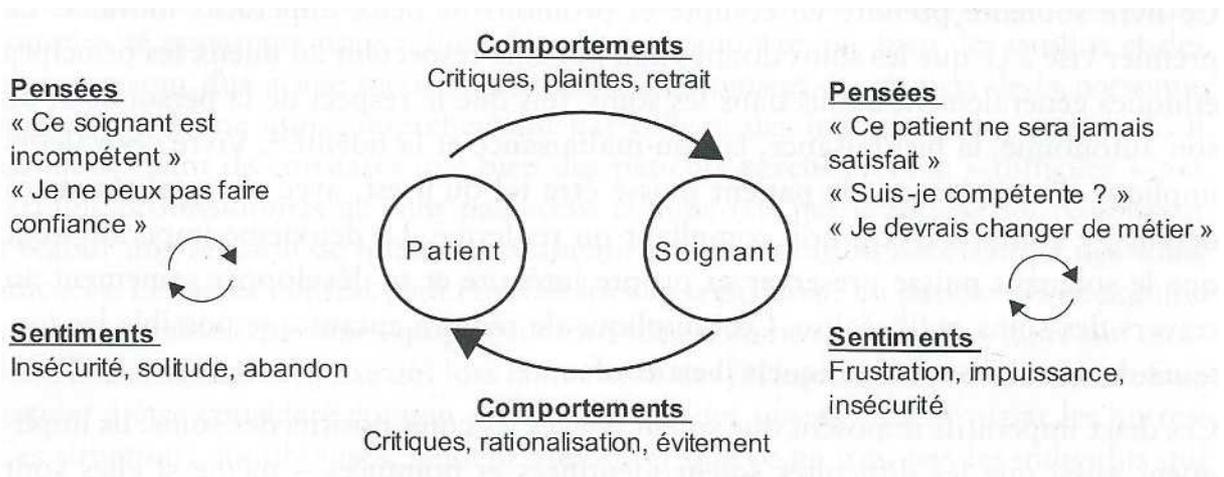


Légende⁵⁷:

- Émetteur : personne qui envoie le message
- Récepteur : personne qui reçoit le message
- Parasites : Élément qui altère la communication et gênent la compréhension du message. Ils peuvent être de nature physique (bruit environnant), psychologique (préjugés) ou sémantique (signification mal comprise).
- Canal : tout moyen de diffusion du message (voix, écrits, regard, geste, attitudes...)
- Message codé : ensemble des signes-signaux, ainsi que ses règles fonctionnelles d'application utilisé pour formuler un message.
- Décodage : travail effectué par le récepteur pour comprendre le message.
- Feed-back : réponse du récepteur à l'émetteur. Cet élément est essentiel, sinon la communication est interrompue.

⁵⁷ Légende tirée de NEGRE I. , BIOY A. , BOURGEOIS F. « *Communication soignant-soigné, repères et pratiques* » IFSI formation paramédicales, 2ème édition, édition Bréal, 2009, page 51.

ANNEXE VI : « LE CERCLE VICIEUX DES SOINS CONFLICTUELS »



ANNEXE VII : « LE CERCLE VERTUEUX DES SOINS RELATIONNELS »

