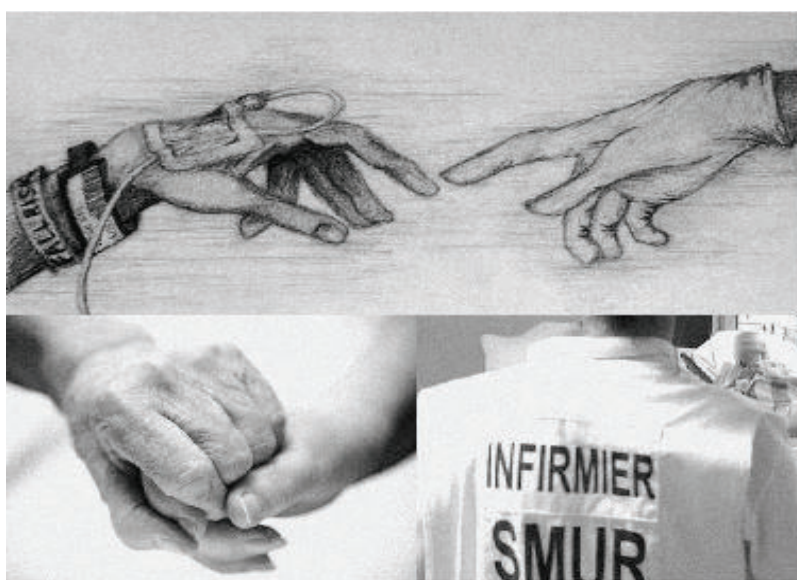


IFSI du Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes



Les soins relationnels en situation d'urgence pré-hospitalière

Diplôme d'Etat Infirmier
Promotion 2013 - 2016



Mémoire présenté par Kathleen BALMES

Mai 2016

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont aidée et soutenue durant ces 3 années d'études ainsi que dans la réalisation de ce travail.

Ma guidante dans ce travail, pour son aide précieuse et son expérience.

Ma référente de suivi pédagogique, pour son accompagnement durant les 3 ans.

Le co-jury, ainsi que toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Mes collègues de promotion, devenues amies, pour leur soutien dans la réalisation de ce travail ainsi que durant ces trois années d'études.

Enfin, je remercie ma famille et mes proches pour m'avoir supportée malgré mon stress et mes humeurs plus ou moins faciles à vivre.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. SITUATIONS DE DEPART ET INTERET PROFESSIONNEL | 1 |
| 1.1 Situations de départ | 1 |
| 1.2 Questionnement | 3 |
| 1.3 Intérêt du sujet et motivations | 3 |
| 2. CADRE THEORIQUE | 4 |
| 2.1 L’Infirmier(e) Diplômé(e) d’Etat | 4 |
| 2.1.1 Le soin infirmier | 4 |
| 2.1.2 Compétences infirmières | 5 |
| 2.2 Urgence pré-hospitalière | 6 |
| 2.2.1 Définitions | 6 |
| 2.2.2 Différents acteurs du secours en France..... | 7 |
| 2.2.3 Caractéristiques de l’urgence pré-hospitalière..... | 7 |
| 2.3 Relation soignant-soigné | 8 |
| 2.3.1 Définition..... | 8 |
| 2.3.2 Concept de communication | 9 |
| 2.3.3 Attitude et comportements IDE | 11 |
| 2.3.4 Contexte de l’urgence pré-hospitalière | 13 |
| 3. ENQUETE | 14 |
| 3.1 Objectifs | 14 |
| 3.2 Méthodologie | 14 |
| 3.3 Choix de la population : critères d’inclusion et d’exclusion | 15 |
| 3.4 Choix du moment et préparation | 15 |
| 3.5 Déroulement des entretiens | 15 |
| 3.6 Limites | 15 |

| | |
|---|-----------|
| 4. DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE A L'ANALYSE COMPREHENSIVE | 16 |
| 4.1 Analyse descriptive | 16 |
| 4.1.1 Le contexte du pré hospitalier..... | 16 |
| 4.1.2 Le patient au centre de la prise en charge | 16 |
| 4.1.3 La relation en situation d'urgence en pré hospitalier | 17 |
| 4.1.4 L'importance de l'expérience | 18 |
| 4.1.5 La plus-value de la relation soignant-soigné dans la prise en charge pré- hospitalière | 19 |
| 4.2 Analyse compréhensive..... | 19 |
| 4.2.1 Convergences..... | 19 |
| 4.2.2 Complémentarités | 21 |
| 4.2.3 Divergences | 22 |
| 5. HYPOTHESE..... | 23 |
| CONCLUSION..... | 24 |

INTRODUCTION

Arrivant au terme de 3 années d'études à l'IFSI et afin d'obtenir le diplôme d'état d'infirmier, un travail d'initiation à la recherche m'est demandé. En lien avec mon vécu et mon projet professionnel, j'ai choisi de travailler sur les soins relationnels en situation d'urgence en pré-hospitalier. Ainsi tout au long de ce travail je tenterai de partager mon cheminement dans cette étude tant sur le plan théorique que pratique à travers une enquête sur le terrain.

Après avoir décrit mes situations, énoncé mon questionnement et mes motivations, je développerai le cadre théorique, puis l'enquête qui sera dissociée en deux grandes parties : tout d'abord la méthodologie de l'enquête puis l'analyse des entretiens réalisés et leur confrontation avec le cadre de recherche. J'émettrai ensuite des hypothèses en lien avec ma question de départ. Enfin je terminerai par une conclusion de mon travail.

1. SITUATIONS DE DEPART ET INTERET PROFESSIONNEL

1.1 Situations de départ

Situation n°1 :

Je suis de garde de nuit avec mes « collègues » sapeurs-pompiers. Je fais partie de l'équipage du Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV), appelé vers 22h au domicile d'une dame âgée de 85 ans présentant des difficultés respiratoires. A notre arrivée, la dame se trouve dans son salon, installée dans son fauteuil. Sa fille est présente. La victime a beaucoup de mal à respirer, elle est en sueurs, elle parvient difficilement à parler et j'observe des larmes dans ses yeux. Nos actions s'enchaînent, prise de la saturation en oxygène, tension artérielle, fréquence cardiaque, température. La patiente est tachycarde, sa tension artérielle est élevée, la saturation est aux alentours de 80%, nous la plaçons sous O₂ à l'aide d'un masque à haute concentration. Une demande de renfort médical (SMUR¹) est effectuée auprès du centre 15 par le Chef d'agrès du VSAV. Celui-ci complète ses investigations afin de recueillir le plus

¹ Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

d'informations possibles sur les antécédents, traitements, allergies auprès de la famille. Quelques minutes plus tard, le SMUR arrive, le médecin diagnostique un OAP². La prise en charge se poursuit, elle est scopée, un ECG est fait, elle est perfusée, conditionnée pour le transport jusqu'au VSAV, puis évacuée avec médicalisation vers le centre hospitalier le plus proche. A l'arrivée aux urgences, nous la transférons à la SAUV³. Elle est prise en charge par le personnel du service.

A la fin de l'intervention, durant le retour au centre de secours, je me suis questionné, j'ai alors été interpellée par le fait que nous n'avons pas réellement été dans la relation avec la victime.

