

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS

IFSI HENRI MONDOR

La relation soignant-soigné face à l'anxiété des patients aux urgences



[Mémoire de fin d'étude]

**UE 5.6. S6 – Analyse de la qualité et traitement
des données scientifiques et professionnelles**

Teddy Pesier

Directeur de mémoire : Mr. Cordaro

Écrit : 04/06/2012

SOMMAIRE

I. Introduction	p. 1 à 2
II. Description des situations	p. 3 à 5
III. Questionnement	p. 6 à 7
IV. Cadre de référence	p. 8 à 35
1. Les urgences	p. 8 à 13
2. Quelques notions préliminaires	p. 13 à 17
3. La relation soignant-soigné	p. 17 à 24
4. La communication	p. 25 à 30
5. L'anxiété	p. 31 à 34
6. Conclusion du cadre de référence	p. 35
V. Enquête exploratoire	p. 36 à 48
1. Mode exploratoire	p. 36
2. Analyse descriptive	p. 37 à 41
3. Analyse interprétative	p. 42 à 44
4. Synthèse	p. 45 à 46
5. Les limites de l'étude	p. 47
VI. Conclusion	p. 48
Bibliographie	p. 49 à 50
Annexes	
Annexe 1 : les 14 besoins de V. Henderson	
Annexe 2 : La proxémique selon A. Bioy	
Annexe 3 : Guide d'entretien	
Annexe 4 : Grille de dépouillement	

NOTE AUX LECTEURS

« Il s'agit d'un travail personnel dans le cadre d'une formation à l'IFSI Henri Mondor à Créteil et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

I. Introduction

Depuis tout jeune, j'ai l'intime conviction que le fait de communiquer, de parler, de s'intéresser à une personne malade permettait déjà le processus de guérison de celle-ci. J'attribuais au principe communicationnel une valeur essentielle : entrer en communication engendrait le confort et le bien être de la personne en souffrance.

Très tôt, je me suis rendu compte que le côté relationnel devait faire partie intégrante de ma profession. Dès lors, cette dimension sociale a influencé mon choix d'études en soins infirmiers, et c'est après avoir effectué un stage aux urgences que j'ai pris conscience qu'il s'agit d'un milieu dans lequel je souhaite évoluer, un milieu qui permet l'alliance des soins et du relationnel.

Les soins infirmiers sont pour moi un élément majeur de la profession seulement s'ils sont agrémentés par une relation communicative entre le soignant et le soigné, on ne peut pas entrer dans une chambre, prodiguer des soins et ensuite ressortir sans un mot, la logique des choses nous dicte qu'il faut se présenter avec les marques de politesses adaptées, ensuite rechercher le consentement du patient pour le soin que l'on a expliqué et détaillé au préalable, puis on exécute le soin tout en s'assurant que le patient se sent bien, et on sort de la chambre avec la formule de courtoisie qui convient.

Ainsi on se rend compte que la communication fait partie du quotidien de l'infirmier, elle assure le bon déroulement de l'hospitalisation du patient, de l'accueil à la sortie de celui-ci.

La base même de notre métier passe par la communication, et celle-ci va par la suite amorcer la relation soignant-soigné par le biais du soin relationnel. Il s'avère donc primordial de créer un contact adapté au patient dès le départ ; en général la première impression conditionne la suite des événements, il en est de même dans le cas de l'hospitalisation ; pour que celle-ci se déroule convenablement, les deux étapes indispensables à ne pas rater sont bien l'accueil et la sortie du patient. Il s'agit de l'élément précurseur qui définit le bon déroulement ou non de l'hospitalisation.

Ainsi l'accueil des patients représente une des étapes les plus importantes et elle commence souvent dans le Service d'Accueil des Urgences.

Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai pu effectuer un stage au Service d'Accueil des Urgences (SAU), durant lequel la notion de communication, rentrant dans le cadre du soin relationnel était indispensable du simple fait que l'hospitalisation au SAU représente un facteur anxiogène pour la plupart des patients qui s'y rendent.

II. Description des situations

1. Première situation

Durant le mois de mars, un lundi de nuit, aux urgences une patiente âgée d'une cinquantaine d'années se présente à l'accueil du service suite à une douleur thoracique persistant depuis quelques heures. Celle-ci était très inquiète et angoissée à l'idée que ce soit une récurrence d'un infarctus du myocarde qu'elle avait eu dix ans auparavant. À son arrivée, vers 23h, la patiente était accueillie par l'aide soignant qui la questionne sur l'ensemble des données administratives à savoir son nom, prénom, sa couverture sociale, numéro de téléphone.

Une fois cette partie administrative achevée, elle est conduite en salle d'attente où elle reste 45 minutes, après quoi elle est vue par l'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation). Durant cet entretien, la patiente est soumise à tout une série de questions visant à établir le degré d'urgence de la situation, le questionnement s'enchaîne, celle-ci n'a pas vraiment le temps de répondre ou d'apporter de détails, aussitôt la réponse obtenue qu'une autre question commence, elle ne peut pas se lancer dans le récit de sa situation.

Un électrocardiogramme (ECG) est réalisé par la suite pour évaluer l'activité cardiaque et ainsi déceler la présence ou non d'une anomalie, tout cela sans explication auprès de la patiente qui commençait à s'agiter (fréquence respiratoire qui accélère, la patiente changeait constamment de position sans en trouver une qui convienne).

L'ECG n'ayant rien révélé d'anormal, la patiente est conduite en zone de soin, un univers bruyant, entre les alarmes, les passages intempestifs du personnel soignant ou des patients et le manque d'intimité, où elle est prise en charge par une autre infirmière qui va effectuer tout les soins permettant le diagnostic de la pathologie dont souffre la patiente après un entretien avec un interne.

Elle est donc emmenée dans un box de soin où elle est déshabillée, mise en pyjama, vue par un interne qui prescrit un bilan sanguin complet et la pose d'une perfusion.

L'infirmière réalise le soin sans même se présenter et donne quelques explications sur la suite des événements, que l'on va attendre les résultats des laboratoires pour ensuite la traiter.

La patiente est reconduite en zone de soins, entre deux autres femmes, où elle devra attendre deux à trois heures environs. C'est alors que je passe devant la patiente qui est en pleure, je décide donc de l'emmener dans un box, à l'écart, pour comprendre ce qui lui arrive. Celle-ci m'explique qu'elle ne sait pas pourquoi elle est ici, qu'elle se sent très opprimée et angoissée, qu'elle ne comprend pas pourquoi elle doit attendre aussi longtemps, qu'elle est fatiguée et veut rentrer chez elle pour dormir, elle se sent également angoissée vis-à-vis de son travail pour le lendemain et dit ne plus avoir mal.

Après l'avoir écouté, je lui ai apporté les réponses qu'il lui manquait. Elle se sentait un peu mieux d'avoir pu se livrer à quelqu'un. Ainsi je suis amené à me demander si le service des urgences est générateur d'anxiété chez cette patiente ? Mais également, quel rôle joue la communication dans la prise en charge de l'anxiété ? Plus tard le diagnostic d'une crise d'angoisse a été posé. La patiente s'est calmée et a pu rentrer chez elle une heure plus tard en taxi.

2. Seconde situation

Cette même nuit, un patient âgé de 29 ans est hospitalisé aux urgences pour crise d'asthme, sa fréquence respiratoire est élevée et sa saturation en oxygène tourne autour des 90%.

Il est trois heures du matin lorsque son troisième aérosol se termine. Le patient attend en zone de soins qu'on vienne le lui retirer, dans la salle une vingtaine de patients sont allongés sur des brancards, entassés dans les différentes zones, les alarmes des moniteurs sonnent toutes les deux minutes, tout le monde est fatigué, les patients comme les soignants. L'équipe soignante est stressée et croule sous les soins et les nouveaux arrivants, le patient appelle une aide soignante pour que celle-ci lui débarrasse de son masque d'aérosol et pour demander quand sera le prochain.

L'aide soignante (AS) lui répond qu'elle n'a pas le temps, le patient s'énerve et commence à être injurieux envers l'ensemble du personnel soignant, il hausse le ton et insulte tout le monde, l'aide soignante intervient et lui demande de se calmer, que c'est un hôpital et qu'il y a des règles.

Le patient se lève, retire sa perfusion et tente de frapper l'AS. Un médecin intervient, et l'isole dans un box pour discuter, on ne connaîtra pas le contenu de la discussion mais le patient reviendra dans son brancard après une longue conversation avec le médecin pour terminer le reste de ses aérosols.

Dés lors je me demande quelle est l'attitude à adopter pour éviter ce genre de situation ? Aurait-elle pu être empêchée par une communication plus adaptée ? Quel est le rôle de la communication dans la prise en charge de l'anxiété ? Quelles compétences relationnelles développées par l'infirmières permettraient la gestion de l'anxiété du patient ? Quels moyens doivent être adoptés par l'infirmière pour éviter ce genre de situation ?

III. Questionnement

Ainsi l'ensemble de ces deux situations nous informe sur ce qu'est le quotidien du service d'accueil des urgences, mais de quels types d'urgences parle-t-on exactement ? Urgence psychiatrique, urgence sociale, urgence médico-chirurgicale ? Il s'agit en réalité d'une association des trois qui implique ainsi la nécessité d'une large compétence relationnelle de l'infirmière quant à la prise en charge des patients aux urgences. Mais quelles compétences relationnelles celle-ci doit elle développer dans les situations d'urgences ? Dans l'urgence n'y a-t-il pas parfois peu de place à la communication, au relationnel ? Ne doit-on pas favoriser les soins somatiques aux soins relationnels ? Il est vrai qu'il est parfois difficile d'établir la part des choses entre l'urgence vitale et l'urgence sociale.

Par la suite, je suis amené à me poser certaines questions relevant du domaine de la sociologie : la première étant qu'elle représentation l'opinion commune se fait-elle des urgences ? Également qu'elle représentation l'infirmière a-t-elle des urgences ? Et par extrapolation, quelles connotations inspirent les urgences aux patients comme aux soignants ? Les urgences représentent le premier maillon de la chaîne de soins, il s'agit parfois de l'étape préliminaire à l'admission dans un service, ainsi la communication est nécessaire pour préserver les besoins de sécurité et d'estime, indispensables à chaque être humain comme il est mentionné à travers la pyramide de Maslow. Mais comment préserver les besoins d'estime et de sécurité du patient ? Quel rôle, la communication joue-t-elle dans la préservation de ces besoins ? Quelles interactions sociales sont mises en œuvre entre patients et soignants ?

Dés lors on peut se demander où se trouve la limite de la relation soignant-soigné ? Ainsi il est intéressant de connaître ses limites et d'en connaître les conséquences, mais cette connaissance ne risque-t-elle pas de créer une barrière au soignant lors de l'échange entre le patient ? Ainsi le soignant ne risque-t-il pas restreindre sa communication ?

L'hospitalisation, et encore plus le service des urgences, est un facteur anxiogène pour toute personne concernée. Il engendre ainsi un stress de la part des soignants en ce qui concerne l'organisation et la gestion du temps. Ainsi, à travers une étude psychologique, je me demande quels sont les facteurs favorisant le stress des patients et des soignants aux urgences et comment peut-on l'éviter ? Quelles sont les manifestations, les signes de ce stress ? L'anxiété a-t-elle des conséquences sur la santé du patient ? Ce stress représente-t-il une entrave à la relation soignant-soigné ? Existe-t-il des moyens mis à disposition dans le service des urgences pour lutter contre ce stress ?

Ensuite, à partir de l'approche des sciences et techniques infirmières, il est intéressant de se demander quelles sont les compétences que l'infirmière des urgences doit mobiliser ? Quelles qualités relationnelles visent à préserver la communication avec le patient qui constitue un des 14 besoins de Virginia Henderson ? La communication peut-elle être considérée comme un soin ? Existe-t-il des formations visant à acquérir, ou approfondir ses compétences relationnelles aux urgences ? Quelles connaissances faut-il mobiliser pour adapter sa communication aux urgences ? Et plus généralement, quelles sont les compétences relationnelles que doit adopter l'infirmière des urgences pour la prise en charge des patients anxieux par l'hospitalisation ?

Question de départ :

En quoi la communication entre soignants et soignés aux urgences permet-elle de gérer l'anxiété des patients ?

Champs disciplinaires :

Ainsi, Je tacherai d'orienter mes recherches à travers trois champs disciplinaires que sont la **psychologie**, la **sociologie** et les **sciences et techniques infirmières**, en me basant sur les ouvrages d'Alexandre Manoukian et d'Antoine Bioy¹. L'étude de la sociologie permettra de mettre en évidence les représentations des urgences et la communication dans ce milieu, ensuite le concept d'anxiété sera défini par une étude de la psychologie, et les compétences relationnelles seront définies par l'étude des sciences infirmières.

¹ Alexandre Manoukian et Antoine Bioy représentent ici les deux auteurs principaux de référence pour ce mémoire de fin d'étude.

