

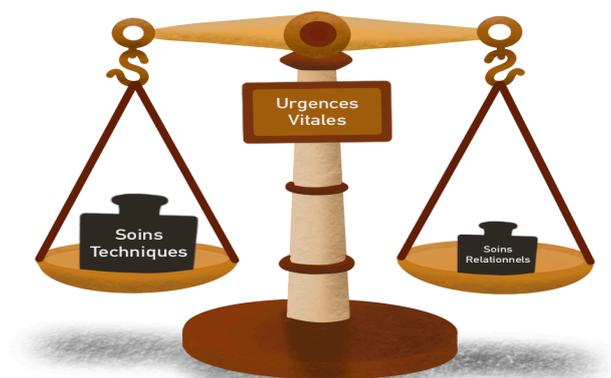
*« Urgence, deux tempo... quand le relationnel potentialise les soins techniques de l'urgence vitale »*

UE 5.7 semestre 6 – 1 ECTS

UE 5.6 semestre 6 – 8 ECTS

UE 6.2 semestre 6 - 2 ECTS

Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle  
Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques



Titelouze de Gournay, Ludovic  
Promotion 2017/2020

## Sommaire

INTRODUCTION .....	3
1. METHODE ET MATERIELS .....	7
1.1 Le cadre de référence.....	7
1.1.1. La personne soignée.....	7
1.1.2. La communication verbale et non verbale .....	8
1.1.3. La relation soignant/soigné .....	9
1.1.4. La relation, la relation de confiance.....	11
1.1.5. La relation d'aide.....	13
1.1.6. L'accompagnement.....	16
1.1.7. Les soins, le relationnel et les soins relationnels.....	18
1.1.8. L'urgence et l'urgence vitale.....	20
1.2. La méthode d'enquête .....	23
1.2.1. Objectifs de l'enquête .....	23
1.2.2. Thème de l'étude .....	23
1.2.3. Population étudiée.....	23
1.2.4. Lieux de l'enquête .....	23
1.2.5. Période de l'enquête .....	23
1.2.6. Choix de l'outils de l'enquête.....	23
2. ANALYSE .....	24
CONCLUSION .....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	30
ANNEXES	

Avant mon entrée à l'institut de formation en soins infirmiers, j'ai exercé la profession d'aide-soignant pendant une dizaine d'années. Mais avant ça, j'ai commencé à travailler à l'âge de 16 ans et demi pendant mes études. J'ai débuté par des remplacements en qualité d'agent de service hospitalier, puis j'ai exercé comme auxiliaire de vie. Ce métier d'aide-soignant me plaisait mais il me manquait quelque chose. Cela me paraissait évident de devenir infirmier, c'est pourquoi après 10 ans, j'ai repris le chemin des études.

Un de mes objectifs professionnels a toujours été de devenir infirmier au service d'accueil des urgences (SAU), et de l'être aussi dans le corps des sapeurs-pompiers. Ce projet qui me motive à me lever tous les matins est sans doute l'un de mes projets professionnels les plus importants à l'heure actuelle. Ce mémoire de fin d'étude sera l'aboutissement de plusieurs années de formation à l'institut. Cela clôturera un livre pour en commencer un nouveau, pour une nouvelle vie.

Dans le cadre de mon travail d'initiation à la démarche de recherche, j'ai choisi de m'intéresser à la place des soins relationnels lors de situations d'urgences dans un service de médecine générale.

C'est lors d'une situation vécue en service de médecine au cours de ma première année de formation que j'ai choisi de travailler sur ce thème.

Lors du stage du premier semestre de la première année, j'étais alors, malgré mon expérience professionnelle passée, très novice dans les situations d'urgences.

Il me semble intéressant, en tant que futur professionnel de santé souhaitant travailler en service d'accueil des urgences, de comprendre quelle est la place des soins relationnels et plus précisément quelles sont les différentes manières d'instaurer une relation de confiance au cours d'une urgence vitale plus précisément.

Prendre en soins une personne nécessite de le faire dans sa globalité, dans son entièreté. Afin d'être compétent, d'une part dans la gestion de l'urgence et d'autre part, dans la capacité de rassurer et d'accompagner les personnes dans ces situations qui génèrent de l'anxiété.