Situation n°2 :

Il est environ 10h30 lorsque notre équipe sapeur-pompier est appelée pour un enfant de 3 ans et demi ayant chuté sur un vase à son domicile. A notre arrivée sur les lieux, le père de l'enfant paraît très inquiet, l'enfant est allongé sur le canapé familial, une serviette recouvre son ventre. Le père nous explique vaguement le déroulement de l'accident et nous dit que « les organes sont sortis ». En effet, en tombant sur le vase, celui-ci s'est brisé « en pointe » et l'enfant souffre d'une éviscération. Le petit garçon semble inquiet voire angoissé, aussitôt mon premier réflexe et de me positionner tout près de lui et de lui demander son prénom, il me répond doucement, je lui demande ensuite son âge. Je lui demande s'il a mal, il me dit « un peu » malgré tout il reste calme et ne pleure pas. Dans le même temps, nous prenons ses paramètres vitaux tout en continuant à lui parler. Un collègue tente de rassurer le père de l'enfant en lui expliquant le déroulement de notre intervention. Dans l'attente des renforts médicalisés, nous plaçons un champ stérile sur le ventre de l'enfant. Tout au long de l'intervention, je communique avec l'enfant, je me place à sa hauteur, il tient ma main, je le regarde et lui souris. Il est calme et parle très peu, mais il serre ma main et me fixe du regard. Lorsque l'équipe médicale arrive, un rapide examen est effectué, l'infirmier lui explique ce qu'il va se passer, qu'il va lui poser une perfusion avec des médicaments contre la douleur, il est également scopé. Il serre toujours ma main et les soins se passent dans le calme. Par la suite nous le plaçons dans un matelas immobilisateur à dépression afin de minimiser les mouvements, puis celui-ci est transporté dans un premier temps en VSAV

² Œdème Aigu du Poumon

³ Salle d'Accueil des Urgences Vitales

jusqu'au stade où l'attend l'hélicoptère par lequel il sera évacué vers un centre hospitalier spécialisé. L'infirmier de l'hélicoptère prend mon relais et reste en contact visuel avec l'enfant.

J'ai vécu ces deux situations en tant que sapeur-pompier volontaire, alors que j'étais déjà étudiante en soins infirmiers, je me suis donc projeté en tant que future professionnelle.

Je me suis alors demandé quel rôle aurais-je pu avoir si j'avais été l'infirmière dans ces situations.

1.2 Questionnement

- Quel est le rôle IDE en pré hospitalier ?
- En quoi intervenir au domicile de la victime, dans le cadre d'une situation d'urgence pré-hospitalière influence la pratique IDE ?
- Bien qu'il y ait une demande de secours, en quoi le fait d'intervenir chez le patient peut-il être facteur de stress ou d'angoisse pour lui ?
- Quel effet la communication peut-elle avoir sur la relation ?
- Comment concilier soins techniques et soins relationnels en situation d'urgence en pré-hospitalier dans une contrainte de temps ?

Question de départ :

En quoi la relation soignant-soigné dans un contexte d'urgence pré-hospitalière peut-elle être une ressource pour l'IDE lors de la prise en soin d'un patient?

1.3 Intérêt du sujet et motivations

Mon projet professionnel s'orientant vers un service d'urgence ainsi que vers le pré-hospitalier, j'ai voulu effectuer mon travail de fin d'études sur ce thème. Etant sapeur-pompier volontaire, j'ai eu l'occasion d'intervenir en pré-hospitalier parfois avec des équipes SMUR. Dans le cadre de ces missions d'urgence, je me suis interrogée sur la place des soins relationnels et de la communication en situation d'urgence en pré-hospitalier et notamment au niveau du rôle IDE. En effet, j'ai pu observer que la plupart

du temps lorsque l'on intervient en situation d'urgence, on est souvent concentré sur le côté technique en laissant l'aspect relationnel au second plan.

J'ai vécu les situations décrites en tant que sapeur-pompier volontaire or cela m'a fait réfléchir sur ma future profession d'infirmière, je me suis alors projetée en tant qu'infirmière diplômée, me permettant ainsi de me poser la question : « quelle infirmière veux-tu être demain ? ».

Avant d'entrer en formation infirmière, j'étais principalement attirée par l'aspect technique de la profession. Durant ces trois ans d'études j'ai pu observer lors de mes différents stages que les soins relationnels faisaient partie intégrante de notre profession qu'ils étaient tout aussi importants que les soins techniques. On ne traite pas un symptôme, mais une personne. J'ai voulu connaître le rôle que pouvait avoir l'IDE dans ces soins lors de situations d'urgence et plus particulièrement en pré-hospitalier du fait que ce type d'activité requiert une prise en charge efficace et efficiente en très peu de temps. De plus, j'ai également été interpellée par le fait que l'intervention en pré-hospitalier peut-être facteur de stress supplémentaire pour le patient. De ces réflexions, j'ai eu envie de m'intéresser à l'influence que pouvait avoir la relation instaurée par l'infirmier(e) en pré-hospitalier sur l'état de santé et la prise en charge immédiate d'un patient ainsi que dans la suite de sa prise en charge.

2. CADRE THEORIQUE

2.1 L'Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

2.1.1 Le soin infirmier

Selon Hesbeen⁴ 1997 (1-1), définir la profession infirmière est difficile. Il mentionne que le métier d'infirmier fait peut être trop référence au « faire » dans les définitions qui ont pu être établies, il s'agit en effet d'un métier pratique fait d'actions, de tâches se succédant. Ceci ne laissant de place pour une approche plus relationnelle et bienveillante que lorsqu'il « n'y a plus rien à faire ». A cela il ajoute que les textes règlementaires définissent d'ailleurs la profession à travers les actes qu'elle pratique comme le décret de 1993 (2-1) selon lequel les soins infirmiers sont de nature

⁴ Infirmier et docteur en santé publique à l'Université de Louvain (Belgique). Il a été professeur à l'école nationale de santé publique (France).

technique, relationnelle et éducative au travers des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, ou encore l'article L 4311-1 du Code de la Santé Publique (2-2) selon lequel « est considéré 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 ». De plus, ce même article expose les actions auxquelles l'IDE pourra être confronté, ainsi, au terme de sa formation initiale, un infirmier est compétent en matière de prévention, d'éducation à la santé, de formation ou d'encadrement ainsi que dans une dimension relationnelle.

Dorothy Hall⁵, rejoint Hesbeen (1-2) en mentionnant que ces textes réglementaires ne donnent pas « une description claire et définitive du rôle de la discipline infirmière dans la société ». Elle propose de définir les soins infirmiers comme le fait d'assister les individus et les groupes en tenant compte de leurs fonctions physiques, cognitives et sociales notamment lorsqu'elles sont affectées par un changement de leur état de santé. La question de « Qu'est-ce que le soin infirmier? » subsiste, les différentes définitions étant applicables à l'ensemble des soignants et non spécifiques aux soins infirmiers.

2.1.2 Compétences infirmières

2.1.2.1 Cadre législatif

Le décret de compétences en date du 29 juillet 2004 (2-3), rassemble le décret du 16 juillet 1993 relatif aux règles professionnelles et l'ancien décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels. Dans ce nouveau décret de juillet 2004, la prise en charge globale du patient, au-delà du geste technique, est mise en évidence, mentionnant qu'il n'est plus nécessaire de distinguer actes techniques de la profession et devoirs envers les patients. D'une manière générale, parmi les compétences infirmières, nous pouvons noter le sens de l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers ainsi que leur surveillance et l'évaluation du résultat. Ceci dans le domaine des soins préventifs, curatifs ou palliatifs alliant qualité technique et relationnelle avec le patient, dans le respect du secret professionnel et de la dignité du patient. L'Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat est, comme tout professionnel de santé, soumis au

⁵ Infirmière canadienne ayant exercé de nombreuses années à l'OMS

respect des règles professionnelles, notamment le respect du secret médical. Hesbeen (1-3) décrit la pratique infirmière comme une rencontre entre personne soignée et personne soignante, de ce fait, cela nécessite pour lui une démarche de la part de l'infirmier pour élaborer avec la personne, selon sa situation, un projet de soin adapté. Pour cela, il met en évidence la nécessité de compétences relationnelles afin de pouvoir créer des liens de confiance avec la personne soignée dans le respect celle-ci.

2.1.2.2 Formation infirmière (2-4)

Le cursus réparti sur trois ans, comprend de nombreuses heures relatives aux soins relationnels et aux soins éducatifs et préventifs, ce qui représente également une relation interpersonnelle. Deux compétences sont d'ailleurs au cœur de ces soins, il s'agit de la compétence 5 « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » ainsi que de la compétence 6 « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ». Le développement de compétences repose sur la transmission des savoirs et des pratiques. Le partage de connaissances fait partie de la formation infirmière enseigné à l'IFSI et sur le terrain. Il s'agit même d'une compétence IDE à part entière : la compétence 10 « Informer, former des professionnels et des personnes en formation » nécessitant là aussi d'entrer en relation avec autrui.