IV. Cadre de référence

1. Les urgences

1.1. Historique et représentation des urgences

À travers l'histoire, la notion d'urgence apparaît au XVIII^{ème} siècle en termes d'assistance, c'est ensuite le développement urbain et l'augmentation du nombre d'accidents qui a conduit les pouvoirs publics à faire appel à l'hôpital pour la prise en charge des soins d'urgence.

Selon J. Peneff, « les services d'urgence ont été, depuis le XIX^{ème} siècle, liés à l'évolution générale du monde urbain comme par exemple la concentration des activités économiques, le développement du travail industriel nocturne, l'augmentation des accidents du travail et de la circulation mais également aux changements intervenus dans les pratiques médicales tels que les progrès du transport des blessés vers les hôpitaux et l'émergence de nouvelles spécialités médicales comme la réanimation »².

Ainsi cet auteur souligne que le milieu du XIX^{ème} siècle, période de rassemblements populaires et de développement industriel donne naissance à certaines préoccupations en terme de sécurité et d'évacuation des blessés, d'ailleurs « les préfets créent vers 1880 des centres de secours installés sur les lieux de manifestation populaires lors des fêtes nationales, des visites de souverains... Et les entreprises les plus exposées aux risques se protégèrent par la création de postes de secours sur leur site industriel »³. On comprend donc que les lieux publics et postes de travail dis à risque constituent les « premiers utilisateurs de l'organisation de secours immédiats »⁴.

² PENEFF, Jean. *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*. Paris : Métailié. 2000. p17.

³ PENEFF, Jean. loc. cit.

⁴ PENEFF, Jean. Op. cit. p18.

De plus, Peneff ajoute que « *les urgences sont aussi le produit de l'histoire de nos villes qui est jalonnée de conflits entre les grandes institutions responsables de la santé et de l'ordre public* »⁵, ainsi leurs divergences ont trouvé en la création des urgences une solution à leurs problèmes : « *le problème des horaires ou des gardes médicales ou encore le problème des définitions de compétences (démence, ivrognerie,...) ou bien ceux de médecine légale* »⁶.

Plus tard, « *l'idée d'un service nocturne spécifique fut lancée par la presse, appuyée par des pétitions dénonçant les cas de blessés décédés du fait de l'impossibilité de trouver un médecin* »⁷ mais c'est en 1890 que la présence d'un chirurgien de garde devient obligatoire dans l'ensemble des hôpitaux que ce soit de jour ou de nuit.

Quelques années plus tard l'idée d'assurer une permanence par un seul chirurgien ne suffit plus, ainsi se voit développer des équipes de permanences qui prennent de l'ampleur entre 1920 et 1930. Et c'est « *en 1936 que le premier hôpital spécialisé dans l'urgence est ouvert (Marmottan) : c'est un hôpital de secours réservé aux accidentés* »⁸. Les accidents de la voie publique étant de plus en plus nombreux, des services de premiers soins voient le jour dans de nombreux hôpitaux.

Cependant, J. Peneff explique qu'à l'origine, « *les urgences ont également rempli une mission politique. L'État a pris en charge les blessés d'actes terroristes ou de violences urbaines* »⁹. Ainsi « *les urgences ne se sont pas développées en fonction des besoins médicaux d'une population [...], pas plus qu'en fonction de la démographie urbaine, mais en raison de l'organisation de la vie dans les métropoles : exigences politiques, intensité de la vie nocturne, augmentation de la circulation* »¹⁰. Dès lors le développement des services d'urgences n'est pas en lien avec les besoins de population en termes de santé mais plutôt avec l'urbanisation, le développement industriel et la recrudescence politique qui résout les problèmes sociaux par la création des urgences en guise de réceptacle pour une population démunie.

⁵ PENEFF, Jean. op. cit. p19.

⁶ PENEFF, Jean. loc. cit.

⁷ PENEFF, Jean. loc. cit.

⁸ PENEFF, Jean. op. cit. p20.

⁹ PENEFF, Jean. loc. cit.

¹⁰ PENEFF, Jean. op. cit. p21.

C'est à partir de 1945 avec la création de la sécurité sociale, que les urgences connaissent une véritable augmentation en ce qui concerne la demande de soins, également en lien avec les représentations communes dues aux médiatisations d'un tel service, ce qui va engendrer un développement considérable des urgences en termes d'offre en rapport à la demande. Et « *si les urgences soignent des cas ordinaires, c'est qu'une longue histoire a fait naître dans les populations urbaines la perception d'une offre de soins rapides* »¹¹.

Ainsi J. Peneff explique que les représentations de la population sont nombreuses mais qu'elles convergent toutes vers une même opinion qu'est l'offre de soins rapides et techniques, il appuie notamment cette argumentation à travers les stéréotypes propagés par les médias et principalement le « téléfilm urgences » qui prône « *dévouement et hypertechnicité, honneur et expertise, tout ceci servant à l'image de la profession dans la société* »¹². On en conclut donc que les représentations de la population sont parfois loin de la réalité en conséquence d'une médiatisation d'un service d'urgence stéréotypé.

1.2. Présentation du service des urgences de nos jours

Le service des urgences, comme toutes structures de santé est légiféré selon des décrets précis, organisant ainsi les besoins structurels et organisationnels du service. Selon l'Article D6124-22 du code de la santé publique : « *la structure des urgences dispose notamment :*

- 1° D'une salle d'accueil préservant la confidentialité ;*
- 2° D'un espace d'examen et de soins ;*
- 3° D'au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ;*
- 4° D'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure »*¹³.

¹¹ PENEFF, Jean. op. cit. p16.

¹² PENEFF, Jean. op. cit. p83.

¹³ Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

Ainsi, selon les articles D6124-17 à D6124-23, on comprend que le service comporte quatre zones, une, destinée à l'accueil des patients avec un médecin coordinateur et une infirmière d'accueil et d'orientation. Une seconde zone dédiée aux examens et aux soins, constituée d'une équipe de médecins urgentistes, d'internes, d'infirmières et d'aides-soignants. Une unité réservée à l'hospitalisation de courte durée nécessitant une surveillance infirmière, et une dernière zone consacrée aux détresses vitales et aux réanimations. Ces articles stipules également que la structure doit disposer au moins d'un agent chargé des admissions et d'une assistante sociale. De plus selon l'article D6124-24 du code de la santé publique les urgences doivent disposer de modalité d'accueil adapté pour les personnes gardées à vue ou pour les détenus nécessitant des soins d'urgences.

Il est intéressant de noter la description des lieux que donne J. Peneff à travers son expérience et ses représentations, il dit : « *les couloirs et les salles mélangent des populations différentes qui cohabitent dans un espace fermé, alors que la médecine de ville de ville ou les cliniques privée, par leur agencement et l'homogénéité de leur clientèle, imposent à un moindre degré le mélange social ou ethnique* »¹⁴. Ainsi l'auteur insiste sur le confinement des structures limitant la gesticulation et engendrant l'inconfort. « *Dans la salle d'attente, on est assigné à plusieurs et pour un long moment, dans un local étroit et fermé. L'interaction visuelle est difficilement évitable [...] Aux urgences, la promiscuité incite à s'interroger sur la conduite à tenir : Parler ? Fraterniser ? Revendiquer ? Répondre à des inconnus ?* »¹⁵.

L'auteur établit donc le cadre en nous informant sur la contiguïté que crée le manque d'espace aux urgences, une proximité inconfortable mettant mal à l'aise, forçant le contact avec l'intimité d'autrui. Ainsi le confinement de la structure induit un stress premier aux patients qui sous le regard d'inconnus constitués d'un vaste brassage ethnique et culturel peut sentir comme hostile son environnement.

¹⁴ PENEFF Jean. op. cit. p61

¹⁵ PENEFF Jean. op. cit. p73

1.3. Particularités du service des urgences dans le domaine de la communication

« *Le service des urgences est un lieu à part. Microcosme social et médical, porte de l'hôpital, premier lieu d'accueil, il est soumis aux impondérables, se prêtant aux situations et aux pathologies les plus variées* »¹⁶. C'est ainsi qu'Aline Mauranges décrit les urgences, à travers quatre constats s'inscrivant en tant que particularités des urgences dans le domaine de la communication.

La première particularité du service consiste en un lieu d'accueil face à l'anxiété des patients, « *le public a, dans son ensemble, de plus en plus tendance à percevoir les urgences comme une consultation permanente répondant à l'immédiateté de l'angoisse et du besoin de soins, travailler aux urgences requiert un savoir-faire spécifique, conjuguant le social, le psychologique et le médical, faisant largement appel à l'écoute et à la patience* »¹⁷.

Forcée de constater que les urgences constituent un lieu de consommation de la santé, A. Mauranges en fait la seconde particularité de ce service « *qui vient rappeler que le comportement consommateur est devenu un fonctionnement généralisé. En accueillant tout le monde ce service tend à être pris pour un lieu d'assistance où la santé devenue produit de consommation, oblige les soignants à servir les patients comme des clients, vite et bien* »¹⁸.

Les urgences sont un lieu d'urgence sociale, ce qui fonde la troisième particularité du service. « *Une misère sociale et une solitude de situation qui ne présentent pas de motif médical, mais qui ne trouvent pas pourtant de quoi s'étayer sur un autre support social, trouveront une réponse partielle aux urgences* »¹⁹.

¹⁶ MAURANGES, Aline. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier : manuel à l'usage des soignants*. Montargis : Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnes de santé. 2010. p44.

¹⁷ GHATTAS, A. *Techniques de communications adaptées à l'accueil et aux soins. Conférence infirmiers*. Mars 2004. p676. Disponible sur <http://www.sfmou.org>

¹⁸ MAURANGES, Aline. op. cit. p46

¹⁹ MAURANGES, Aline. op. cit. p47

Ainsi ces trois particularités engendrent l'abondance dans le service des urgences, conduisant de fait au stress, à l'impatience, à l'incompréhension, à l'attente prolongée des patients et la violence portant ainsi atteinte à la communication entre soignant et soigné. Des soignants qui seront confrontés au stress en lien avec le facteur temps ce qui constitue la dernière particularité du service. « *Les agents des urgences subissent les atteintes du stress généré notamment par les conditions de vie moderne [...], ils doivent encaisser, de surcroît, le stress que provoque, dans leur unité, l'obligation d'une course contre le temps à laquelle s'ajoute la nécessité d'une activité fréquemment fractionnée, heurtée. Stress personnel et stress professionnel concourent à la construction d'une relation tendue avant même d'avoir réellement débuté* »²⁰.

En conséquence de ce lieu présentant certaines particularités dans le domaine de la communication, A. Ghattas et A. Mauranges propose des solutions afin d'améliorer l'échange entre soignants et soignés passant par le désamorçage de la violence, le renforcement de la polyvalence de l'équipe, le réaménagement des locaux de façon à faciliter le dialogue et un réapprentissage en matière de communication.

2. Quelques notions préliminaires

2.1. Être soignant

Selon le dictionnaire... c'est être un « *professionnel de santé qui dispense des soins en fonction du diplôme qui l'y habilite* »²¹. Cette définition peut être complétée par celle du Code de la Santé Publique définissant l'infirmier : « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* »²². Ainsi le soignant est un professionnel, il est donc compétent dans le domaine de la santé, incluant donc un savoir, savoir-faire et savoir-être en lien avec le milieu dans lequel il exerce, s'intégrant à travers la notion du « prendre soin ».

²⁰ GHATTAS, A. op. cit. p677.

²¹ AMIEC Recherche. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. 3^{ème} Edition, Masson. Paris 2005. p256

²² Article L4311-1 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier du Code de la Santé Publique.

2.2. Prendre soin

« Pour l'infirmier Philippe Svandra, docteur en philosophie, ' le soin est l'expression agissante de son humanité ' »²³. Dès lors la notion de « prendre soin » s'inscrit non seulement dans une fonction soignante mais avant tout à travers un principe humaniste et altruiste.

Cette notion est renforcée par le modèle que propose Virginia Henderson : « la notion essentielle de l'infirmier(ère) est d'assister l'individu malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir »²⁴. Ainsi le « prendre soin » s'établit aux regards de l'accompagnement du patient après considération et analyse des besoins de celui-ci.

Ainsi le « prendre soin » peut s'exprimer à travers des actes de bienveillances et de bienveillances définis par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) comme étant « une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance [...] Elle trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité, et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoin, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse [...] Elle se doit de répondre aux besoins fondamentaux des usagers de la manière la plus individualisée et personnalisée possible »²⁵.

Par extrapolation, la notion de « prendre soin » s'organise autour du rôle propre infirmier et par conséquent à travers l'établissement de la relation soignant-soigné adéquat en lien avec une communication adaptée.

²³ FAVETTA, Véronique, FEUILLEBOIS-MARTINEZ, Brigitte. Rencontre autour du « prendre soin » : « Prendre soin et formation infirmière ». *Recherche en soins infirmiers* n°107, Décembre 2011, pages 60-74.

²⁴ FAVETTA, Véronique, FEUILLEBOIS-MARTINEZ, Brigitte. loc. cit.

²⁵ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic (sous la direction de). *Les concepts en sciences infirmières – ARSI*. Edition Maillet. 2009. p92 (DEFRESNE, Catherine).