Nous sommes l'après-midi du 27 octobre 2017, je suis avec l'infirmière du service de médecine avec qui je réalise le « tour » des constantes, il est 15h environ. Les constantes de

madame C chambre 203 sont dans les normes, elle est en pleine conversation avec sa famille, tout va bien. Madame C. est arrivée il y a 2 jours pour un maintien difficile à domicile, mais elle possède toutes les facultés cognitives d'une dame de 89 ans. J'ai fait brièvement sa connaissance la veille, en lisant son dossier. À la fin du tour, nous apercevons la famille se diriger vers la sortie du service pour prendre l'air et aller fumer. Ils sont tous très présents, tous les jours plusieurs personnes de sa famille viennent la voir. « Pas un seul jour sans visite », nous dit-elle. Vers 16h50, la sonnette de madame C vient de se déclencher et je me rends donc dans sa chambre. Après avoir frappé à la porte et indiqué ma présence, je vois madame C, se cyanoser avec une dyspnée importante. Je redresse la tête de lit à son maximum afin de permettre un meilleur échange gazeux et je vais chercher l'appareil à saturation et à tension artérielle tout en prévenant l'IDE qui à son tour, va chercher le masque à haute concentration. La saturation est de 73% en air ambiant. L'infirmière me dit d'aller chercher le médecin du service en urgence, ce que je fais directement. Le médecin après une auscultation rapide dit à l'infirmière de prélever un bilan sanguin. Elle essaie à plusieurs endroits, aux plis du coude, sur le dos de la main, sur le pied... Celle-ci n'y arrive pas, les veines sont en train de se collaber. Le médecin, voyant l'état de santé qui s'aggrave et l'infirmière qui n'arrive pas à poser une voie veineuse périphérique, décide de poser un cathéter dans la veine jugulaire. Mme C. la tête tournée de mon côté, me donne la main et me dit à plusieurs reprises : « je vous fais confiance ». Elle me dit « qu'est ce qui se passe ? ». Je lui explique ce que je vois, elle me dit qu'elle a confiance en nous et qu'elle nous fait confiance. Je me demande à ce moment mais pourquoi me dit-elle cela ? Pourquoi me fait-elle confiance ? Est-ce parce que j'ai une blouse blanche ? Parce que j'essaie de garder un air calme ? Je ne la connais que de ce que j'ai pu lire et apprendre aux transmissions, alors pourquoi cette confiance soudaine ? Peut-on parler de confiance ? Je décide donc de lui prendre la main pendant que l'IDE et le médecin s'affairent autour d'elle afin de lui prélever un bilan et je lui dis ce qu'ils font. Le docteur arrive à prélever un bilan sanguin, en précisant l'urgence de la situation. Je remarque que cela se fait dans un calme presque « serein ». Elle répète « je vous fais confiance ... ». Et ce, à plusieurs reprises. À un moment, l'état de santé de madame s'aggrave, le médecin demande de déclencher un SMUR interne, et m'envoie chercher un BAVU (Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle) dans le service. En revenant avec le BAVU, je prends place à la gauche du lit de Madame dont la saturation ne remonte toujours pas, malgré un débit à 15l/min d'oxygène. Je tiens le bras de madame et c'est à ce moment que je croise son regard où je peux lire une certaine inquiétude. Je tente de la rassurer en restant à ses côtés, jusqu'à ce que l'équipe du SMUR arrive : un médecin urgentiste, une infirmière Valérie et un ambulancier Thierry. Je décide de leur laisser

la place, ils ont plus de capacités, de compétences que moi dans cette situation. Madame n'est plus consciente et ne respire plus. Valérie se met au pied du lit avec son sac de secours, le médecin est à la tête du lit et l'IDE du service à commence à masser la patiente. L'intubation est faite par le médecin des urgences, puis l'ambulancier prend le relai avec le BAVU dès l'acte réalisé afin de permettre les échanges gazeux. La pose également d'un scope est faite. Tous ces actes se font dans le calme, chacun sait ce qu'il a à faire, le ton employé pour donner les consignes se fait naturellement sans hausser le ton. Le diagnostic d'embolie pulmonaire massive est alors posé post mortem. Suite à cette prise en soin d'urgence avec les membres du SMUR interne de l'hôpital, l'infirmière du SMUR et moi prenons quelques minutes pour discuter de ce qu'il s'est passé. Valérie me dit que j'avais bien réagi, que pour un stage de première année, j'avais « bien géré » pendant cette situation notamment car j'ai gardé mon calme, et que je suis resté près de la patiente tout le temps où elle était encore consciente. C'est d'ailleurs grâce à ce moment, que je dirais « important » que je me suis senti privilégié ».

Privilégié, parce que cette dame s'est adressée à moi, peut-être par ce qu'elle n'avait pas le choix ? je ne sais pas. Elle s'adresse à moi à chaque fois qu'elle le peut. Je me demande donc qu'elle est ma relation à ce moment ? Peut-on parler de relation de confiance ? de relation d'aide ? Je me suis surpris de mon calme, de la confiance que la patiente avait en nous. Je n'ai à ce moment que très peu de connaissances et de compétences pour pouvoir correctement prendre en charge cette situation. Je suis étonné notamment car j'ai réussi à gérer la situation par mon calme. Peut-on parler de confiance dans ces situations ? Comment est-il possible que ce soit si rapide d'établir une relation de confiance ? Quels sont les moyens de communication possibles lors d'une situation d'urgence vitale ? Quels types de relations sont possibles dans un contexte d'urgence, et est-ce que nous sommes dans une relation de confiance ?