2.2 Urgence pré-hospitalière

2.2.1 Définitions

L'urgence est définie par le laboratoire UPSA (3-1) comme « *toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement* ». Pour Evin⁶ (4-1), « *l'urgence en matière de santé est généralement un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète –à tort ou à raison– l'intéressé et/ou son entourage* »

L'urgence pré-hospitalière, ou extrahospitalière, correspond par définition, à la prise en charge des urgences, c'est-à-dire des cas urgents nécessitant la mise en œuvre

⁶ Evin (C), ancien directeur de l'ARS Ile de France

d'actions rapides, et ce en dehors d'une structure hospitalière (domicile, voie publique, etc.). Ce type d'intervention est notamment réalisé par le Service Médical d'Urgence et de Réanimation (SMUR). La loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et au transport sanitaire (4-2) définit les missions du Smur comme la prise en charge extra hospitalière des détresses médicales avec la mise en place de soins d'urgence avant et pendant le transport vers une structure adaptée.

2.2.2 Différents acteurs du secours en France

Selon le référentiel (5-1), notre système médical et de secours repose sur trois piliers : permanence des soins, secours aux personnes et structures hospitalières de médecine d'urgence. Pour cela, plusieurs acteurs participent à l'aide médicale urgente, les principaux étant les SAMU-SMUR ainsi que les moyens sapeurs-pompiers. Les ambulances privées ainsi que les associations telles que la Croix Rouge, la protection civile, SOS Médecin, ... sont également actrices de ce système de santé et de secours.

2.2.3 Caractéristiques de l'urgence pré-hospitalière

Lorsque l'on définit l'urgence, nous faisons référence à un moment aigu, grave, inhabituel nécessitant une action rapide.

Pour le comité « Advanced Medical Life Support » (AMLS) 2013 (6-1) ainsi que pour l'Association américaine des techniciens médicaux d'urgence (NAEMT) 2012 (7-1), le contexte dans lequel se déroule l'intervention joue un rôle important dans le déroulement de celle-ci. En effet, selon eux l'approche du patient en pré-hospitalier demande plusieurs types d'observations de la part des professionnels. Une observation visuelle semble nécessaire afin de récolter un maximum d'informations sur l'environnement et l'état du patient. L'observation du comportement non verbal en fait notamment partie. En effet, la position du patient, son expression de la douleur sont autant de signes pouvant renseigner sur son état. De plus, l'observation de l'environnement, notamment au niveau sécurité des intervenants, semble également être un point non négligeable lors d'une prise en charge pré-hospitalière, il s'agit pour les intervenants de prendre en compte les éventuels dangers liés au lieu ou aux conditions d'intervention. De même, une des particularités de la prise en charge pré-hospitalière est

le fait d'intervenir dans le milieu personnel du patient (domicile, véhicule, etc.). Cette situation pouvant être source d'anxiété pour lui et/ou son entourage, il convient à l'équipe intervenant chez celui-ci le plus grand respect de la personne et des lieux. Il semble également important de prendre en compte la présence de famille, d'enfants, de personnes autour. Par ailleurs, toute la prise en charge s'effectue en équipe pluridisciplinaire travaillant autour du patient. La nécessité d'agir vite, avec une rapidité dans l'exécution des soins rappelle la définition de l'urgence, et selon la NAEMT 2012 (7-2), l'exécution rapide de ces gestes nécessite compétences et capacité de prise de décision réduite dans le temps. Pour cela, l'expérience du terrain et les compétences développées semblent être primordiales. Enfin, d'après le référentiel de compétences IDE en médecine d'urgence (8-1), l'infirmier occupe une place importante en tant qu'acteur de soins et influe sur la qualité de fonctionnement de toute l'équipe grâce à ses connaissances et compétences, tant techniques que relationnelles.

2.3 Relation soignant-soigné

2.3.1 Définition

Selon Manoukian 2014 (9-1), la relation se définit comme une interaction entre deux personnes minimum, soit deux histoires, deux personnalités, permettant ainsi un échange. De ce fait plusieurs facteurs interviennent pour établir une relation, il s'agit de facteurs psychologiques tels que les valeurs personnelles, les représentations, les émotions, ou bien de facteurs sociaux tels que la catégorie socio-professionnelle, la classe d'âge, la culture ou encore de facteurs physiques comme la perception de l'aspect physique propre à chacun. Ce sont autant de facteurs pouvant influencer la relation et la rendre complexe. Dans le milieu hospitalier elle est souvent en corrélation avec les soins, ainsi tout acte technique ou de confort pratiqué s'inscrit dans la relation soignant-soigné. En effet, l'échange est permanent, il n'y a pas nécessairement de temps prévu pour les soins relationnels. Phaneuf⁷ 2011 (10-1) reprend ces idées en disant que dans les soins infirmiers, la relation avec les patients est étroitement liée aux soins. De plus, elle ajoute que l'aspect technique ainsi que relationnel sont sur un même plan, mais les

⁷ Phaneuf (M), Après avoir acquis une formation universitaire en sciences infirmières, elle obtient une maîtrise en éducation et un doctorat en didactique de la Faculté de l'éducation de l'Université de Montréal. Elle travaille à titre d'enseignante, de consultante et de conférencière dans les domaines de la santé et de l'éducation au Québec, en Europe et ailleurs dans le monde. Elle est aussi l'auteure de multiples articles sur ces sujets

soins relationnels apportent un côté plus humain dans un contexte difficile pour le malade.

2.3.2 Concept de communication

Dans un rapport publié en 2006 (11-1), portant sur l'importance de la communication dans la relation soignant-soigné, la communication apparaît comme un aspect de la relation, élément essentiel de celle-ci, car la qualité de la communication influe sur celle de la relation. Phaneuf 2011 (10-2) la qualifie également comme la base de tous les rapports humains. En effet, toute relation est fondée sur ce concept. Le besoin de communiquer fait d'ailleurs partie des quatorze besoins fondamentaux selon le modèle conceptuel de V. Henderson. Il s'agit d'un phénomène complexe, permettant l'échange d'informations entre deux personnes placées en interaction. Elle repose sur des facteurs relatifs aux personnes présentes, ainsi l'âge, l'éducation, la manière d'être et de penser, la culture, l'état de santé ainsi que les besoins de l'émetteur influent sur les échanges, tout comme les propres caractéristiques personnelles du récepteur. La communication peut être verbale ou non verbale.

2.3.2.1 La communication verbale

Selon Phaneuf 2011 (10-3), la communication verbale repose sur la parole. Il s'agit du principal moyen utilisé dans la transmission d'informations grâce à sa clarté et sa signification. Elle est basée sur l'utilisation des mots, c'est le choix et l'agencement de ceux-ci qui donneront le sens au message transmis. De ce fait, ils doivent être réfléchis et adaptés au niveau de compréhension de l'interlocuteur. La compréhension de l'information peut également dépendre du comportement non verbal associé ainsi que du contexte dans lequel se déroule l'échange. En effet, elle définit quatre contextes : le contexte physique correspondant au lieu où se déroule l'échange ; le contexte temporel étant le moment dans la journée ; le contexte émotif et enfin le contexte socio-culturel à savoir la différence d'âge, de culture ou de niveau social entre soignant et soigné. Le contexte est le résultat de nombreux facteurs pouvant influencer de manière importante la relation soignant-soigné.

Dans le domaine des soins infirmiers, la communication est orientée vers le soutien affectif du patient et/ou le partage d'informations concernant son état de santé, ou bien ses soins. Selon Lagardère (10-4) « *La communication est une science difficile. Ce n'est pas une science exacte. Ça s'apprend et ça se cultive* », Phaneuf 2011 (10-5) ajoute à cela que l'efficacité des soins techniques n'est pas suffisante pour obtenir une qualité des soins. Cette dernière demande également d'entrer en relation, notamment grâce à la parole, pouvant être source de réconfort pour le soigné. Elle mentionne aussi l'intérêt d'un savoir-faire relationnel passant par l'apprentissage de la communication.