2.3. Soigner

Soigner, en terme général, revient à « agir pour soi-même ou pour autrui afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé »²⁶, cependant pour les professionnels de santé, cette notion prend un tout autre aspect, en lien avec les besoins de la personne nécessitant donc de s'investir dans le but de rendre service. Pour ces professionnels, soigner c'est donc « offrir, à une personne ou à un groupe, un service qui puisse compléter ou suppléer sa propre action »²⁷.

2.4. Besoin

Le besoin est défini comme « une nécessité de la nature ou de la vie sociale ressentie et/ou exprimée par un être humain »²⁸. Dans le domaine des soins infirmiers, deux personnalités américaines ont été les précurseurs du concept de besoin, le premier étant A. Maslow qui hiérarchise en 1940 les besoins humains commençant par des besoins physiologiques (manger, boire, dormir, respirer) et aboutissant à d'autres besoin d'ordre psychologique et affectif (cf. pyramide ci-dessous).



Pyramide des besoins selon Maslow²⁹

²⁶ AMIEC Recherche. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. 3^{ème} Edition, Masson. Paris 2005. p256

²⁷ AMIEC Recherche. op. cit. p257.

²⁸ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic (sous la direction de). Les concepts en sciences infirmières – ARSI. Edition Maillet. 2009. p89.

²⁹ Reproduction tirée du site internet <http://fr.wikipedia.org>

La deuxième personnalité ayant développé le concept de besoin est V. Henderson qui comme son prédécesseur, Abraham Maslow, suppose qu'un besoin ne peut être atteint à condition que les besoins d'ordres inférieurs aient déjà été satisfaits. Ainsi, en 1955, V. Henderson « définit une hiérarchisation de quatorze besoins fondamentaux qu'elle pose comme base conceptuelle des soins infirmiers »³⁰. « Selon elle, les interventions infirmières, résultantes de l'analyse singulière de 14 besoins fondamentaux communs aux êtres humains et d'un ajustement aux ressources personnelles, visent à rétablir ce déséquilibre provoqué afin de rendre la personne de nouveau indépendante dans sa situation de vie »³¹. Ainsi ce modèle conceptuel devient rapidement une référence commune en soins infirmiers mettant en évidence tant les besoins physiologiques, psychologiques, sociaux que spirituels, intégrant le besoin communicationnel comme un besoin fondamental (cf. annexe 1).

2.5. Compétence

Le terme de compétence connaît bon nombre de définitions selon les auteurs, il apparaît dans le vocabulaire dans le courant des années 1980 durant lesquelles le concept de compétence prend naissance au sein de la société comme étant la mobilisation de ses connaissances et expériences pour agir lors de situations professionnelles auxquelles l'individu est confronté. « Pour G. Le Boterf '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 ressources' »³².

³⁰ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic (sous la direction de). Les concepts en sciences infirmières – ARSI. Edition Maillet. 2009. p89.

³¹ FAVETTA, Véronique, FEUILLEBOIS-MARTINEZ, Brigitte. Rencontre autour du « prendre soin » : « Prendre soin et formation infirmière ». *Recherche en soins infirmiers* n°107, Décembre 2011, p66.

³² FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic (sous la direction de). Les concepts en sciences infirmières – ARSI. Edition Maillet. 2009. p108.

Cette première définition est complétée par celle de P. Perrenoud qui précise que « *la compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes* »³³. Ainsi l'on comprend que les compétences nécessitent un savoir, un savoir être et un savoir faire afin d'adopter le meilleur comportement face aux situations confrontées, il s'agit donc d'un savoir agir.

« *A. Montesinos définit la compétence de l'infirmière comme l'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider et d'agir, afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoins* »³⁴. Ainsi il apparaît comme évident que la communication intègre une compétence particulière qu'est celle s'inscrivant dans la relation soignant-soigné : la compétence relationnelle.

3. La relation soignant-soigné

3.1. Définition de la relation

Selon A. Manoukian, la relation se définit comme une interaction entre deux personnes minimum, permettant ainsi l'échange. « *Les raisons, ou les objectifs des relations, dans le milieu hospitalier, sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné* »³⁵. Ainsi les échanges se traduisent à travers divers supports tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions corporelles, les attitudes mais également la tenue vestimentaire ou encore le statut, la fonction sociale. Des éléments formant les bases d'une relation soignant/soigné, sans oublier que cette relation peut être de différents type : dominant/dominé, dominé/dominant, ou d'égal à égal celle-ci étant considérée comme idéal puisqu'elle permet échange et confiance.

³³ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic (sous la direction de). Les concepts en sciences infirmières – ARSI. Edition Maillet. 2009. p108.

³⁴ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic. loc. cit

³⁵ MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné. 3e édition. France : Lamarre. 2008. p8.

« C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation »³⁶.

Ainsi, différents facteurs interviennent dans la relation :

- Les facteurs psychologiques (valeurs personnelles, représentations, émotions)
- Les facteurs sociaux (âges, cultures, rôles sociaux, statut social...)
- Les facteurs physiques (aspect physique, perceptions propres...)

Ces facteurs influencent donc l'engagement de la relation soignant/soigné d'où l'importance que peut avoir les rôles sociaux et ses représentations.

3.2. Importance et enjeux des rôles sociaux dans la relation

3.2.1. Notion de rôles sociaux

« Dès le XI^{ème} siècle, le mot est utilisé dans le sens de la fonction sociale et de profession »³⁷. Cette notion de rôles sociaux permet ainsi d'établir la distinction entre soi et les autres, cette distinction se forge à travers le développement de la personnalité de chacun et permettra d'alimenter les relations par un comportement de communication en lien avec ses propres connaissances du rôle social qu'exerce son interlocuteur, d'où les notions de complémentarité et reconnaissance des rôles.

3.2.2. La complémentarité des rôles

« Dans une relation entre deux individus, il y a habituellement une complémentarité de rôles. Si cette complémentarité ne se mettait pas en place très rapidement, les deux interlocuteurs ne parviendraient qu'à un dialogue de sourds [...] chacun restant sur son idée et sur des attitudes incompréhensibles pour l'autre »³⁸. Ainsi la connaissance des rôles de chacun est nécessaire à la relation au risque d'une incompréhension mutuelle et réciproque.

³⁶ MANOUKIAN, Alexandre. op. cit. p9.

³⁷ MANOUKIAN, Alexandre. op. cit. p13.

³⁸ MANOUKIAN, Alexandre. op. cit. p15.

3.2.3. La reconnaissance des rôles : le soignant face au soigné

« Comme tout rôle sociaux, le rôle de soignant est inscrit [...] dans une pyramide hiérarchique dont les diplômés sont les garants de compétence et de savoir. Cette hiérarchie distribue les compétences mais aussi les responsabilités de chacun. Cependant, [...] le rapport de proximité avec le malade est souvent inversement proportionnel à la place dans la hiérarchie hospitalière »³⁹. Ainsi A. Manoukian explique que les soignants sont plus présents dans la relation avec le patient que les médecins par exemple, plaçant ainsi le soignant comme intermédiaire entre le patient et les autres intervenants. Mais la relation soignant/soigné ne s'arrête pas à cela, elle s'intègre pleinement dans les soins, appelé soin relationnel ou encore relation de soin.

3.3. La relation de soin

3.3.1. Définition

Selon Monique Formarier, la relation de soins « relève du champ professionnel ce qui implique des rapports sociaux codifiés, pré-établis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes »⁴⁰. Ainsi cette relation est régie par un ensemble de données adhérent au domaine professionnel, et nécessitant donc une complémentarité et reconnaissance des rôles sociaux. Elle s'inscrit donc dans un schéma répétitif lors des soins, répondant aux besoins de sécurité tant des soignants que des patients.

Toujours selon M. Formarier, « il faut considérer les relations comme des éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations, en interdépendance avec l'environnement [...] Elles sont l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée »⁴¹. En conséquence, bien que répétitives, ces relations sont uniques et indispensables à la prise en charge des patients à l'hôpital. Cependant l'auteur se pose la question de la distinction entre interactions sociales et relations.

³⁹ MANOUKIAN, Alexandre. op. cit. p19.

⁴⁰ FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* n°89, Juin 2007, p34.

⁴¹ FORMARIER, Monique. loc. cit.

3.3.2. Différences entre interactions et relations

M. Formarier évoque la standardisation de la relation soignant/soigné par le biais de procédures d'accueil ou encore de recueils de données prédéfinis engendrant ainsi des interactions sociales plus que de véritables relations.

Ainsi, l'auteur s'appuie sur le modèle de Hartup pour définir la relation « *comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien [...] Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction* »⁴².

De plus Fischer, accentue la différence entre interaction et relation puisque « *la notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges ; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de la sociabilité humaine...Elle révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre* »⁴³.

On comprend donc que la relation s'effectue dans le temps, à travers l'établissement de liens nécessitant un engagement émotionnel des individus concernés alors que les interactions consistent en un ou des échanges formels n'engageant pas la dimension cognitive et affective.

3.3.3. Les différents types de relations de soin

Selon le but, l'objectif des interactions et les concepts autour desquels elles s'organisent, il a été identifié différents types de relations infirmières. Sept formes de relations de soins ont ainsi été décrites : la relation de civilité, la relation de soins, la relation d'empathie, la relation d'aide psychologique (counselling), la relation thérapeutique, la relation éducative et la relation de soutien social.

⁴² FORMARIER, Monique. loc. cit.

⁴³ FORMARIER, Monique. loc. cit. (Citant Fischer : les concepts fondamentaux de la psychologie sociale).

Relation de civilité

Il s'agit d'une interaction se situant en dehors du cadre de soin. « *Elle répond à un code culturel et social ritualisé ou chaque interlocuteur, sans être toujours conscient, joue un rôle* »⁴⁴.

Dans le cadre de la relation soignant/soigné, elle « *comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires...* »⁴⁵.

La relation de civilité fait donc référence aux normes de politesse qui nous sont dictées par le cadre culturel de la société actuelle.

Relation de soins

Il s'agit d'un « *support d'échanges avec le patient ou sa famille. Elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. Elle est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient. Elle essentiellement de type informatif* »⁴⁶.

C'est donc une relation ponctuelle qui s'inscrit lors de soins auprès du patient visant à informer celui de l'acte en lui-même ou bien en réponse à un besoin spécifique. C'est la relation la plus courante dans le milieu hospitalier.

Relation d'empathie

« *L'empathie est souvent considérée comme étant l'approche la plus appropriée dans la relation soignant-patient* »⁴⁷. Il s'agit pourtant d'un concept très controversé en ce qui concerne la pratique infirmière, les soins infirmiers, plusieurs courants de pensée ont ainsi pris naissance, créant des divergences. « *Il existe presque autant de définitions de l'empathie que d'auteurs écrivant sur le sujet* »⁴⁸.

⁴⁴ FORMARIER, Monique. op. cit. p36

⁴⁵ FORMARIER, Monique. op. cit. p37

⁴⁶ FORMARIER, Monique. loc. cit.

⁴⁷ FORMARIER, Monique. loc. cit.

⁴⁸ FORMARIER, Monique. loc. cit. (Citant J. Decety)

Decety explique les deux composantes primaires présentes dans le concept d'empathie :

- « Une réponse affective envers autrui qui implique (parfois mais pas toujours) un partage de son état émotionnel et
- la capacité cognitive de prendre la perspective cognitive subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects »⁴⁹.

Dans la relation de soins, l'empathie est de type cognitive telle qu'elle est décrite par C. Rogers : « être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du 'comme si' »⁵⁰. Cette même définition est reprise par Pedinielli au sens plus large du terme : « l'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme s'il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de 'comme si' »⁵¹. Ainsi l'on comprend que l'empathie consiste à se mettre à la place d'autrui tout en ayant conscience de la limite que posent les émotions afin d'éviter soi-même l'affect.

L'empathie repose sur des principes fondamentaux tels que l'écoute active, en adoptant une posture compréhensive par le biais de techniques communicatives (cf. cadre de référence p28) comme la reformulation, ou encore le respect des silences visant à centrer le dialogue sur la personne.

Selon une étude en 2006, D. Jorland, directeur de recherche au CNRS démontre que « plus les infirmières font preuve d'empathie, moins les patients sont anxieux, dépressifs ou furieux »⁵². Ainsi l'empathie souvent associée à la psychologie rogorienne en tant que composante de la relation d'aide peut être utilisée hors de ce contexte afin de répondre au besoin de sécurité des patients anxieux. Elle ne s'inscrit pas forcément dans une relation d'aide et peut être utilisée ponctuellement par l'adoption d'une attitude compréhensive (cf. p27 : attitudes de Porter).

⁴⁹ FORMARIER, Monique. loc. cit. (Citant J. Decety)

⁵⁰ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic (sous la direction de). *Les concepts en sciences infirmières – ARSI*. Edition Maillet. 2009. p62.