Toutes ces questions m'amènent à me poser la question de recherche suivante :

- En quoi le soin relationnel a-t-il sa place dans l'accompagnement d'une personne dans un contexte d'urgence vitale ?
- Quelle est la place de l'étudiant dans l'accompagnement d'un patient lors de situation d'urgence vitale ?
- En quoi la relation soignant/soigné peut-elle apporter une relation de confiance dans un contexte d'urgence vitale ?
- En quoi l'attitude du soignant peut-elle rassurer ou apaiser la situation d'urgence ?

Ma question de recherche à la création de cette introduction serait :

« Quelle est la place du soin relationnel auprès du patient hospitalisé en service de médecine générale dans un contexte d'urgence vitale ? »

Je souhaite donc travailler sur la place du soin relationnel dans l'urgence, afin de développer mes connaissances et mes compétences sur ces situations afin d'accompagner au mieux les personnes en besoin de soins. L'objectif de la recherche est de définir la place du soin relationnel auprès du patient hospitalisé afin d'assurer un accompagnement en situation d'urgence.

La DREES<sup>1</sup> (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) met en évidence la croissance inexorable de 3,5 % en moyenne du nombre de passages aux urgences, année après année, depuis 1996, à l'exception de 2010. En 20 ans, ce nombre a été multiplié par deux (10,1 millions de passages en 1996) en France métropolitaine.

Au sein de l'hôpital<sup>2</sup>, l'urgence vitale intra-hospitalière doit être traitée selon une procédure spécifique pour la prise en charge de l'arrêt cardiaque : la « Chaîne de survie intra-hospitalière » (CSIH).

En effet, « une urgence est quelque chose devant être résolue immédiatement. Une urgence implique un besoin ou une situation qui nécessite d'une attention sans délai. Le concept est souvent associé aux problèmes de santé : lorsqu'une personne est en danger de mort, elle fait face à une situation d'urgence (et les médecins doivent répondre rapidement) »<sup>3</sup>.

Pour la suite de mon travail de recherche je développerai les différents concepts ainsi que le cadre législatif de ma situation. Dans un second temps, j'expliquerai la méthode et le matériel utilisé pour mon enquête. Dans un troisième temps, une analyse afin de répondre à la question de recherche décrite ci-dessus. Enfin la dernière partie correspondra à la conclusion qui se suivra de la bibliographie ainsi que des annexes.

---

<sup>1</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf> consulté le 18 octobre 2019

<sup>2</sup> Cahiers des sciences infirmières, Soins d'urgence et de réanimation p.31 Ed : Elsevier MASSON

<sup>3</sup> <https://lesdefinitions.fr/urgence> consulté le jeudi 26 septembre 2019

## 1. METHODES – MATERIELS

### 1.1 Le cadre de référence

Afin de continuer mon travail de recherche, je vais amener par la suite les différents concepts sur lesquels je vais travailler. Il y aura une partie historique, conceptuel, législatif et des notions y apparaîtrons. Pour commencer les concepts je commence par vous présenter celui de la personne soignée, puis celui de la communication non verbale. Pour continuer par la relation soignant/soigné. La relation de confiance ainsi que la relation d'aide seront les deux suivants. J'annoncerai celui de l'accompagnement mais aussi les soins, le relationnel et les soins relationnels. Pour finir par le concept de l'urgence, l'urgence vitale.

#### 1.1.1 La personne soignée

Tout d'abord il me paraît important de définir ce qu'est « la personne soignée ». Dans mes représentations singulières il s'agit d'une personne qui a besoin, à un moment de sa vie, de quelqu'un, d'un soignant. C'est une personne unique et à part entière, qui mérite toute l'attention et la bienveillance de l'équipe soignante. Elle est définie comme<sup>4</sup> une personne en situation de besoin d'aide, pour une durée plus ou moins déterminée. *« Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même. Envahie d'émotions, de facteurs stressants, la personne soignée perçoit des difficultés plus ou moins surmontables. Personne qui souffre de troubles physiques ou mentaux qui le conduisent à consulter un médecin »*.

Du latin *pator* : souffrir. Considéré à tort comme un anglicisme, ce terme initialement employé pour désigner une personne qui subit avec constance les adversités, a été, dès le XVI<sup>ème</sup> siècle, appliqué à la soumission à des soins médicaux.