D'une communication efficace dépend la compréhension du patient par rapport à son traitement et ses soins, permettant ainsi une meilleure adhésion de celui-ci. De plus, selon les règles d'éthique, un soin ne peut être effectué sans le consentement libre et éclairé du patient. La communication verbale permet la transmission des informations nécessaires. A cela s'ajoute la notion d'empathie pour l'IDE ; en effet, la compréhension du soignant par rapport à ce que vit le patient, sa famille ou les échanges avec les autres professionnels de santé passent par ce type de communication. Ainsi sans communication, il semble difficile d'établir un partenariat de soins avec le patient ou une collaboration interdisciplinaire.

2.3.2.2 La communication non verbale

Toujours selon Phaneuf 2011 (10-6), la communication non verbale serait un véritable langage. En effet, ce n'est plus la parole et les mots, mais tout notre corps qui exprime nos pensées et nos émotions, avec souvent plus d'intensité que la parole. Verbal et non verbal restent cependant complémentaires. La communication non verbale est basée sur les attitudes et les comportements des personnes en interaction. Ces signes sont de profonds révélateurs de notre état de pensée, et peuvent être émis volontairement ou inconsciemment. L'un des rôles les plus importants est l'expression profonde de sensations ou d'émotions, ce qui n'est pas transmis par les mots peut l'être au travers de nos gestes, de notre posture ou de l'expression de notre visage. Parfois subtils, cela demande pour l'infirmier(e), une capacité d'observation développée afin de pouvoir reconnaître ces manifestations, qui peuvent être révélatrices du ressenti du patient (douleur, anxiété, ...). Elle permet d'établir des liens signifiants et de les maintenir, une relation de confiance peut alors se créer. Toutes ces manifestations non

verbales renvoient des informations et participent à la relation interpersonnelle. Parmi ces signes, le regard occupe une place importante dans la communication ; en effet, les yeux possèdent une grande capacité de captation des sens. Ainsi un regard franc et direct peut témoigner de la considération, de la compréhension de la situation du patient. Il constitue un lien relationnel puissant et peut montrer de l'empathie envers lui. La respiration est également influencée par l'échange ; le rythme par exemple peut se trouver modifié en fonction des sentiments ou émotions (stress, anxiété, joie,...). L'expression du visage et les mouvements corporels accompagnent la pensée et les mots. Souvent involontaires, ils sont vecteurs d'informations en lien avec les perceptions de chacun, par exemple, le froncement de sourcils, le plissement du front, peuvent être signes de colère, de frustration, de dégoût,... de même le croisement des bras peut renvoyer à une image de fermeture, de rigidité. Au contraire, un sourire peut montrer une attitude accueillante et bienveillante. Ainsi la communication non verbale constitue un moyen de communication à part entière, ainsi qu'un outil non négligeable dans la relation soignant-soigné.

2.3.3 Attitude et comportements IDE

Selon un dossier portant sur la relation soignant-soigné publié en 2003 (12-1), l'IDE doit mobiliser ses connaissances « techniques » en rapport avec la pathologie, les traitements, etc. afin de pouvoir réaliser les actions prescrites par le médecin mais cela n'empêche pas l'analyse de la situation clinique du patient, notamment avec l'évaluation des besoins⁸ de celui-ci, faisant partie du rôle propre infirmier. Dans un premier temps, il semble nécessaire d'acquérir et maîtriser le geste technique afin de pouvoir gagner en confiance en soi. La maîtrise du geste permet également de mettre en confiance le patient, offrant un cadre plus propice à l'entrée en relation. On peut donc dire que l'expérience joue un rôle dans la capacité à entrer en relation.

Selon Phaneuf 2011 (10-7), ou encore Bioy, Bourgeois et Nègre 2013 (13-1), il semble indispensable d'être à l'écoute de l'autre pour bien communiquer, en effet, écouter permet d'entendre le patient et son éventuelle souffrance, elle permet de percevoir le ressenti, les craintes, doutes, peurs... de celui-ci. L'écoute peut paraître

⁸ V. Henderson Modèle conceptuel des 14 besoins fondamentaux

évidente d'un premier abord, pour toute personne ne souffrant pas de surdité, mais dans la pratique professionnelle, elle apparait bien plus difficile. En effet, l'écoute du soignant demande une implication affective associée à une attention particulière centrée sur le patient. Selon Bioy, Bourgeois, Nègre. 2013 (13-2), il existe trois niveaux d'écoute ainsi, un premier niveau comprend le recueil de la parole, correspondant à ce qui est dit dans la relation soignant-soigné. Le second niveau est basé sur l'écoute du non verbal et du para verbal, enfin, le troisième niveau est plus axé sur l'écoute des émotions et des sensations avec la prise en compte des répercussions physiques de celles-ci sur le patient (par exemple, les manifestations anxieuses peuvent s'exprimer par des insomnies, troubles digestifs, etc.) L'écoute demande au soignant d'être disposé à cela, disponible, il doit se sentir capable d'écouter. La notion d'empathie est étroitement liée à celle d'écoute, en effet, un patient qui se sent écouté, entendu et compris, aura plus de facilité à établir une relation, voire une relation de confiance avec le soignant.

D'après Rogers 2005 (14-1)⁹, l'empathie consiste à appréhender et comprendre l'univers du patient *«comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si »* ». Il s'agit donc de comprendre ce que vit le patient, son ressenti mais sans prendre sa place et le ressentir soi-même. L'empathie est caractérisée comme une attitude difficile lors de situations de soins aigus, car pouvant renvoyer au soignant un sentiment d'injustice ou d'impuissance. Il convient malgré tout d'être présent pour le patient en lui apportant le soutien dont il a besoin tout en lui permettant de trouver des solutions à ses difficultés. Dans ce sens, le patient reste acteur de ses soins et dispose d'une certaine autonomie. Cependant, l'empathie engage vers un savoir être qui sera perçu par le patient, il convient de rester une aide pour lui. Pour cela, plusieurs auteurs mettent en avant la nécessité de conserver son rôle de soignant et de respecter une juste distance ou distance professionnelle. Celle-ci s'inscrit dans la proxémie, définie comme l'étude des distances sociales, notamment par Hall¹⁰ ou Prayez¹¹, ils différencient quatre distances : l'aire intime, l'aire personnelle (ou d'information confidentielles), l'aire sociale et enfin l'aire publique. Pour Phaneuf, 2011 (10-8), cette notion de distance et d'utilisation de l'espace est importante à considérer en soins infirmiers. Elle introduit la

⁹ Rogers (C), psychologue humaniste nord-américain. Sa méthode, l'approche centrée sur la personne met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient.

¹⁰ Hall (E.T), anthropologue américain

¹¹ Prayez (P), psychologue clinicien

notion de juste distance ou distance professionnelle dans le sens où il s'agit pour l'infirmier(e) d'éviter une trop grande intimité avec le soigné tout en essayant de créer un accompagnement chaleureux et bienveillant à l'égard de celui-ci. De ce fait, la notion de juste distance semble en corrélation directe avec l'attitude empathique. La gestion et la maîtrise de la relation apparaissent comme les éléments significatifs des concepts d'empathie et de proxémie. Mallem (15-1) dit « *Une bonne distance professionnelle doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permette de travailler avec elle afin de dégager le manque à combler, l'atteinte à réparer* » Il s'agit d'une protection pour le soignant, cela rejoint la définition de l'empathie faite par Rogers, dans le sens où l'IDE est là pour accompagner mais non pour vivre la situation à la place du patient. En conclusion, il n'y a donc pas de « bonne distance » mais plutôt une distance adaptée à chaque situation et qui convient au soignant et au soigné.

2.3.4 Contexte de l'urgence pré-hospitalière

L'urgence pré-hospitalière consiste à déplacer une équipe médicalisée jusqu'au lieu d'une intervention nécessitant une action médicale immédiate. Le contexte est alors différent de la prise en charge hospitalière.