⁵¹ FORMARIER, Monique. loc. cit. (Citant Pedinielli)

⁵² FORMARIER, Monique. op. cit. p38. (Citant D. Jorland)

La relation d'aide psychologique et counselling

La relation d'aide prend un essor en psychologie à partir des années 1930 grâce aux travaux de C. Rogers qui développe le concept et la méthode de cette relation. Ainsi il décrit la relation d'aide psychologique comme « *une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes* »⁵³. Il faut donc voir cette relation comme un outil permettant d'écouter les souffrances du patient facilitant ainsi la libération émotionnelle de celui-ci tout en lui accordant les moyens de clarifier ou résoudre la problématique de départ.

Cette relation, « *qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider ; de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui* »⁵⁴. Par conséquent, il s'agit d'une pratique soignante qui s'intègre dans les soins, les thérapeutiques, et s'exerçant à travers le rôle propre infirmier. Elle est régit par des normes de temps ou encore des techniques de communications bien définies.

Hetu la définit en 2000 par « *une relation bien structurée, avec des limites de temps, de responsabilité et de gestion des affects que le conseiller s'impose à lui-même* »⁵⁵. Ainsi cette relation se définit comme un soin à part entière, nécessitant une expérience, une pratique prolongée.

Quant à la notion de counselling, il s'agit d'une activité semblable à la relation d'aide, qui est considérée comme une méthode de soutien. Elle a pour rôle, selon Pardinielli, de faciliter la vie de la personne concernée tout en respectant ses valeurs, ressources et décision. Cette méthode est basée sur la pratique d'entretiens visant à évoquer les problèmes du patient, verbaliser ses angoisses afin de les diminuer.

⁵³ FORMARIER, Monique. op. cit. p38. (Citant C. Rogers)

⁵⁴ FORMARIER, Monique. loc. cit.

⁵⁵ FORMARIER, Monique. loc. cit. (Citant Hetu)

La relation thérapeutique

Il s'agit d'une relation utilisée en psychiatrie ayant pour objectif de soigner le patient atteint de pathologies mentales ou de conduites addictives. Elle intègre un projet de soins thérapeutiques et fait l'objet d'une prescription médicale.

La relation éducative

Également nommée démarche éducative, cette relation est nécessaire lorsque pour des raisons de santé le patient est amené à changer son hygiène de vie, pratiquer des soins sur sa propre personne ou encore subir un sevrage. Cette relation repose sur trois approches selon M. Formarier :

- Une approche psychologique (connaissance de la personne et ses besoins)
- Une approche cognitive (ce que le patient doit intégrer, mémoriser)
- Une approche technique (connaissance des soins techniques, dextérité)

Cependant, la relation éducative, « *ne relève pas seulement d'un transfert de savoir du soignant vers le patient, mais également d'un soutien et d'un accompagnement psychologique pour que le patient suive les conseils, justifiés par son état de santé, et retrouve une qualité de vie satisfaisante pour lui* »⁵⁶. Ainsi cette démarche vise à rendre son autonomie au patient dans l'objectif d'atteindre une indépendance de la part de celui-ci, ce qui pose parfois le problème de non observance.

La relation de soutien social

Il s'agit selon M. Formarier d'une relation triangulaire plaçant le soignant entre le patient et son entourage afin « *d'aider et de soutenir un patient à mobiliser toutes ses ressources (physiques, psychologiques, émotionnelles, cognitives, matérielles...) pour qu'il fasse face à sa situation, pour qu'il conserve sa dignité, pour alléger sa souffrance* »⁵⁷.

Ainsi l'ensemble de ces relations soignant/soigné se différencient par leurs objectifs et leurs modes opératoires cependant un facteur est commun à l'ensemble de ces situations : il s'agit de la communication.

⁵⁶ FORMARIER, Monique. op. cit. p39

⁵⁷ FORMARIER, Monique. op. cit. p40

4. La communication

4.1. Définition et concept

« Il y a communication lorsqu'on émet ou reçoit un message et lorsqu'on donne une signification aux signaux de l'autre [...] C'est une mise en relation de deux individus qui vont se découvrir »⁵⁸. Ainsi, on distingue plusieurs étapes nécessaires et définissant la communication telle qu'elle fut décrite par A. Mucchielli à travers le modèle de la théorie de l'information :

- **L'intention** d'adresser un message, une idée.
- **Le message** qui consiste en l'information transmise
- **L'émetteur** qui est la personne envoyant le message
- **Les parasites** perturbant la communication et la compréhension du message
- **Le récepteur** qui reçoit le message
- **Le décodage** qui est l'action de compréhension du message par le récepteur
- **La rétroaction**, ou feed-back qui est la réponse du récepteur à l'émetteur.

Ainsi ce modèle pourrait être schématisé par la représentation suivante :



Représentation simplifiée du concept de la communication selon Mucchielli⁵⁹

« Dans tous les cas, la communication utilisera des mots, ou des gestes, des attitudes, voire des silences »⁶⁰ et cela de façon indissociable préposant la communication à des principes fondamentaux.

⁵⁸ BIOY, A. ; BOURGEOIS, F. ; et al. *Communication soignant-soigné*. 2^e édition. France : Bréal. 2009. p51.

⁵⁹ CABIN, Philippe ; DORTIER, Jean-François (coordonné par). *La communication : état des savoirs*. 2^e édition. France : Sciences humaines. 2005. p.47 : Modèle de la théorie de l'information.

⁶⁰ BIOY, A. op. cit.

4.2. Les principes fondamentaux de la communication

La communication repose sur divers principes fondamentaux, l'empathie qui a déjà été mentionnée par exemple, mais également la congruence, l'écoute, l'authenticité, l'attention positive inconditionnelle ou encore l'accueil des émotions.

La congruence et authenticité

La congruence est définie par Carl Rogers comme l'affrontement précis entre l'expérience et la prise de connaissance, elle nécessite de l'authenticité qui se définit comme « *un temps où le soignant ressent des émotions, a conscience des émotions qu'il ressent et peut les exprimer au patient dans le contexte de sa rencontre avec lui* »⁶¹.

Ainsi on parle de congruence lorsque « *le soignant est pleinement et correctement conscient de ce dont il vit immédiatement l'expérience dans la relation avec autrui* »⁶². Elle requiert donc une disponibilité importante de la part du soignant.

L'écoute

L'écoute telle qu'elle est décrite par A. Bioy « *impose une implication affective avec le patient ainsi qu'une attention particulière centrée uniquement sur le patient [...]* L'écoute permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle, c'est-à-dire de percevoir, au-delà des sons, son humanité »⁶³.

Ainsi l'auteur détermine trois niveaux d'écoute différents :

- L'écoute du contenu de ce que verbalise le patient
- L'écoute du non verbal et du paraverbal qui consiste en l'observation et l'analyse des postures, mimiques et tonalités.
- L'écoute des émotions et des sensations durant laquelle le soignant s'intéresse aux affects du patient et ses répercussions.

L'écoute peut également être utilisée comme outil de communication, on parle dès lors d'écoute active.

⁶¹ BIOY, A. loc. cit. p38.

⁶² BIOY, A. op. cit.

⁶³ BIOY, A. loc. cit. p39.

« L'objectif de l'écoute active est de recevoir avec empathie et bienveillance l'émotion transmise et de permettre à la personne, par la reformulation de ce qu'elle dit, de découvrir, par elle-même, les raisons de ses sentiments »⁶⁴. Ainsi en adoptant ce type d'écoute on offre la possibilité au patient d'approfondir sa pensée et d'exprimer ses besoins et ses émotions, lui permettant de se centrer sur lui-même en lui apportant la lucidité suffisante pour répondre au problème initiale.

L'attention positive inconditionnelle

« L'attitude positive inconditionnelle consiste à garder une bienveillance pour l'être humain que l'on a en face de soi »⁶⁵. Elle implique l'abandon de tout jugement possible et s'axe sur la considération positive du patient, qui est accepté en tant qu'individu dans sa globalité.

4.3. Les attitudes de communication : attitudes de Porter⁶⁶

Porter, Psychologues humanistes des années 1950 et disciple de Rogers, repère et développe six attitudes dans les relations soignantes :

	Les attitudes	La description
<u>Attitudes négatives</u>	Décision	L'aidant apporte sa solution au problème. Il donne des conseils.
	Évaluation	L'aidant juge l'aidé par rapport à ses valeurs et son comportement, il y a une réaction de soumission à l'autre.
	Support	L'aidé se sent encouragé, consolé puis il réalise que l'aidant ne prend pas en compte ce qu'il dit
	Interprétation	L'aidant donne sa version des choses, il interprète la réalité ce qui provoque une réaction d'incompréhension.
	Enquête	L'aidant questionne l'aidé afin d'approfondir sa propre curiosité
<u>Attitude positives</u>	Compréhension	Le soignant clarifie ce que dit l'aidé, il reformule le patient.

⁶⁴ MACREZ, Valérie. L'écoute active. L'aide soignante n°54. Février 2004, p22.

⁶⁵ BIOY, A. loc. cit. p41.

⁶⁶ Travaux dirigé de deuxième année à l'IFSI H. Mondor

4.4. Les techniques de communication

Afin d'établir une stratégie d'aide au patient, il convient de connaître et d'utiliser des techniques de communications adéquates et répondant aux besoins de la personne.

Questions ouvertes et fermées

« *Les questions ouvertes sont des techniques simples permettant de faire préciser au patient un point évoqué. Elles lui permettent de mieux faire partager son point de vue, d'apporter un complément d'information sur sa situation ou son ressenti* »⁶⁷. Il s'agit de question directe nécessitant une réponse précise et détaillée.

Quant aux questions fermées, elles impliquent une réponse telle que oui ou non, permettant au soignant d'obtenir une réponse claire coute et précise rapidement avec parfois un supplément d'informations. Cependant « *la seule recherche d'information ne peut être considéré comme un acte de communication soignant* »⁶⁸.

La formulation

On distingue deux types de formulation, la formulation en écho et la formulation en reflet.

La formulation en écho consiste à répéter les derniers mots de phrases afin de créer des relances, il s'agit d'une technique simple et « *économique qui permet au patient de suivre le fil de ses idées* »⁶⁹ tout en le sécurisant puisqu'il se sentira compris.

La formulation en reflet quant à elle, est une technique plus subtile permettant d'adopter une attitude compréhensive et contribuant à la congruence. Elle permet « *de faire sentir au patient que l'on perçoit ce qu'il éprouve ici et maintenant [...] Elle permet une validation de la part du patient* »⁷⁰.

⁶⁷ BIOY, A. loc. cit. p44.

⁶⁸ BIOY, A. op. cit.

⁶⁹ BIOY, A. loc. cit. p45.

⁷⁰ BIOY, A. op. cit.

La reformulation

Basée sur le même concept et le même principe que la formulation en reflet, « *le soignant reprend les propos du patient mais sous une formulation particulière, elle commence toujours par 'si j'ai bien compris' et s'achève par 'c'est bien cela' ou par des formules avoisinantes* »⁷¹. Ainsi la reformulation dispose de plusieurs fonctions :

- « *vérifier la bonne compréhension des paroles du patient ;*
- *recentrer l'entretien sur un élément particulier sur lequel on souhaite plus d'informations ;*
- *montrer au patient l'écoute que le soignant a pour lui en favorisant l'empathie* »⁷².

La clarification

« *La clarification permet d'axer sur un problème donné [...] Le soignant axe son propos autour d'une émotion jusqu'à son expression la plus simple permettant de clarifier le chemin de la solution* »⁷³.

La confrontation

Selon A. Bioy, « *la confrontation consiste à rapprocher deux phrases que le patient a prononcées et qui semblent soit être antinomiques, soit renvoyer à deux concepts difficiles à relier* »⁷⁴. Ainsi, cela permet la clarification de la situation.

La gestion des silences

La gestion des silences s'inscrit dans les techniques de communication puisqu'elles peuvent correspondre à l'achèvement d'une idée par le patient ou bien à un replie dans ses pensées dans le but de se repositionner en fonction du thème du dialogue et d'adopter une posture réflexive. Il s'agit donc, dans ce cas d'observer les éléments non verbaux dans le respect des silences.

⁷¹ BIOY, A. loc. cit. p46.

⁷² BIOY, A. op. cit.

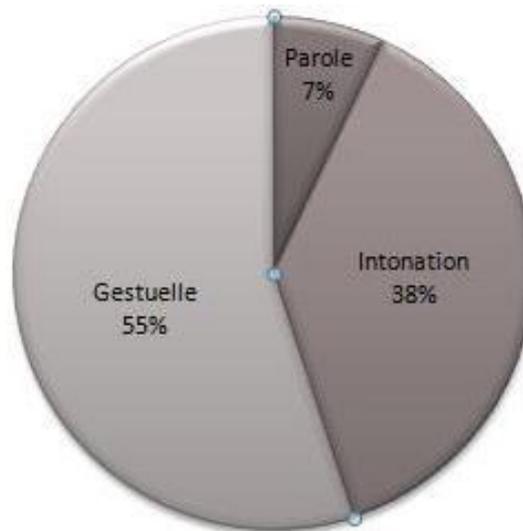
⁷³ BIOY, A. loc. cit. p47.

⁷⁴ BIOY, A. op. cit.