L'AMLS (6-2) expose que dans un tel contexte, il est important de comprendre que l'évaluation de l'état du patient et sa prise en charge repose sur des compétences relationnelles, et notamment en communication thérapeutique. Ainsi pour le comité, la communication permettrait d'obtenir les informations nécessaires au recueil de données afin de prendre en charge le patient de manière la plus adaptée possible. La communication permettrait aussi de pouvoir informer le patient sur les bénéfices et les risques de la prise en soin ainsi qu'à rechercher son consentement pour la réalisation de ceux-ci.

Selon l'institut Bayer Health Care Communication (6-3), plusieurs formes de communication sont à employer par les professionnels intervenant en pré-hospitalier. Il s'agit de l'engagement, lien entre le patient et le soignant, relation à établir afin de pouvoir le rassurer et obtenir les informations nécessaires (interrogatoire) à sa prise en charge. Ce sont les paroles et actions qui traduisent nos pensées et préoccupations, comme le mentionnait Phaneuf 2011(10-9). De cela découle la notion d'empathie, se

rapportant à la compréhension sincère des sentiments du patient, en pré hospitalier, l'empathie s'avère très importante, notamment dans le cas de souffrances morales. L'écoute active est également préconisée par l'institut, en effet, elle permet à la relation d'exister et tend à créer une relation de confiance entre le patient et le professionnel, facilitant ainsi la relation de soin.

3. ENQUETE

3.1 Objectifs

A ce stade de recherche, il me paraît nécessaire de connaître l'avis des professionnels de santé quant à la pratique sur le terrain. En effet, mes recherches théoriques se sont basées sur l'infirmier diplômé d'état, l'urgence pré-hospitalière et la relation soignant-soigné. Je cherche maintenant à savoir en quoi la relation soignant-soigné dans un contexte d'urgence pré-hospitalière peut-elle être une ressource pour l'IDE lors de la prise en soin d'un patient, grâce aux professionnels exerçants sur le terrain. Le but étant de confronter mes recherches avec la réalité sur le terrain afin d'enrichir ma vision concernant la prise en charge infirmière en pré-hospitalier et de connaître le ressenti des soignants par rapport à leur pratique.

3.2 Méthodologie

Dans le but d'atteindre ces objectifs, je souhaite mener des entretiens individuels car c'est l'aspect qualitatif qui correspond le mieux à ma problématique. De ce fait, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs au moyen d'un guide d'entretien (Annexe 1). Cette méthode me semble être la plus appropriée à mon enquête car elle laisse l'interlocuteur s'exprimer sans être influencé par des propositions de réponses. De plus, l'entretien semi-directif permet de limiter les questions fermées au profit de questions ouvertes avec des possibilités de relances afin de pouvoir reformuler si besoin, tout en ne s'éloignant pas de la question de départ.

3.3 Choix de la population : critères d'inclusion et d'exclusion

J'ai choisi d'interroger 4 IDE travaillant en service d'urgences et ayant une expérience en pré-hospitalier. 3 IDE sur les quatre interrogés ont également une activité d'infirmier sapeur-pompier volontaire. Etaient exclus les IDE d'autres services. Aucun critère d'âge ou d'ancienneté n'était défini comme critères d'inclusion ou d'exclusion.

3.4 Choix du moment et préparation

J'ai choisi d'effectuer les entretiens auprès d'infirmiers exerçant de jour comme de nuit afin de savoir s'il existe une différence dans la prise en charge relationnelle en pré hospitalier. J'ai élaboré un guide d'entretien (Annexe1) composé d'un en-tête expliquant le cadre de travail et son but, suivi d'un recueil de données avec les variables concernant chaque professionnel (âge, sexe, ancienneté, ...) puis trois grandes questions avec des questions de relance permettant d'étayer ou de recentrer vers ma thématique.

3.5 Déroulement des entretiens

J'ai pris contact avec des IDE faisant partie de mes connaissances, les entretiens se sont déroulés en dehors de leur cadre professionnel, afin de ne pas être dérangés par l'activité du service, et selon leurs disponibilités respectives. J'ai demandé l'accord à chacun d'eux afin de pouvoir enregistrer les entretiens, en les informant que l'anonymat serait respecté. Chaque entretien a duré entre 15 et 30 minutes.

3.6 Limites

J'ai mené les entretiens courant avril, en période de vacances scolaires pour le Gard, or la procédure demandée par le Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes (CHAC), consistait à formuler une demande écrite adressée par courrier à la direction des soins.

Au regard du délai de réponse, j'ai donc pris l'initiative de ne pas interroger d'IDE du CHAC et de consulter des IDE « hors département du Gard », faisant parti de mes connaissances.

4. DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE A L'ANALYSE COMPREHENSIVE

4.1 Analyse descriptive

J'ai réalisé les 4 entretiens auprès d'IDE exerçant en service d'urgence et en pré-hospitalier. Ils ont entre 26 et 32 ans. Il y a autant de femmes que d'hommes. 3 IDE sur 4 ont également une activité d'infirmier sapeur-pompier volontaire. Les IDE seront nommés IDE 1, IDE 2, IDE 3 et IDE 4 pour la suite de ce travail.

4.1.1 Le contexte du pré hospitalier

Pour les 4 IDE interrogés, le contexte conditionne l'intervention, tous me disent d'abord faire attention à l'environnement lors d'une intervention en pré-hospitalier. L'ensemble des IDE s'accorde à dire que la connaissance du contexte permet de poser le cadre et d'avoir une vue d'ensemble sur la situation. Pour les IDE 1, 2 et 3, la présence de la famille sur les lieux est également un point important à connaître pour la suite de la prise en charge. Pour l'IDE 1 le contexte et l'environnement sont importants car la prise en charge est différente si l'intervention se déroule à domicile ou sur voie publique, ou encore s'il s'agit d'un enfant, d'un adulte ou d'une personne âgée. La présence de témoins, de badauds autour de la scène est également un facteur à prendre en compte selon elle. Pour les IDE 2 et 3, la famille peut être très utile dans la prise en charge pour connaître le mécanisme de survenue, les conditions de vie de la personne, etc. Pour l'IDE 4 le contexte est pris en compte dans un second temps, après l'abordage de la victime et la connaissance de son état. L'IDE 3 met aussi en avant le caractère personnel de l'intervention lorsqu'elle se déroule au domicile de la personne, en effet, bien que ce soit dans un contexte de soins, il s'agit d'inconnus qui interviennent chez le patient, il s'agit pour l'IDE 3 d'un point à prendre en compte car impose le respect des lieux et de l'intimité de la personne.

4.1.2 Le patient au centre de la prise en charge

L'IDE 2 met en avant le fait que la prise en charge pré-hospitalière est centrée sur un seul patient (sauf cas particulier avec de nombreuses victimes), pour elle le contexte influe sur l'intervention, mais celle-ci reste centrée sur le patient. En même temps que l'IDE s'occupe du patient, l'interrogatoire peut être réalisé auprès de la

famille ou des témoins par le médecin. En effet, les 4 IDE mettent l'accent sur le travail en équipe lors d'une intervention en pré-hospitalier. Pour les IDE 1, 3 et 4, tout le monde a un rôle à jouer dans la prise en charge, ainsi les soins relationnels ne sont pas exclusivement réservés à l'infirmier(e). L'IDE 1 dit « qu'en général, il y en a un qui va être plus sur le relationnel avec la victime et les autres plus sur la technique », pour elle, c'est en arrivant sur l'intervention qu'on va voir avec qui il y a le plus de contact. L'IDE 3 rejoint cette idée, il faudrait alors tenter de privilégier l'interlocuteur avec lequel le « feeling » est le plus important afin de faciliter l'échange. Le travail en équipe semble alors être bénéfique à la relation avec le patient du fait que plusieurs personnes puissent intervenir. L'IDE 2 parle notamment de la collaboration médecin/infirmier, ainsi elle dit que lorsque le médecin parle avec la famille, l'IDE va pouvoir communiquer avec le patient et inversement. Elle ajoute qu'une bonne entente dans l'équipe est importante pour la bonne prise en charge du patient. En outre, les IDE 2 et 3 évoquent une plus grande facilité à prendre en charge le patient dans son intégralité du fait qu'il n'y ait qu'un seul patient à s'occuper. L'IDE 2 dit passer plus de temps avec le patient lors d'une prise en charge pré-hospitalière, alors qu'en service d'urgence plusieurs patients sont à gérer en même temps, une surveillance s'effectue toutes les 2h, alors qu'en SMUR la prise en charge peut durer 1h voire plus. Elle se dit plus disponible pour le patient, avec un stress différent de celui en service. L'IDE 3 rejoint ces idées et ajoute que en service d'urgence il faut gérer un secteur de 10-15 patients et passe très peu de temps auprès des patients, alors qu'en pré hospitalier l'intervention peut durer 3h (exemple d'une désincarcération longue), et pendant ce temps-là, la victime a besoin de quelque chose auquel se raccrocher, la relation peut alors se créer très rapidement.

4.1.3 La relation en situation d'urgence en pré hospitalier

Ainsi pour les 4 IDE le relationnel est très important, et va dépendre de la situation et de l'état du patient. Il va pouvoir influencer l'intervention. Lorsque le patient est conscient, les 4 IDE expriment le besoin de communiquer avec lui, de lui expliquer nos gestes et la prise en charge afin de le rassurer. Aussi la tournure des phrases sera un élément très important pour les IDE 2 et 3, car la compréhension et le ressenti de l'interlocuteur en dépend. De même, la communication doit être, selon les IDE 1 et 3, adaptée en fonction du public, ainsi l'échange sera différent s'il s'agit d'un

enfant, d'un adulte ou d'une personne âgée. Pour l'IDE 3, le soin relationnel, au même titre que tout soin, nécessite de l'adaptation. Il soulève également la notion d'empathie dans la relation et de distance professionnelle, en effet, dans ce contexte il énonce le besoin de ne pas trop s'impliquer et de savoir trouver la bonne distance. Notre rôle va être de d'accompagner la victime et tenter de la rassurer dans une situation qui lui est inhabituelle en communiquant tout au long de l'intervention. L'IDE 2 relate le fait que les soins relationnels ne sont pas seulement « parler », il s'agit également d'écouter. Les IDE1 et 4 eux, évoquent la recherche de coopération du patient au travers de cette relation. En effet, l'IDE 1 dit que le pré-hospitalier impose parfois un conditionnement spécifique, notamment par immobilisation. Une explication détaillée du déroulé et du but de la manœuvre semble primordiale pour obtenir la coopération et l'adhésion du patient aux soins. Pour l'IDE 4, le simple fait d'expliquer au patient ce que l'on va faire peut lui permettre d'avoir un cheminement de la prise en charge et l'aider à adhérer aux soins. Pour les 4 IDE interrogés, réussir à établir une relation avec celui-ci est facteur de bonne prise en charge. L'IDE 2 insiste sur le fait que le relationnel est la base d'une infirmière aux urgences. Enfin, rassurer l'entourage, lorsqu'il est présent, est également important en SMUR pour les 4 IDE mais la priorité reste la prise en charge du patient.

4.1.4 L'importance de l'expérience

Ainsi, les IDE 2, 3 et 4 mettent en évidence l'importance de l'expérience lors d'interventions en pré-hospitalier. En effet, pour l'IDE 2, l'aspect technique est important en urgence mais au final avec l'expérience et la confiance en soi, le geste devient systématique, « banal » alors que le relationnel ne se travaille pas « tu l'as ou tu l'as pas ». Elle précise que le geste devenant banal, il peut se réaliser tout en parlant avec le patient. C'est ce que souligne également l'IDE 3, il ajoute qu'un geste non maîtrisé fait qu'on est plus concentré sur le geste en lui-même, il semble alors difficile d'établir une communication dans le même temps. De ce fait l'expérience professionnelle en pré-hospitalier semble primordiale pour pouvoir allier ces deux composantes : relationnel et technicité. Pour lui la technicité s'acquiert avec l'expérience tout comme le soin relationnel, mais ce dernier encore plus, s'acquiert sur le terrain, au contact des gens. L'IDE 2 ajoute que l'expérience mais surtout la prise de confiance en soi facilite le relationnel en situation d'urgence. Pour l'IDE 4 l'expérience

est une aide car le soignant peut avoir déjà vécu ce type de situations, et cela peut lui permettre de mieux gérer la situation.

4.1.5 La plus-value de la relation soignant-soigné dans la prise en charge pré-hospitalière

Pour l'ensemble des IDE interrogés, la relation soignant-soigné en pré-hospitalier serait un plus. Les IDE 1 et 2 se rejoignent sur le fait qu'en tant qu'infirmière elles peuvent donner des informations au patient concernant la prise en charge hospitalière au niveau du service des urgences. L'IDE 2 complète en disant qu'une relation de confiance a pu s'établir entre le soignant et le soigné, et le fait de transporter le patient dans le service dont dépend l'équipe SMUR permet en quelque sorte de suivre sa prise en charge : le médecin ou l'infirmière présente en SMUR l'est également dans le service qui l'accueille. Les IDE 3 et 4 indiquent qu'avec un bon relationnel, la prise en charge peut être facilitée car la communication peut permettre à un patient opposant de se calmer et d'accepter la prise en charge. De ce fait la prise en charge relationnelle constitue une réelle ressource pour l'IDE pour la prise en soin du patient en situation d'urgence dans le contexte spécifique du pré-hospitalier.

4.2 Analyse compréhensive

4.2.1 Convergences

Pour ce qui est du contexte en pré-hospitalier, l'ensemble des IDE rapporte que la connaissance du contexte ainsi que l'observation de l'environnement permet d'avoir une vue d'ensemble. Phaneuf met également en évidence l'influence que peut avoir le contexte sur la relation. Elle définit quatre types de contextes : physique, temporel, émotif et socio-culturel. D'ailleurs, pour l'IDE 1, le contexte physique c'est-à-dire le lieu de l'intervention, à domicile, sur voie publique, etc. peut avoir une influence sur la relation, de même que pour les 4 IDE, l'influence du contexte socio-culturel, avec parfois la présence de la famille sur les lieux de l'intervention qui peut faciliter ou non le déroulement de l'intervention.

Du point de vue du patient au centre de la prise en charge, les 4 IDE mettent en évidence le travail en équipe lors de ce type de prise en charge. Chaque membre de

l'équipe à un rôle à jouer, ainsi la prise en charge est organisée autour du patient. Cette idée est reprise par le comité AMLS et l'Association américaine des techniciens médicaux d'urgence (NAEMT), ainsi en pré-hospitalier toute la prise en charge s'effectue en équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmiers, secouristes, etc.). De ce fait, une IDE dit être plus disponible et passer plus de temps auprès du patient, d'autant plus que la prise en charge concerne généralement un seul patient. Or, selon Phaneuf, ou encore Bioy, Bourgeois, Nègre, la disponibilité est indispensable pour une bonne communication et la création d'une relation. Deux IDE évoquent également une plus grande facilité à prendre en charge le patient dans son intégralité dans ce contexte.

En ce qui concerne la relation en situation d'urgence pré-hospitalière, l'ensemble des IDE trouve cela très important car elle peut influencer le déroulement de l'intervention. Deux IDE mentionnent la nécessité de s'adapter en fonction du public rencontré, notamment au niveau de la tournure des phrases et des mots employés. Phaneuf rejoint cette idée en disant que c'est principalement grâce à la parole et donc l'utilisation des mots que la communication verbale va opérer. De ce fait, il convient selon elle de s'adapter au niveau de compréhension de l'interlocuteur en réfléchissant à l'emploi des mots ainsi qu'à leur agencement, afin de donner le sens voulu au message transmis. Mais la relation n'est pas que « parler » exprime une des IDE, il s'agit également d'écouter comme le dit Phaneuf ou encore Bioy, Bourgeois, Nègre pour qui l'écoute est indispensable pour bien communiquer.