4.5. La communication non verbale

Outre la parole, la communication ne se limite pas qu'aux mots, d'autres éléments interviennent tels que la posture, l'expression du visage, le regard, le toucher, les gestes et la proxémique. « *L'ensemble d'un message compte 7% de paroles, 38% d'intonations et 55% de langage gestuel* »⁷⁵ (cf. diagramme ci-dessous). Comme le dit A. Bioy alors que le verbal informe, le gestuel permet d'établir un contact.

Place des éléments de la communication dans un message



Ainsi il est important de centrer son regard sur la personne tout en ayant une expression faciale adaptée, à savoir ne pas froncer les sourcils et sourire par exemple, puisque, comme l'explique A. Bioy le visage permet la distinction de six émotions caractéristiques que sont : la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse et le dégoût. De plus, il convient de respecter l'espace intime du patient (cf. annexe 2 : la proxémique) et donc de demander l'accord ou de l'informer d'un éventuel contact physique avant le début d'un soin.

Sachant l'hôpital, et encore plus le service des urgences comme lieu d'accueil de l'anxiété, il faut savoir faire preuve d'empathie et donc adapter sa communication tant verbale que non verbale au patient et donc savoir utiliser et respecter l'ensemble des techniques décrites précédemment.

⁷⁵ BIOY, A. loc. cit. p53.

5. L'anxiété

5.1. Définition et concept

« Il est admis en général que l'anxiété est une réaction à un danger souvent non spécifié ou inconnu pour la personne, l'objet de ce danger se situe très souvent dans le champ imaginaire des représentations »⁷⁶. Ainsi l'anxiété se traduit à travers des représentations anxiogènes que le patient va se modéliser entraînant, dans la plupart des cas une réaction somatique (dyspnée, tachycardie, pâleur, transpiration, malaise).

Françoise Molière s'appuyant sur les travaux du Docteur Ness explique bien ce phénomène, puisque selon elle, « l'anxiété se caractérise par une inquiétude disproportionnée par rapport à la réalité des menaces. Elle se manifeste par des troubles psychologiques et physiques »⁷⁷.

« En psychologie, c'est un état émotionnel de tension nerveuse, de peurs fortes et souvent chronique. L'état psychique se caractérise par l'attente d'un danger imminent indéterminé, accompagné de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance »⁷⁸.

Ainsi l'anxiété se définit comme une forte crainte d'origine indéterminée dont l'objet n'appartient pas à la réalité, elle peut donc se traduire par une peur de l'inconnu qui pousse par conséquent à se forger son opinion sur le sujet, impliquant une modélisation de ses représentations parfois anxiogènes.

Cependant angoisse et anxiété sont souvent confondues à tort, alors que l'anxiété se caractérise par une manifestation psychique, l'angoisse, elle, appartient à la dimension subjective se référant au modèle psychanalytique de Freud.

Néanmoins, peur, angoisse et anxiété représentent à eux trois des états émotionnels différents responsables de productions psychiques et somatiques diverses.

⁷⁶ BIOY, A. loc. cit. p60.

⁷⁷ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic (sous la direction de). Les concepts en sciences infirmières – ARSI. Edition Maillet. 2009. p70.

⁷⁸ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic. op. cit. (Françoise Molière)

5.2. Différence entre anxiété et angoisse

« Classiquement, il est admis que l'anxiété serait plutôt l'expression d'un apprentissage dysfonctionnel et fait référence au modèle cognitif et comportemental du traitement de l'information, alors que l'angoisse serait l'expression d'un conflit interne au moi ou avec la réalité et, se référerait au modèle psychanalytique de la théorie freudienne »⁷⁹.

L'angoisse est subjective, Freud la décrit comme « la réaction du sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un influx d'excitations, d'origine externe, interne, qu'il est incapable de maîtriser »⁸⁰.

Par conséquent, il est possible de distinguer l'angoisse comme un état de malaise profond et imminent basé sur un objet réel et provoquant des manifestations somatiques (cardiovasculaires, respiratoires, digestives, musculaires, neurovégétatives).alors que l'anxiété se caractérise par une manifestation psychique durable fondée sur un objet inexistant. L'anxiété peut être classée dans différentes catégories en fonction de son importance.

5.3. Les différents types d'anxiété

A. Bioy décline quatre différents types d'anxiété, il identifie premièrement l'anxiété légère, puis l'anxiété modérée allant jusqu'à l'anxiété grave pour finir à l'état de panique.

Anxiété légère

Selon Bioy, de façon générale, l'anxiété légère n'empêche pas une bonne perception des éléments passés, présents ou appartenant au futur. Ainsi le patient possède toutes ses capacités cognitives permettant l'analyse des situations rencontrées de par la mobilisation de ses connaissances. Cependant l'anxiété se manifeste par « un questionnement important, une forme particulière de curiosité dont le sujet tourne plus ou moins directement autour de lui-même »⁸¹.

⁷⁹ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic. loc. cit.p68. (Françoise Molière)

⁸⁰ FORMARIER, Monique, Ljiljana, Jovic. op. cit. (Françoise Molière citant Freud)

⁸¹ BIOY, A. loc. cit. p62

Anxiété modérée

L'anxiété modérée est décrite par A. Bioy comme le rétrécissement du champ perceptif de l'individu altérant donc l'attention qui devient sélective. Ainsi la concentration et l'apprentissage deviennent des éléments difficiles à gérer, agissant par conséquent sur la dimension cognitive de l'individu ce qui provoque l'altération de sa capacité d'analyse.

Anxiété grave

Il s'agit là, selon A. Bioy, de la réduction considérable du champ perceptif de l'individu entravant gravement la cognition et la capacité d'analyse engendrant l'incompréhension de la situation et l'altération de la communication. Les premières manifestations physiques en découlent (dyspnée, tachycardie, sueurs...).

État de panique

A. Bioy décrit la manifestation psychique déformant totalement le champ de perception du patient, ce qui a pour conséquence d'altérer sérieusement voir totalement la compréhension de la situation et la communication. La dimension cognitive est complètement atteinte, le patient accorde aux détails une importance exagérée amplifiant les facteurs anxiogènes initiaux.

5.4. L'anxiété à l'hôpital

« *Étrangeté des lieux, position d'attente, inconfort de l'incertitudes, tous ces éléments favorisent les expressions anxieuses chez les patients confrontés aux soins* »⁸². En effet, le milieu hospitalier offre de par sa culture des représentations anxiogènes de la part des patients. Ce milieu par fois inconnu, intrigue et dérange, il s'agit d'un lieu où la maladie règne dans les représentations sans parler de la mort. De plus, ce lieu est contraint à la culture du soin perçue parfois comme invasive et angoissante engendrant par la suite une attente en ce qui concerne les résultats ou bien le diagnostic de la pathologie amplifiant ainsi l'anxiété initiale. Ainsi, les représentations d'un milieu inconnu, parfois stéréotypés par les médias, influencent le champ perceptif des patients faisant de ce lieu une source majeure de l'anxiété.

⁸² BIOY, A. loc. cit. p61

5.5. Communication avec un patient anxieux

Tableau représentatif de la communication à adopter en fonction du degré d'anxiété du patient selon A. Bioy⁸³

<u>Niveau d'anxiété</u>	<u>Communication à adopter auprès du patient</u>
Anxiété légère	<ul style="list-style-type: none"> - L'informer sur l'organisation de la journée - L'aider à la verbalisation de ses craintes - Lui proposer des exercices de relaxation, de respiration - L'aider à identifier les sources d'anxiété et trouver des pensées positives pour y pallier.
Anxiété modérée	<ul style="list-style-type: none"> - L'aider à trouver les causes de son anxiété - L'inciter à exprimer ses sentiments - Respecter les silences et les pleurs - Adopter une posture compréhensive empathique - L'aider à explorer les moyens pour résoudre les problèmes à l'origine de l'anxiété
Anxiété grave ou état de panique	<ul style="list-style-type: none"> - Installer le patient dans un lieu calme et sécuritaire - Diminuer les stimuli auditifs et visuels - Se rendre disponible en restant auprès du patient - Respecter sa distance intime, lui demander son accord. - Ne pas rationaliser ou raisonner - Rester calme tout en établissant des limites au comportement agressif - Adopter une attitude empathique - Lui proposer des exercices de respiration - L'inciter à se concentrer sur le présent - Favoriser l'échange et la communication afin de permettre la libération émotionnelle du patient - Supprimer tout élément dangereux ou à risque de l'environnement du patient

⁸³ BIOY, A. loc. cit. p62-63

6. Conclusion du cadre de référence

Le service des urgences se développe en France par l'urbanisation, le développement industriel et l'augmentation du nombre d'accidenté. Ainsi les médias en font une proie principale pour leurs reportages mettant en avant les prouesses techniques et technologiques qu'offre ce service mais également les problèmes sociaux et médicaux qu'on y rencontre ; marquant ainsi les esprits, ils font naître au sein de la population des représentations stéréotypées du service d'accueil des urgences créant une certaine anxiété du lieu.

Ce lieu particulier en matière de communication, puisque par manque de temps, stress, abondance de patient, la relation soignant/soigné va être altérée.

Pourtant, la communication, comme élément majeur de la relation soignant/soigné, est indispensable pour prendre en charge le patient anxieux. De part les techniques de communication, mais également les attitudes communicatives ou encore la communication non verbale, il est possible de gérer l'anxiété du patient.

Ainsi, afin de répondre à un besoin de sécurité de la part du patient, la communication, plus qu'un outil permettant d'émettre des sons ou des pensées, s'inscrit dans le domaine des compétences infirmières pour pallier à l'anxiété fréquente dans le milieu hospitalier et encore plus dans le service des urgences. Et finalement combattre les stéréotypes que la société actuelle dissémine dans les représentations de la population.

V. Enquête exploratoire

1. Mode exploratoire

Afin d'analyser la place de la communication dans les services d'accueil des urgences et ses modalités d'utilisation, je souhaite réaliser une étude qualitative du sujet. Ainsi je m'oriente plutôt vers la réalisation de trois entretiens d'une durée moyenne de vingt minutes, puisqu'ils permettront de recueillir des données concrètes, centrées sur le vécu, l'expérience, les représentations et les interprétations de l'interrogé. Ils faciliteront l'analyse de l'enquête puisque je pourrai explorer le ressenti et les émotions de la personne par l'observation. De plus les entretiens permettent, par le biais de questions ouvertes et donc par un échange, l'accès à des données riches et abondantes.

Ainsi je vise une population bien ciblée représentant des infirmières et/ou infirmiers travaillant dans le secteur des urgences, ils devront justifier d'un âge différent avec chacun un temps d'expertise dans le service des urgences différent afin de pouvoir éventuellement mettre en évidence une différence de pratique en fonction des âges et de l'expérience. Les interrogés devront également avoir eu une expérience antérieure dans un ou plusieurs autres services (stage ou exercice de la profession) afin de pouvoir analyser certains changements de pratiques infirmières potentiels.

Je pourrai donc analyser le sens que les soignants donnent à leur pratique et aux événements auxquels ils sont confrontés, notamment quelle compétences spécifiques nécessite le poste d'infirmière aux urgences ? Quelle pratique de la communication font-ils aux urgences ? Quelles réactions ont-ils face aux comportements anxieux des patients ? Comment adapte-t-il leur communication lors de la prise en charge des patients anxieux aux urgences ? Mais également quels points communs ont ces infirmières à avoir intégrer les urgences ? Quelles représentations ont-elles de se services ? Quelles qualités, valeurs, compétences ont-elles développées ? Voici les questions auxquelles je tenterai de répondre à travers cette enquête. (cf. annexe 3 et 4 : guide d'entretien et grille de dépouillement)

2. Analyse descriptive

Trois entretiens ont été guidés la semaine du 23 au 29 avril 2012, dans le service des urgences d'un hôpital de l'AP-HP dans la région parisienne ; le personnel interrogé concernait essentiellement les infirmières : la première âgée de 42 ans travaillant dans ce même service depuis 20 ans après l'obtention de son diplôme en 1992, travaillant actuellement de jour ; la seconde, diplômée de 2001 et âgée de 34 ans, travaillant aux urgences depuis 6 ans après avoir fréquenté les services de maternité et de gynécologie, obstétrique ; enfin la dernière interrogée est âgée de 22 ans et diplômée depuis décembre 2011, son expérience au sein du service se résume à quelques mois. Les deux dernières interrogées sont des infirmières de nuit.

1. 1 Représentation du service des urgences

On constate d'après les résultats de l'enquête que les représentations de chacune, en terme également de motivations sont très variées, en effet, on constate que la troisième infirmière se fait une conception riche et varié des urgences tandis que la vision des deux autres infirmières paraît moins riche et plus ciblé sur la prise en charge aux urgences. Cependant un point commun en ressort puisque pour ces 3 infirmières, les urgences représentent un service demandant de la technicité du fait de la diversité des soins techniques. Ensuite pour la majorité des cas, elles traduisent les urgences comme étant un service dynamique accueillant des patients de cultures, d'âges, et de personnalités diverses nécessitant un travail en collaboration, un travail d'équipe structuré et basé sur l'entraide. Cependant il paraît assez étonnant qu'en mettant la technicité au premier plan des représentations, seule la minorité évoque la diversité des pathologies, en effet, la connaissance qu'elle implique, ou encore la diversité de prise en charge, tout comme les situations d'urgences nécessitent justement un large champ d'action en ce qui concerne l'aspect technique de la profession.

1. 2 Compétences, valeurs et qualités

Selon les entretiens effectués, il en ressort, à l'unanimité que la patience représente une qualité majeure pour travailler aux urgences puisque les infirmières verbalisent être souvent confrontées à la violence verbale, parfois physique, des patients et il est donc nécessaire d'appréhender ces situations agressives avec patience et ne pas céder à la colère. Ainsi, il paraît évident que la patience nécessite des compétences relationnelles afin de comprendre son interlocuteur et de le calmer, rassurer de la façon la plus rapide possible pour éviter un effet de masse, d'ailleurs cette compétence a également été citée par les 3 infirmières tout comme la gestion de la violence en terme de compétence. Forcé de constater que la compétence relationnelle représente pour ces 3 professionnelles une des compétences les plus importantes dans l'exercice de la profession d'infirmière aux urgences, elles affirment néanmoins qu'elles ne peuvent pas l'appliquer pleinement par manque de temps, « seule le poste d'IAO permet la communication et donc d'appliquer ses compétences relationnelles », dit une infirmière. Ainsi, les compétences relationnelles sont difficilement applicables en fonction du temps et du poste que l'on occupe.

D'autres qualités ont été décrites par les infirmières telles que la rapidité, la dextérité, l'efficacité et la réactivité, autant d'adjectifs qui s'apparentent plus au côté technique et organisationnel de la profession, ce qui explique que celles-ci aient décrit la compétence technique comme étant importante aux services des urgences. Bien que les 3 infirmières aient cité la technicité comme élément majeur des urgences, elles ne la placent pas comme élément principal, seule une infirmière affirme qu'il s'agit de la compétence la plus sollicitée.

Les autres compétences évoquées sont essentiellement en lien avec les urgences puisqu'il s'agit notamment de la capacité d'adaptation, de la réactivité en situation d'urgence, de l'évaluation de l'urgence ou encore des connaissances à posséder. Ainsi, on constate que l'aspect technique de la profession reste important mais les compétences majeures sont celles qui concernent l'identification de l'urgence avec la prise en charge qu'il en suit, quant à la compétence relationnelle, qui reste essentielle selon les infirmières, est restreinte au minimum par manque de temps.

1. 3 Place de la communication aux urgences

Globalement, le constat est simple, la communication aux urgences permet selon les 3 infirmières interrogées, de rassurer le patient, de l'informer en passant également par la gestion de la violence lorsque l'occasion se présente. Pour 2 d'entre-elles, la communication permet également l'accueil des patients et pour seulement une infirmière il s'agit d'un moyen de prise en charge des patients anxieux, il sera intéressant, par la suite, de savoir pour quelle raison une seule infirmière adopte cette réponse.

En ce qui concerne le mode de communication utilisé, l'enquête, le questionnement ressort le plus souvent chez les 3 professionnelles, en lien surtout avec le rôle de l'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) qui nécessite une investigation concrète sur des points ciblés afin de déterminer l'histoire de la maladie, les antécédents médicaux, le motif et l'évaluation de l'urgence. Cependant deux d'entre elles évoquent l'empathie, la reformulation nous informant ainsi sur un autre mode de communication. Mais il est intéressant de remarquer que l'une d'elles l'utilise sans réellement en être consciente, puisqu'elle ne donne pas de définition de l'empathie alors que la seconde définit très bien l'empathie et sait s'en servir bien qu'elle affirme que le manque de temps dans le service représente une entrave à la relation soignant/soigné qui ne peut durer au maximum quelques heures. Quant à la dernière, elle connaît le terme mais pense qu'il n'est pas possible d'en faire usage aux urgences premièrement par manque de temps mais également, parce que certains cas ne relèvent pas de l'urgence et que lorsqu'il s'agit de cas grave, l'empathie risquerait d'atteindre l'affect du soignant.

Ainsi, 3 personnalités différentes avec 3 points de vue différents sur la notion d'empathie, de compréhension et reformulation. Il est donc possible d'établir un lien entre les représentations que se font les infirmières du service des urgences avec la place qu'elles accordent à la communication, en effet on observe que plus les représentations du service sont riches plus l'infirmière accorde de l'importance à la relation soignant/soigné (cf. chapitre p41).

1. 4 Prise en charge du patient anxieux

Le patient généralement anxieux par sa pathologie, par la suite des évènements ou encore par les soins qui vont lui être prodigués nécessite une prise en charge particulière, qui selon les 3 entretiens effectués, consiste en l'information, l'explication des événements au patient, en rassurant celui-ci sur son état actuel et ce qui s'en suit. Deux infirmières évoquent l'écoute active comme moyen permettant de prendre en charge ces patients, une seule cependant ce démarque des autres en expliquant l'attitude empathique à adopter faisant ainsi intervenir l'écoute active, la reformulation comme moyen permettant de rassurer le patient, passant ainsi par la disponibilité du soignant, instaurant donc une relation de confiance.

En ce qui concerne les facteurs influençant l'anxiété aux urgences, les 3 infirmières questionnées considèrent l'attente comme l'étiologie principale d'une éventuelle anxiété, d'autres facteurs sont ensuite énoncés tels que l'affluence, les autres patients ou encore la densité d'activité du service.

On conclut que la prise en charge des patients anxieux est différente selon chaque professionnel des urgences : la plus jeune infirmière, diplômée en fin 2011 va procéder à un large champ de techniques communicationnelles afin de gérer l'anxiété du patient tandis que les infirmières plus expérimentées vont s'orienter à l'essentiel, c'est-à-dire rassurer le patient en l'informant et pour l'une d'entre-elles en utilisant la reformulation. Ainsi, il est possible comme pour la communication, de faire un lien entre les représentations du service des urgences par les infirmières et la prise en charge du patient anxieux (cf. chapitre p41)

1.5 Lien entre les représentations des infirmières et la prise en charge du patient anxieux passant par la communication

Lorsque l'on compare les résultats des représentations avec ceux concernant la communication et la prise en charge du patient anxieux, on s'aperçoit que plus les représentations du service sont variées plus la communication de l'infirmière dans la prise en charge du patient anxieux prend une place conséquente (cf. tableau ci-joint).

Tableau des résultats de la communication et de la prise en charge du patient anxieux en fonction des représentations

(cf. grille de dépouillement : annexe 3)

<u>Infirmières</u>	<u>Représentations</u>	<u>Communication</u>	<u>Prise en charge du patient anxieux</u>
IDE 1	3 items définis	3 items définis	2 items définis
IDE 2	4 items définis	4 items définis	3 items définis
IDE 3	6 items définis	5 items définis	7 items définis

Ainsi, il est possible d'établir un rapport de quasi-proportionnalité entre les représentations du service par les infirmières et la place qu'elles accordent à la communication dans la prise en charge du patient anxieux. En effet, on observe que la troisième infirmière se fait une conception riche et varié des urgences et que sa communication dans la prise en charge de l'anxiété du patient est importante tandis que la vision des deux autres infirmières paraît moins riche tout comme l'utilisation de la communication comme outil de médiation dans la prise en charge du patient anxieux.

3. Analyse interprétative

Selon l'enquête effectuée, la représentation majeure de l'infirmière des urgences concerne principalement l'aspect technique de la profession, il est vrai qu'il s'agit d'un service en général à la pointe de la technologie en ce qui concerne les soins, bénéficiant donc de dispositifs récents et en nombre suffisant mais comme le souligne J. Peneff dans « *L'Hôpital en urgence* », l'hétérogénéité de ces soins est due en partie à la diversité de pathologie rencontrée ; ainsi il est possible d'établir un lien entre la technicité, les patients et les pathologies, or, à travers les entretiens effectués je m'aperçois que la diversité des pathologies n'est pas un critère représentatif de ce service alors que la diversité des patients a été établie. Ainsi, il est possible d'établir un premier paradoxe en lien avec les réponses obtenues, en effet alors que la technicité apparaît comme un élément représentatif des urgences, il est accompagné de la diversité des patients ; donc le premier critère qu'est la technique qui s'associe aux soins somatiques : soigner un corps, une maladie, est par la suite lié à la diversité de patients, cette dernière notion intègre le patient en tant que personne, ce n'est plus une maladie, un corps malade, il s'agit bien d'individu pourvu d'émotions, faisant ainsi intervenir la notion de relationnel. Ainsi donc, un contraste né entre le soin somatique et la reconnaissance du patient en tant qu'individu, faisant intervenir le champ social de la profession, qui finalement n'apparaît pas en tant que tel à travers les entretiens mais est sous entendu.

De plus, selon les interrogées, il est révélé que la patience exprime un trait de caractère, une valeur, une qualité indispensable à l'exercice de la profession aux urgences. Ainsi les infirmières expliquent que la patience demeure un point important pour communiquer avec les patients parfois agressifs ou angoissés ; encore une fois la dimension relationnelle de la profession est sous-entendue mais cette fois avec une notion de charge de travail parfois trop dense, en effet les infirmières ont exprimé une certaine saturation en ce qui concerne l'agressivité, l'impatience, la nervosité des patients. À cette qualité vient s'ajouter la notion de compétence qui peut être identifiée comme un savoir agir en fonction des connaissances et de l'expérience acquises.

D'après l'enquête, deux principales compétences ressortent : la compétence technique et la compétence relationnelle. La compétence technique est alors décrite comme secondaire par les infirmières, en effet elles disent que ce n'est pas l'essentiel de la profession et que cela s'acquiert avec le temps, alors que le relationnel requiert une certaine subtilité d'application, il faut savoir l'utiliser au bon moment, nécessitant ainsi connaissance et expérience afin de pouvoir l'adopter dans toutes les situations, le relationnel s'inscrit donc bien dans le champ des compétences. Cependant l'ensemble du personnel interrogé considère cette compétence nécessaire mais inapplicable dans le service des urgences étant donné le manque de temps, la charge de travail importante, le manque de personnel. Ainsi, les infirmières sont conscientes de l'importance du relationnel dans la profession mais ne peuvent en faire usage que dans les cas d'agressivité ou d'angoisse verbalisée par les patients. En d'autres termes, les compétences relationnelles font l'objet d'une prise en charge plutôt efficace mais non préventive. Par conséquent, comme l'indique M. Formarier⁸⁴, il ne s'agit pas réellement d'une relation soignant/soigné mais plutôt d'interactions sociales en lien avec la standardisation des échanges en référence aux protocoles et questionnaires d'accueil mais également aux recueils de données généralisées. Dès lors la relation entre soignant et soigné ne s'intègre pas dans une relation de soin et ce limite donc à la relation de civilité (cf. cadre de référence p21).

A. Mauranges et A. Ghattas développent les particularités du service des urgences comme un service de « *surconsommation de la santé* », où l'affluence des patients est importante et engendre donc un manque de temps en ce qui concerne la prise en charge des infirmières tout comme l'ont décrit celles-ci lors de l'enquête. Cependant il paraît étonnant qu'en fonction de ce manque de temps, aucune, n'ait mentionné le stress qu'engendre ce service au sein des professionnels comme l'avait indiqué A. Mauranges et A. Ghattas (cf. cadre de référence p13-14). Néanmoins, comme l'ont expliqué les infirmières, la relation soignant/soigné est difficilement applicable en fonction des particularités du service décrites par A. Mauranges et A. Ghattas.

⁸⁴ FORMARIER Monique. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* n°89, Juin 2007, pages 33-42.

En conséquence de ces particularités A. Mauranges et A. Ghattas décrivent une altération en matière de communication dans le service des urgences. Cependant, l'enquête révèle que la communication est, selon les infirmières, un moyen essentiel pour l'information aux patients, permettant également de les rassurer et occasionnellement de gérer la violence. Par contre, il est intéressant de noter qu'en fonction de l'âge et de l'expérience les réponses en lien avec la communication varient nettement. En effet, l'infirmière jeune diplômée va attribuer 5 critères de nécessité à la communication tandis que l'infirmière ayant une expérience de 6 ans aux urgences en attribuera 4 et celle ayant une expérience de 20 ans aux urgences en concèdera 3. Ainsi, on peut remarquer que l'infirmière jeune diplômée accorde plus d'importance à la communication que les deux autres, de même que la communication a d'autant plus d'importance pour l'infirmière que le temps d'activité dans le service est faible. On peut également observer cela à travers la prise en charge du patient anxieux où l'infirmière jeune diplômée va décrire 7 critères propices à la relation soignant/soigné contre 3 pour l'infirmière exerçant aux urgences depuis 6 ans et 2 pour l'infirmière exerçant depuis 20 ans.