Enfin, pour l'ensemble des IDE, il existerait une plus-value de la relation soignant-soigné lors de prises en charge en pré-hospitalier. En effet, même dans un domaine nécessitant des soins urgents, la prise en charge relationnelle demeure indispensable. Le décret de compétences infirmière de juillet 2004 met d'ailleurs en évidence la prise en charge globale du patient, tant sur la prise en charge technique mais également au-delà, à travers les soins relationnels. Pour Manoukian, tout acte technique ou de confort fait partie intégrante de la relation soignant soigné. Pour Phaneuf, la qualité des soins ne peut être garantie uniquement par l'efficacité des soins techniques. Elle demande également une entrée en relation afin de pouvoir rassurer, reconforter le patient. Ainsi pour les IDE comme pour les auteurs, l'alliance soins techniques et relationnels permettrait une prise en charge prise en charge de meilleure qualité. Deux IDE relatent qu'un « bon » relationnel peut permettre de rassurer le patient et d'obtenir

son adhésion aux soins. C'est aussi ce que Phaneuf expose. Pour elle, une communication efficace permet une bonne compréhension du patient quant à ses soins, son traitement etc. permettant le consentement et l'adhésion aux soins.

4.2.2 Complémentarités

Au niveau du contexte, les 4 IDE disent faire attention à l'environnement, ceci leur permettant d'avoir une vue d'ensemble par rapport à la situation. L'AMLS et la NAEMT ajoutent que l'observation de l'environnement est un point important, notamment sur le plan de la sécurité en effet, il s'agit de prendre en compte les possibles dangers liés au lieu ou aux conditions d'intervention. Un IDE relève également le caractère personnel et intime que peut avoir l'intervention lorsque celle-ci se déroule au domicile de la personne par exemple. Il s'agit d'inconnus qui pénètrent chez soi. L'AMLS et la NAEMT parlent alors d'une situation pouvant être source d'anxiété pour le patient et/ou son entourage, il semble alors important de rassurer le patient et de respecter les lieux et la personne. Pour trois IDE, la présence de la famille sur les lieux de l'intervention est également un facteur à prendre en compte dans le contexte, en effet elle peut être très utile pour connaître le mécanisme de survenue, les conditions de vie de la personne, ses antécédents, traitements, etc.

En ce qui concerne la relation en situation d'urgence pré-hospitalière, un IDE évoque la notion d'empathie et celle de distance professionnelle dans la relation, en effet, pour lui il s'agit de ne pas trop s'impliquer tout en offrant une prise en charge de qualité. Rogers, ajoute que l'empathie consiste à comprendre ce que vis le patient sans pour autant le vivre à sa place. Hall et Prayez ont, eux, mis en évidence la notion de proxémie, rejoints par Phaneuf et Mallem, ils définissent la notion de juste distance ou distance professionnelle. Comme défini par les auteurs précédemment cités, il s'agit pour l'IDE d'accompagner la personne sans trop s'impliquer personnellement. De plus, pour l'institut Bayer Health Care Communication, les professionnels intervenants en pré-hospitalier auraient plusieurs formes de communication à employer, comme l'engagement du soignant ou l'écoute active, afin de permettre l'existence de la relation voire créer une relation de confiance. Une IDE insiste sur le fait que le relationnel est la base d'une infirmière aux urgences, Phaneuf ajoute que la communication est la base de

tous les rapports humains. De plus, le besoin de communiquer fait partie des quatorze besoins fondamentaux exprimés dans le modèle conceptuel de V. Henderson.

Au niveau de l'importance de l'expérience lors d'intervention en pré-hospitalier, trois des IDE interrogés l'ont mis en évidence. En effet, ils relèvent le fait qu'un geste technique devient banal une fois maîtrisé. Pour les trois IDE l'expérience permet d'allier soins techniques et relationnels en les réalisant dans un même temps. Une IDE dit parler avec le patient tout en effectuant le geste, un autre IDE la rejoint en disant que lors d'un geste non maîtrisé le soignant est concentré sur son geste et peu disposé à la communication. La NAEMT émet cette même idée, la réalisation de gestes techniques rapide requiert compétences et capacité à décider rapidement. Pour eux, l'expérience du terrain et le développement des compétences est primordial à l'exercice en pré-hospitalier. Un IDE rejoint ceci en disant que l'expérience peut être une aide dans la prise en charge du fait que le soignant peut avoir déjà vécu ce type de situation. Un dossier portant sur la relation soignant-soigné publié en 2003 rapporte également qu'il semble d'abord nécessaire d'acquérir et de maîtriser un geste technique, permettant ainsi de gagner en confiance en soi mais également de mettre en confiance le patient afin de pouvoir, dans un second temps, créer une relation de soin plus facilement.

Enfin, pour ce qui est de la plus-value de la relation soignant-soigné en situation d'urgence pré-hospitalière, dans ce contexte, où par définition, la prise en charge est limitée dans le temps et souvent courte, de quelques minutes à quelques heures, une IDE évoque la notion de continuité des soins lorsque le patient est orienté vers l'établissement dont l'équipe SMUR dépend. En effet, une relation de confiance a pu commencer à se créer en pré-hospitalier et peut alors se poursuivre en service des urgences, l'IDE indique que le patient est parfois plus rassuré lorsqu'il sait que l'équipe qui l'a pris en charge sera présente dans le service où il va être accueilli.

4.2.3 Divergences

En ce qui concerne la relation en situation d'urgence en pré hospitalier, Phaneuf distingue plusieurs types de communication, la communication verbale ou non verbale. Cependant aucun des IDE interrogés ne les a distingués. Les IDE sont restés centrés sur la communication verbale. Un IDE a toutefois évoqué être satisfait lorsque le patient à

le sourire. Sans le caractériser comme communication non verbale, définie pourtant par Phaneuf comme un véritable langage exprimé par les attitudes et comportements des personnes en interaction. De ce fait, ce sont les gestes, la posture, l'expression du visage qui transmettent un message.

De plus, la plupart des IDE ont mis l'accent sur le fait d'expliquer au patient sa prise en charge, il s'agit donc de l'emploi de la parole. Une IDE évoque la notion d'écoute. Or selon Bioy, Bourgeois, Nègre, il existe plusieurs niveaux d'écoute, le premier étant le recueil de la parole, le second est basé sur l'écoute ou l'observation du non verbal enfin le troisième s'oriente plus vers l'écoute des émotions et des sentiments. Aucun des IDE interrogés n'a distingué ces différents niveaux.

5. HYPOTHESE

Suite à cette confrontation entre les éléments de recherche et l'enquête, plusieurs points ont émergé. Tout d'abord, l'influence que peut avoir le contexte sur le déroulement de l'intervention en pré hospitalier, en effet, les éléments à prendre en compte sont différents lorsqu'il s'agit d'une intervention à domicile ou sur voie publique, etc. Un second point émergeant de ce travail est la place centrale qu'occupe le patient. La prise en charge pré hospitalière s'effectuant en équipe pluridisciplinaire autour du patient, les IDE se disent plus disponibles pour le patient et leur permettrait de favoriser le relationnel. En effet, l'ensemble des IDE a mis un point d'honneur à la prise en charge relationnelle, en plus des soins techniques, lors d'intervention en pré hospitalier. Ils disent communiquer tout au long de l'intervention, afin de rassurer le patient, sa famille, etc. seule la communication verbale a été mise en avant par les infirmiers. Il apparaît important de pouvoir également observer les attitudes et comportements. De ce fait, il a été rapporté que l'expérience professionnelle permettait d'allier soins techniques et soins relationnels. En effet, les IDE, rejoints par la NAEMT ainsi qu'un dossier portant sur la relation soignant-soigné, témoignent de la capacité d'entrer en relation tout en effectuant les actes nécessaires une fois que ceux-ci sont maîtrisés. Ceci permettant de rassurer le patient mais aussi de le faire adhérer à ses soins.

Ainsi, j'émetts l'hypothèse de recherche suivante : « La prise en charge en équipe pluridisciplinaire favorise l'établissement d'une relation soignant-soigné en pré-hospitalier ».

CONCLUSION

Tout au long de ce travail, j'ai tenté de suivre le sens de la problématique posée, à savoir « en quoi la relation soignant-soigné en situation d'urgence pré-hospitalière peut-elle être une ressource pour l'IDE dans la prise en soin du patient ? ». Ainsi, après des recherches théoriques et une enquête sur le terrain auprès d'infirmiers j'ai pu aboutir sur une analyse compréhensive ainsi qu'une hypothèse de recherche « La prise en charge en équipe pluridisciplinaire favorise l'établissement d'une relation soignant-soigné en pré-hospitalier ». Ce travail m'a permis de me projeter en tant qu'infirmière diplômée dans le domaine de l'urgence, correspondant à mon projet professionnel. Cette compréhension aboutie sur une conclusion : le soin technique n'est rien sans une prise en charge relationnelle en parallèle. En effet, la relation, notamment à travers la communication, verbale ou non verbale, constitue la base de l'être humain. Or en tant qu'infirmière il s'agit bien de prendre en soin une personne, un être humain, dans ses différentes dimensions.

En tant que future professionnelle, ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'acquérir une vision plus précise du rôle que l'infirmière peut avoir lors d'une intervention en pré-hospitalier ainsi que la plus-value de la relation établie sur le déroulement de l'intervention et la prise en soin du patient.

Je conclus sur le fait que la profession infirmière est un métier de soins mais surtout humain, de ce fait les soins relationnels représentent une base de celui-ci. Sans relation avec le patient, la perte d'informations est conséquente et la qualité des soins est compromise ; ainsi la relation soignant-soigné se révèle être une ressource pour l'IDE dans la prise en charge du patient en pré-hospitalier. Enfin, l'expérience professionnelle en urgence et la maîtrise des actes techniques semble faciliter la création d'une relation de soin en pré-hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Hesbeen (W), Prendre soin à l'hôpital, Edition Masson, Paris, 1997, 195p. (1-p4) (2-p5) (3-p5)
- (2) Profession Infirmier Recueil des principaux textes – Edition Berger-Levrault (réf. 531 000), 2013, 205p. (1-p4) (2- p4) (3-p5) (4-p6)
- (3) Douleur et urgence, <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur-aigue/urgences>. Site internet consulté le 9 avril 2016. (1-p6)
- (4) Livre blanc - Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir Samu Urgences de France, SAMU Urgence de France, octobre 2015. www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf. (1-p6) (2-p6)
- (5) Référentiel commun - Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, Direction de la défense et de la sécurité civile et Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, juin 2008, www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel.pdf (1-p6)
- (6) Comité « AMLS » de l'association américaine des techniciens médicaux d'urgence (NAEMT), AMLS, Prise en charge des urgences médicales, Elsevier Masson, 2013, 584p. Traduction de l'américain par le comité francophone de l'AMLS (1-p7) (2-p13) (3-p13)
- (7) NAEMT, life support France, PHTLS secours et soins pré hospitaliers aux traumatisés, 4^{ème} édition française, Elsevier Masson, 2012, 680p. Traduction et adaptation de la 7^{ème} édition originale. (1-p7) (2-p8)
- (8) Référentiel de compétences Infirmier(e) en médecine d'urgence – Société Française de Médecine d'Urgence, Juin 2008, www.sfmu.org/.../referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf (1-p8)
- (9) Manoukian (A), La relation soignant-soigné, 4^{ème} édition, Editions Lamarre, 2014, 210p. (1-p8)
- (10) Phaneuf (M), La relation soignant-soigné, Rencontre et accompagnement, Chenelière éducation, Canada, 2011, 306p. (1-p8) (2-p9) (3-p9) (4-p9) (5-p9) (6-p10) (7-p11) (8-p12) (9-p13)
- (11) Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bulletin académie nationale de médecine, 2006, 190, n°9, p1999-2011, séance du 20 juin 2006. (1-p8)

- (12) La relation soignant-soigné, A la racine du soin, dossier, SOINS n°680, novembre 2003 (1-p11)
- (13) Bioy (A), Bourgeois (F), Nègre (I), La Communication soignant-soigné. Repères et pratiques, 3^{ème} édition, Bréal, 2013, 162p. (1-p11) (2-p11)
- (14) Rogers (C), Le développement de la personne, Dunod, Paris, 1991, réed InterEditions, 2005, 270p. (1-p12)
- (15) Mallem (E), La distance professionnelle, Objectif soins n°136, 2005, p.22-23. (1-p12)

Annexe

Etudiante infirmière en 3^{ème} année à l'IFSI d'Alès, je réalise mon Travail de Fin d'Etudes sur la prise en charge infirmière en pré hospitalier. De ce fait, je souhaite réaliser des entretiens auprès de professionnels afin de pouvoir confronter la théorie avec la réalité du terrain. L'objectif de ces entretiens est d'enrichir ma vision concernant ce type de prise en charge spécifique et de connaître le ressenti des soignants.

Avec votre accord cet entretien sera enregistré afin de pouvoir être retranscrit en intégralité puis exploité. Il ne fera l'objet d'aucune publication et l'anonymat sera garanti.

Age : Sexe : F / M Jour / Nuit

Année d'obtention du DE :

Nbre d'années d'expérience aux urgences : En pré hospitalier :

Précédents secteurs d'exercice :

ISP : oui / non Année :

1) Hors urgence vitale, à quoi faites-vous le plus attention lors d'une prise en charge en pré hospitalier ?

-> Patient, environnement, famille et pourquoi ?

2) Lors d'une intervention en pré hospitalier, qu'est-ce qui vous ferait dire que cela s'est bien passé ?

-> Vos représentations de l'intervention qui se passe bien et pourquoi ?

3) Pourriez-vous me donner un exemple d'une prise en charge simple en pré hospitalier et qu'est ce qui s'est bien passé pour vous ?

-> Quels sont selon vous les facteurs qui ont favorisé le bon déroulé ?

-> Quels auraient pu être les freins, les difficultés ?

-> Quelle place trouve le relationnel dans votre pratique en urgence ?

-> Comment établissez-vous une relation en urgence pré hospitalière ?

-> Selon vous, qu'apporte la relation soignant-soigné dans la prise en charge en urgence pré hospitalière?

Les soins relationnels en situation d'urgence pré-hospitalière

Résumé : Arrivant au terme de ces trois années d'études, en lien avec mon projet professionnel, j'ai choisi d'effectuer mon travail de fin d'études sur les soins relationnels en situation d'urgence pré-hospitalière. Je me suis demandé « en quoi la relation soignant-soigné en situation d'urgence pré hospitalière peut-elle être une ressource pour l'IDE dans la prise en soin d'un patient ? ». Pour cela, j'ai d'abord effectué des recherches documentaires puis une enquête auprès des professionnels. Cette enquête s'est déroulée au moyen d'entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien. L'analyse des entretiens a montré que le relationnel était très important dans la pratique en pré hospitalier. De plus, l'expérience professionnelle en urgence faciliterait la création d'une relation lors d'une situation d'urgence en pré hospitalier. Enfin pour les IDE, il semble nécessaire d'allier soins technique et soin relationnel afin de rassurer le patient et obtenir son adhésion aux soins. Les soins relationnels seraient une véritable plus-value dans la prise en charge pré-hospitalière.

Mots clés : soins relationnels, urgence pré-hospitalière, communication, relation soignant-soigné

Relational care in prehospital emergency situation

Abstract: Reaching the end of these three years of studies, related to my professional project, I chosed to treat relational care in prehospital emergency situation for my research paper. I asked myself “how the carer – cared for relationship in prehospital emergency situation can be a resource for nurse in the patient care?” For that, I first executed documentary researches, then a survey with professionals. This survey was conducted through semi-structured interviews using an interview guide. The interviews analysis showed that the relational aspect was very important in the pre-hospital practices. In addition, professional experience in the emergency field would facilitate the creation of a relationship during a pre hospital emergency situation. Finally, for the nurses, it seems necessary to combine technical and relational care in order to reassure the patient and obtain his adherence to care. Therefore, relational care would be a real betterment for pre-hospital care.

Key words: relational care, prehospital emergency, communication, carer-cared for relationship