La prise en charge de l'anxiété s'effectue, selon les infirmières interrogées, essentiellement par l'information au patient tout en le rassurant, or A. Bioy développe l'approche des personnes anxieuses par une attitude empathique souvent considérée comme la plus appropriée dans la relation soignant/soigné, passant par l'écoute active et la reformulation du patient permettant d'instaurer un climat de confiance et donc exigeant une certaine disponibilité de la part du soignant. L'ensemble de ses critères ont été cités par l'infirmière jeune diplômée, renforçant ainsi l'hypothèse que la communication est d'autant plus importante que le temps d'exercice dans le service est faible. Mais pourquoi la communication semble-t-elle être plus importante chez les professionnels exerçant depuis moins longtemps aux urgences ? N'y a-t-il pas un lien avec les représentations que les professionnels se font du service ou bien avec la motivation à travailler dans ce service ?

4. Synthèse

D'après les données de l'enquête, le service des urgences suscite des représentations différentes de la part des soignants, mais celles-ci convergent vers la technicité du service, en effet il va offrir par la diversité des pathologies rencontrées un large champ technique en ce qui concerne les soins, cependant les infirmières interrogées ne se limitent pas à décrire leurs représentations du service, elles évoquent notamment les qualités requises pour y travailler. Ainsi la patience ressort comme la qualité principale à adopter du fait de l'agressivité des patients due à une attente prolongée et à l'incompréhension. Dès lors les infirmières mentionnent l'intérêt d'appliquer leurs compétences, outre les compétences techniques que demande le service, les infirmières disent développer des compétences relationnelles afin de désamorcer la violence et les conflits qu'elle engendre, mais également afin d'informer les patients sur la prise en charge pour éventuellement les rassurer sur la suite des événements. Cependant, les entretiens révèlent que les urgences représentent un service à part dans le domaine de la communication, en effet, malgré leurs connaissances sur la nécessité de la communication et du relationnel, les infirmières ne peuvent les mettre en application par manque de temps. Ainsi né un contraste entre le savoir des infirmières et ce qui est appliqué. Néanmoins l'enquête nous informe sur une donnée étonnante puisque l'on constate que la communication, le relationnel, dans la prise en charge du patient anxieux s'avère plus importante chez les professionnels ayant exercé depuis moins longtemps dans le service des urgences. En effet, une infirmière jeune diplômée va décrire la communication comme élément nécessaire à la prise en charge du patient anxieux par l'utilisation de l'empathie, la reformulation ou encore l'écoute active alors que d'autres infirmières plus expérimentées mentionneront seulement l'information pour rassurer le patient. De plus elle définit l'empathie comme le fait de « *comprendre ce que l'autre ressent sans le vivre soi-même* », ainsi, si l'on se réfère au cadre conceptuel, cette infirmière donne une définition proche du concept d'empathie défini par Pedinielli ou encore par C. Rogers (cf. cadre de référence p22).

Dès lors, une question se pose : pourquoi une infirmière ayant peu d'expérience dans le service des urgences utilise-t-elle des compétences relationnelles importantes ? Pourquoi les autres infirmières estiment la communication comme importante d'un point de vu informatif mais moins en s'inscrivant dans une relation soignant/soigné ? Pourquoi la notion d'empathie est une valeur importante pour une infirmière et moins pour les autres ? Existe-t-il un lien entre le temps d'exercice de la profession aux urgences et la place que les professionnels accordent à la communication ? Quel lien existe-t-il entre les représentations des urgences que se font les soignants et la place qu'ils attribuent à la relation soignant/soigné dans la prise en charge du patient anxieux ?

En effet, nous avons pu constater une relation de quasi-proportionnalité entre les représentations du service par les soignants et l'utilisation de la communication dans la prise en charge de l'anxiété.

Cependant il ne s'agit pas seulement d'évaluer l'aspect quantitatif de ce constat ; en général une infirmière se représentant le service des urgences comme un plateau technique, à la pointe de la technologie permettant de traiter une multitude de pathologie, accordera moins de place à la communication que l'infirmière qui conçoit les urgences comme un service d'accueil de l'anxiété des patients, nécessitant une écoute attentive et une disponibilité importante.

Ainsi j'aboutis à la question de recherche suivante :

Question de recherche : En quoi les représentations que se font les infirmières du service des urgences influencent-elles leur communication dans la prise en charge du patient anxieux ?

5. Les limites de l'étude

Mon objectif initial pour cette étude était d'effectuer des entretiens dans différents secteurs d'activités, c'est-à-dire des hôpitaux différents. Cependant, le manque de temps en ce qui concerne les délais impartis et le manque de disponibilité des infirmières, étant donné la charge de travail en service, ont représenté une réelle difficulté en matière d'organisation pour les entretiens.

Par conséquent, j'ai dû réaliser mes entretiens dans le service des urgences d'un seul hôpital de la région parisienne, pouvant ainsi engendrer un manque d'objectivité en ce qui concerne les résultats de l'enquête du fait de l'organisation du service et de la population des patients qui restent les mêmes. Cependant, en fonction du faible échantillon d'interrogés ($n = 3$), qui représente également une limite à l'étude en terme d'objectivité, il paraissait finalement plus intéressant d'établir les entretiens dans une seule et même structure afin de cibler les données sur l'aspect qualitatif des résultats de l'enquête. En effet, ajouter à l'enquête, une autre variable telle que l'établissement de santé aurait trop élargi le champ des variables et n'aurait pas permis de centrer le sujet sur le contenu des entretiens.

De plus, la densité du travail aux urgences a restreint les infirmières à répondre brièvement lors des entretiens. En effet le manque de temps étant une préoccupation principale pour les soignants des urgences, les infirmières se sont orientées vers l'essentiel des réponses altérant peut-être la qualité des données reçues.

Pour finir, je pense que l'imparité de l'échantillon ne permet pas l'objectivité de l'étude, en effet, avoir un nombre impair d'échantillon ($n = 3$) induit obligatoirement la notion soit d'unanimité soit de majorité et minorité. Bien qu'il s'agisse d'une étude qualitative, l'équité a son importance afin de ne pas tomber dans des hypothèses trop hâtives.

VI. Conclusion

La communication est un élément indispensable à la relation soignant/soigné, cependant elle nécessite une connaissance des techniques relationnelles pour prendre en charge les patients anxieux. En effet, la communication constitue un outil précieux pour entamer une relation de soin avec le patient dans la mesure où elle est utilisée avec bienveillance et en réponse aux besoins de santé du patient. Ainsi, elle s'intègre pleinement dans l'exercice de la profession d'infirmier et relève de son rôle propre. Cependant, cette étude prouve qu'elle ne représente pas la même importance selon les professionnels, ainsi son utilisation est très diversifiée en fonction des soignants ; il s'agit d'un concept parfois subjectif, qui s'est instauré dans un système évolutif et naturel (durant l'enfance, selon l'éducation...) et qui, par conséquent, s'exécute différemment d'un individu à l'autre.

Cette étude m'a permis par un apport théorique de compléter mes connaissances en ce qui concerne le relationnel avec le patient, me permettant, dans un avenir proche, de mettre en application ces connaissances afin de répondre au mieux aux besoins des patients dans un acte de bienveillance. Ainsi, j'accorderai autant d'importance à mon relationnel et à la communication qu'à l'aspect technique de la profession.

Pour conclure, ce travail représente un réel investissement visant à améliorer sa pratique infirmière en termes de compétences relationnelles et de communication afin d'améliorer, au travers de son organisation personnelle, la qualité générale des soins et permettre de prendre plaisir à l'exercice de la profession, car plus qu'un métier, il s'agit d'une vocation.

Ainsi, pour permettre une prise de conscience générale en ce qui concerne l'importance de la communication dans les soins et surtout dans la prise en charge de l'anxiété des patients, il serait bon d'approfondir cette recherche afin de trouver un moyen pour améliorer l'aspect relationnel de la profession infirmière.

Bibliographie

Ouvrages :

AMIEC Recherche. *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. 3^{ème} Edition, Masson. Paris 2005.

BIOY, A. ; BOURGEOIS, F. ; et al. *Communication soignant-soigné*. 2^e édition. France : Brécal. 2009. 158 pages. (Repères et pratiques).

BOISSIÈRE, Françoise. *Les soignants face au stress*. 1^{ère} édition. France : Lamarre. 2002. 201 pages. (Soigner et accompagner).

CABIN, Philippe ; DORTIER, Jean-François (coordonné par). *La communication : état des savoirs*. 2^e édition. France : Sciences humaines. 2005. 353 pages.

FORMARIER, Monique, LJILJANA, Jovic (sous la direction de). *Les concepts en sciences infirmières – ARSI*. Edition Maillet. 2009.

MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. France : Lamarre. 2008. 223 pages. (Soigner et accompagner).

MAURANGES, Aline. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier : manuel à l'usage des soignants*. Montargis : Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnes de santé. Avril 2010. 163p.

PENEFF, Jean. *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*. Paris : Métailié. 2000. 190 pages.

PENEFF, Jean. *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*. Paris : Métailié. 1992. 257 pages.

Articles :

FAVETTA, Véronique, FEUILLEBOIS-MARTINEZ, Brigitte. Rencontre autour du « prendre soin » : « Prendre soin et formation infirmière ». *Recherche en soins infirmiers n°107*. Décembre 2011. Pages 60-74.

FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers n°89*, Juin 2007, pages 33-42.

GHATTAS, A. Techniques de communications adaptées à l'accueil et aux soins. *Conférence infirmiers*. Mars 2004. Pages 675-682.

MACREZ, Valérie. L'écoute active. L'aide soignante n°54. Février 2004, pages 22-23.

Mémoire(s) :

PERCHOC, Mickael. *Prise en charge des SDF aux urgences et acceptation des soins : Les compétences relationnelles infirmière*. 58 pages. Travail de fin d'études en soins infirmier. IFSI René Auffray. Clichy-la-Garenne : 2010. Disponible sur <http://www.infirmiers.com>

Sites internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://fr.wikipedia.org>

ANNEXES

ANNEXE 1

LES 14 BESOINS DE

V. HENDERSON

Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson¹

1/ Respirer Normalement

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.

Les mécanismes pour l'atteindre sont l'apport gazeux, la ventilation, la diffusion et la circulation.

2/ Manger et boire convenablement

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.

Les mécanismes pour l'atteindre sont l'ingestion, l'absorption et l'assimilation des nutriments.

3/ Eliminer par toutes les voies d'élimination

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.

Les mécanismes pour l'atteindre sont la production et le rejet de sueur, de menstrues, d'urines, de selles et l'utilisation de matériel sanitaire.

4/ Se mouvoir et maintenir une bonne posture (à la marche, assis, couché et dans le changement de position)

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.

Les mécanismes pour l'atteindre sont la mobilisation des différentes parties du corps, la coordination des mouvements et le positionnement des différents segments corporels.

5/ Dormir et se reposer

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.

Les mécanismes pour l'atteindre sont la résolution musculaire, la suspension de la vigilance, la périodicité des cycles du sommeil ainsi que l'alternance activité/repos physique et mental.

6/ Choisir les vêtements appropriés, s'habiller et se déshabiller

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.

Les mécanismes pour l'atteindre sont le port de vêtements et d'accessoires, ainsi que la réalisation des mouvements adéquats.

7/ Maintenir à un niveau normal la température du corps par le port de vêtements appropriés ou la modification de la température ambiante

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.

Le mécanisme pour l'atteindre est la thermorégulation.

¹ D'après « Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII », de Virginia Henderson, édité par le Conseil International des Infirmières (révisé en 2003), 59 pages ; et le « Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain – orientation diagnostique », de N. Delchambre, M.- R. Lefevre, A. Ligot, N. Mainjot, M. – F. Marlière et M. Mathieu, éditions De Boeck (2ème édition), 2005, 71 pages.

8/ Tenir son corps propre et sa mise soignée, protéger son épiderme

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien-être.

Les mécanismes pour l'atteindre sont les soins d'hygiène corporelle et la réalisation des mouvements adéquats.

9/ Se garder des dangers que peut représenter l'environnement et éviter que le malade ne soit une source de danger pour les autres

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.

Les mécanismes pour l'atteindre sont la vigilance vis-à-vis des menaces réelles ou potentielles, les réactions biophysiques face aux agressions physiques, thermiques, chimiques, microbiennes, la réalisation de tâches développementales, la construction du concept de soi, les rapports sociaux et les stratégies d'adaptation aux situations de crise.

10/ Communiquer avec autrui et exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes et ses sentiments

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission ou la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.

Les mécanismes pour l'atteindre sont la mise en jeu des organes sensoriels, l'échange d'informations par l'intermédiaire du système nerveux périphérique et central, l'apprentissage et l'utilisation des codes et des modes de la communication, la capacité à établir des contacts avec le monde.

11/ Remplir ses devoirs religieux selon ses croyances

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre les événements passés, présents et à venir, et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.

Les mécanismes pour l'atteindre sont la prise de conscience de la finitude comme partie intégrante de l'existence, le choix d'un système de référence basé sur des valeurs, des croyances, une foi et l'adoption d'un mode de vie s'y conformant, la réalisation d'actes témoignant de l'engagement spirituel et/ou religieux, la participation à des activités rituelles de manière individuelle ou collective.

12/ S'occuper à un travail qui lui donne l'impression de faire quelque chose d'utile

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assurer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.

Les mécanismes pour l'atteindre sont une conception claire de ses rôles, la réalisation de ses performances de rôle, et l'adaptation aux changements tout en conservant la maîtrise de ses choix.

13/ Jouer ou participer à divers genres de récréations

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.

Les mécanismes pour l'atteindre sont la réalisation d'activités récréatives, individuelles ou collectives, adaptées à ses capacités et à ses aspirations personnelles.

14/ Apprendre, découvrir, satisfaire une saine curiosité pouvant favoriser le développement normal de la santé.

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

Les mécanismes pour l'atteindre sont la réceptivité à l'apprentissage, l'acquisition de connaissances, le développement d'habiletés et l'adaptation des comportements.

ANNEXE 2

LA PROXÉMIQUE

LA PROXÉMIQUE²

Espace intime : 15 à 45 cm

« C'est l'espace le plus important, le bien le plus personnel. Seuls les très proches sont autorisés à y pénétrer. Jusqu'à 15 cm, c'est le micro-espace, franchi exclusivement pendant un contact physique ».

Espace privé : 45 cm à 1,2 m

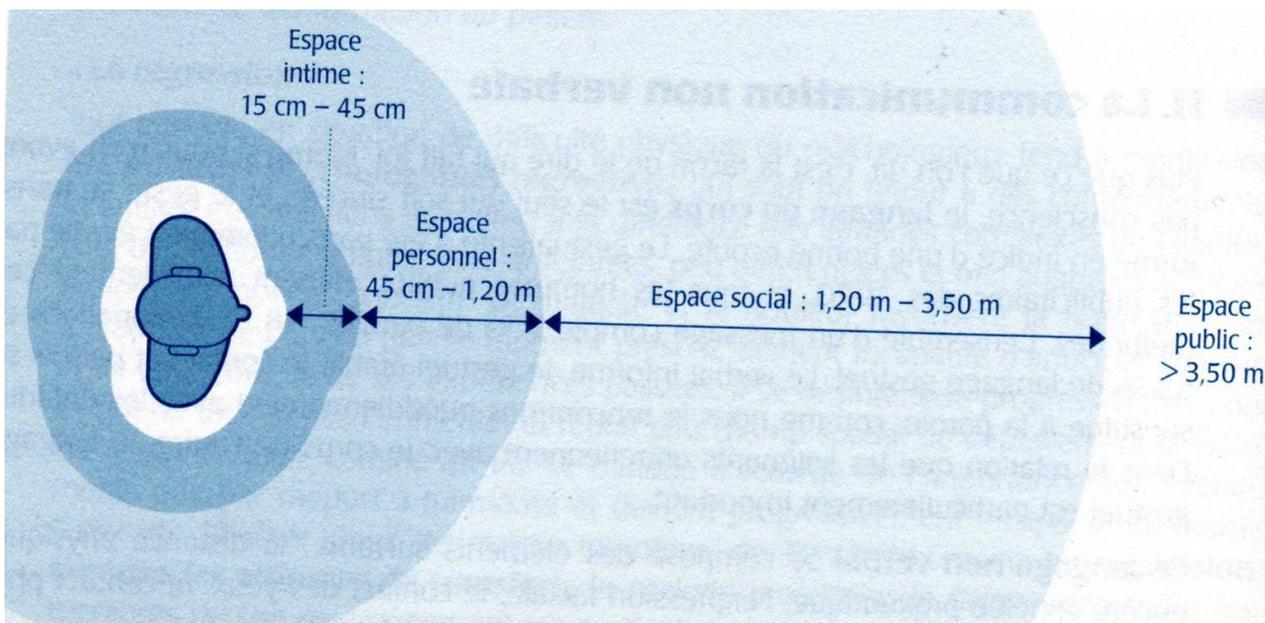
« C'est la distance idéale à respecter en société »

Espace social : 1,2 m à 3,5 m

« C'est la distance qui sépare deux personnes qui se connaissent peu ou pas du tout »

Espace public : au delà de 3,5 m

« C'est la distance confortable d'une personne s'adressant à un auditoire ou à un groupe d'autres personnes »



Schématisme de l'espace intime selon A. Bioy²

² BIOY, A. ; BOURGEOIS, F. ; et al. *Communication soignant-soigné*. 2^e édition. France : Brécal. 2009. p54.

ANNEXE 3

GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Pourriez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

- Relance :**
- *Quel âge avez-vous ?*
 - *Pouvez-vous me dire depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?*
 - *Depuis combien de temps travaillez-vous aux urgences ?*
 - *Quels autres services avez-vous fréquenté ?*

2. Quelles représentations aviez-vous de ce service ?

- Relance :**
- *Quelles étaient vos représentations avant ?*
 - *En quoi ont-elles changées ?*
 - *Quelles conceptions, représentations avez-vous de l'infirmière des urgences ?*
 - *Quelles qualités, valeurs personnelles et professionnelles doit-elle avoir selon vous ?*

3. Quelles sont selon vous les compétences que doit posséder l'IDE des urgences ?

- Relance :**
- *Parmi les compétences citées quelles sont celles qui sont le plus sollicitées ?*
 - *Que pensez-vous des compétences relationnelles de la profession ?*
 - *Quelles sont pour vous les difficultés de la fonction d'infirmière aux urgences en général et du point des compétences ?*

4. En quoi la communication est-elle nécessaire à la prise en charge des patients ?

- Relance :**
- *Quelles techniques d'approches relationnelles utilisez-vous dans votre travail ?*
 - *Pourriez-vous me définir ce qu'est l'empathie pour vous ?*
 - *Quels moyens de communication utilisez-vous dans se service ? (toucher, écoute, empathie)*
 - *En quoi la relation soignant-soigné aux urgences est-elle différents des autres services ?*

5. Pourriez-vous me décrire votre prise en charge d'un patient anxieux ?

- Relance :**
- *Comment réagissez-vous face aux comportements anxieux des patients ?*
 - *Quelles actions mettez-vous en œuvre pour les patients anxieux ?*
 - *Quelle communication adoptez-vous pour un patient anxieux par sa prise en charge ?*
 - *Selon vous quels facteurs des urgences influencent l'anxiété des patients ?*

ANNEXE 4

GRILLE DE

DÉPOUILLEMENT

1. Pourriez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

Entretien	IDE 1	IDE 2	IDE 3	Total
Réponse				
Age	42	34	22	
Sexe	F	F	F	3F
Date du diplôme	1992	2001	Decembre 2011	
Années d'expérience aux urgences	20	6	0	
Autres services fréquentés	0	Maternité - gynécologie	0	
Horaires (jour/nuit)	jour	nuit	nuit	2N - 1J
Structure	AP-HP	AP-HP	AP-HP	3 AP-HP

2. Quelles représentations aviez-vous de ce service ?

Entretien	IDE 1	IDE 2	IDE 3	Total
Réponse				
Diversité de pathologie			x	1
Service dynamique	x		x	2
Diversité de patient		x	x	2
Diversités de soins techniques	x	x	x	3
Travail en collaboration		x	x	2
Application des connaissances			x	1
Situation d'urgences		x		1
Prise en charge variée / diversité des postes	x			1
Commentaire	Représentation différente maintenant car moins de possibilité de relationnelle.	Sociale / Bobologie (jugement de valeur)	Service difficile car diversité de secteur de patients, de fonctionnement	
Qualités et valeurs requises	Patience / dextérité / rapidité / efficacité /	Patience / rapidité / rigueur	Rapidité / patience / réactivité	

3. Quelles sont selon vous les compétences que doit posséder l'IDE des urgences ?

Réponse	Entretien	IDE 1	IDE 2	IDE 3	Total
Compétences techniques		x	x	x	3
Compétences relationnelles		x	x	x	3
Capacité d'adaptation au situation				x	1
Réactivité en situation d'urgence			x	x	2
Connaissances variées (pathologie,soins, mdcmt)				x	1
Gestion de la violence		x	x		2
Evaluation de l'urgences			x		1

Compétence la plus sollicitée	Technique	savoir être	Capacité d'adaptation / Réactivité en situation d'urgence /travail en équipe
Difficultés (en terme de compétence)	Pas de temps pour le relationnel	temps = frein pour le relationnel	Compétence relationnelle difficile à appliquer car manque de temps

4. En quoi la communication est-elle nécessaire à la prise en charge des patients ?

Réponse	Entretien	IDE 1	IDE 2	IDE 3
Rassurer le patient		x	x	x
Prendre en charge l'anxiété du patient				x
Gérer la violence des patients		x	x	x
L'accueil des patients			x	x
Information au patient		x	x	x

Total
3
1
3
2
3

Moyen de communication utilisé	Reformulation / Enquete	Enquete	Empathie / enquete
Définition de l'empathie	0	Comprendre ce que ressent le patient	Comprendre ce que l'autre ressent sans le vivre soi-même
Différence de communication avec les autres services	manque de temps	Pas de temps / plus dans la technicité / pense que le patient n'est pas forcément dans le relationnel	Manque de temps / relation soignant-soigné très courte (qq heures)
Commentaires		Selon l'idée pas d'empathie possible aux urgences, très difficile, manque de temps sauf pour certains cas plus touchant, éviter l'empathie = moyen de se protéger l'affect	L'information un moyen de prévention de l'anxiété des patients / pas de relation d'aide car pas de temps

5. Pourriez-vous me décrire votre prise en charge d'un patient anxieux ?

Réponse	Entretien	IDE 1	IDE 2	IDE 3	Total
Rassurer le patient		x	x	x	3
Ecoute active			x	x	2
Reformulation				x	1
Empathie				x	1
Information/explication		x	x	x	3
Etre disponible				x	1
Instaurer une relation de confiance				x	1
Commentaire			Dépend du patient, rassurer sur les constantes, déléguer au medecin	Necessité de l'experience / reformulation mais pas de relation d'aide	

Facteurs influençant l'anxiété des patients aux urgences	Temps d'attente / manque d'info / affluence	Temps d'attente / affluence / dynamisme de l'équipe / agressivité des autres patients	Les autres patients / surcharge de travail / attente
--	---	---	--

La relation soignant-soigné face à l'anxiété des patients aux urgences

Pesier Teddy

Élève de 3^{ème} année en soins infirmier (ESI) à l'IFSI H. Mondor.

RÉSUMÉ

La relation soignant-soigné face à l'anxiété des patients aux urgences.

Force est de constater, à travers deux situations, que les urgences constituent un service d'accueil de l'anxiété des patients, nécessitant donc l'usage de compétences relationnelles, impliquant la communication comme élément de base de la relation soignant-soigné, je suis amené à me demander en quoi la communication permet-elle de gérer l'anxiété des patients aux urgences ?

Ainsi, à travers une enquête exploratoire constituée de trois entretiens auprès d'infirmières des urgences d'un hôpital de la région parisienne, on observe que ce service présente des particularités dans le domaine de la communication. En effet, entre le manque de temps de la part des soignants, la densité de soins techniques à effectuer, l'abondance de patient et le stress qu'occasionne ce service, il reste peu de place à la relation soignant-soigné dans les soins. Cependant, il ressort que certaines infirmières accordent plus de place à la communication que d'autres. Pourquoi certaines infirmières trouveraient le temps d'entamer une relation soignant/soigné et moins les autres ?

Dès lors, à partir de cette étude qualitative et des références en psychologie et sociologie mentionnées dans ce travail, il est possible d'établir un lien entre les représentations que se font les infirmières des urgences et la place qu'elles accordent à la communication dans la prise en charge du patient anxieux. Ainsi, il convient de se demander en quoi les représentations qu'ont les infirmières des urgences influencent-elles la communication dans la prise en charge des patients anxieux ?

Mots clés : Relation soignant/soigné, anxiété, communication, représentation, urgences.

ABSTRACT

The relationship Caring-Patient in Hospital Emergency Situations for anxious patients

In this research, we have explored two study-cases, noticing that the Hospital Emergency Unit constitutes the place in which the anxiety of the patient is more exhibited, as the first arrival Hospital area, and, where, consequently, it is required an more adequate and responsive inter-communicational skills between patient and the medical staff. In fact, this research tries to deepen the following question: how communication can tackle the patient anxiety in Emergency ?

Through out an exploratory enquiry, consisting of three interviews with Emergency specialized nurses from Paris hospital area, one has noticed that Emergency Units is to be taken in account as a particular environment for the domain of communicational anxious care. In fact, one notices stress for the medical staff as well, derived from their work condition in this unit: rapidity and density of medical procedures, the flux of the patients and so on. Time management is therefore the main issue when it is about the anxiety care. However, some medical staff allows more time to the communication procedures whereas others less.

In this study, based on qualitative research methods form psychology and sociology, I tried to investigate the link between profession representation of the medical staff in Emergency situations and their availability in taking in account for care an anxious patient. Consequently, while this research is only a preliminary enquiry, it is worthy to further study in how representations of the nursing profession influence communication anxiety medical care for patients found in Emergency situation.

Key-words : Patient-nursing relationship, anxiety, communication, representation, Emergency.