Pour J. Chalifour<sup>5</sup>, dont je partage la définition et qui me paraît être en adéquation avec ma situation c'est : *« tout être humain, au cours de son développement est susceptible de vivre un certain nombre de crises psychosociales »*.

---

<sup>4</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes 315

<sup>5</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes 316

Afin de permettre un début de relation entre une personne soignée et un soignant, il faut qu'il y ait un moyen de communication. Soit par une communication verbale, ou par une communication non verbale.

### 1.1.2 La communication verbale et non verbale

La communication verbale représente moins de vingt pour cent de la communication et la communication non verbale dans les textes est décrite comme représentant quatre-vingt pour cent de la communication, dans ma situation il y a également une notion de toucher et de proxémie.

Elle fait partie de la vie sociale d'un individu, c'est un besoin pour chacun. Comme le souligne Antoine Bioy<sup>6</sup>, la proxémie s'intéresse à l'espace et aux distances entre les participants d'une interaction. Edward T. Hall a identifié quatre distances de base :

- La distance publique (distance entre un orateur et son auditoire) ;
- La distance sociale (distance entre les individus dans une salle d'attente) ;
- La distance personnelle (distance entre deux amis) ;
- Et pour finir la distance intime (distance entre deux amoureux)

La proximologie<sup>7</sup> c'est l'étude des relations interpersonnelles entre soignants et soignés, pour H. Joublin et E. Hirsch qui évoquent la proximologie comme un « *combat mené contre la maladie* ». Ce qui « *n'est véritablement possible qu'ensemble, partagé, vécu dans la proximité de relations justes et fortes* ».

Il<sup>8</sup> faut minimum deux personnes, cela va de soi. Communiquer, ou entrer en relation, demande d'avoir un interlocuteur.

---

<sup>6</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes page 334

<sup>7</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes page 334

<sup>8</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4<sup>ème</sup> édition, Exercice professionnel infirmier Editions Lamarre. Page 3

Comme Maslow nous l'a dit il y a longtemps, si la communication est nécessaire, nous ferons attention à la solitude de certains patients. Les gens qui ne disent rien ne signifient pas nécessairement qu'ils n'ont rien à dire.

La communication utilise :

- Des mots (communication verbale)
- Des gestes, des silences, des attitudes (communication non verbale)

Ces deux types de communication sont indissociables et s'influencent l'un l'autre renforçant ou discréditant le sens du message. Le toucher ainsi que la proxémie autrement dit la distance sont étroitement liés. Le langage du corps traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales. Cette communication peut renforcer le langage parlé, mais aussi le contredire. D'après l'ouvrage<sup>9</sup> *Communication soignant-soigné* ce type de communication concerne le langage du corps et doit être sincère. Le geste se transforme en indice d'une bonne écoute.

Ce type de langage contient les éléments suivants : distance physique, également connue sous le nom de proxémie, expressions faciales, contact visuel, contact du corps avec les concepts tactiles, postures et gestes susmentionnés. L'apparence compte également comme le port de la blouse blanche, ce qui pourrait faciliter les échanges et la congruence de ceux-ci. Pour rappel dans ma situation c'est ce qui s'est passé lorsque la patiente m'a regardé et m'a tendu sa main.

C'est pour ces raisons singulières, et propres à la situation que j'ai vécus, que cela m'amène à réfléchir sur la relation soignant/soigné.

### 1.1.3 Relation soignant/soignée

La relation soignant/soigné représente des échanges professionnels entre une personne soignée et un professionnel de santé. La relation soignant/soigné c'est une activité d'échange

---

<sup>9</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes page 97

interpersonnel<sup>10</sup> et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité).

L'instauration d'une relation soignant/soignée permettra à la personne d'avoir une meilleure connaissance de soi-même pour porter attention aux informations et prendre conscience de ses propres ressources pour interagir de façon harmonieuse. Mais aussi pour les professionnels de santé d'avoir un début de relation comme une relation de confiance ou d'aide dans un contexte de relation soignant/soigné.

Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience. Cette relation est caractérisée par l'évolution législative en matière d'accessibilité à l'information médicale fournie aux personnes soignées (loi Kouchner 2002) et au dernier texte mentionnant le consentement éclairé aux soins du patient.

Plusieurs définitions de différents auteurs correspondent à la situation que je décris au-dessus pour commencer celle d'Alexandre Manoukian<sup>11</sup>, qui la cite ainsi : c'est la « *rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ».

La relation soignante a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions.

Selon J. Chalifour<sup>12</sup>, la nature de la relation soignant/soigné « *se réalise dans sa totalité, à travers les liens qu'elle tisse avec la personne soignée, les liens que cette personne entretient avec elle-même et avec son environnement physique et humain* ». Pour lui « *la personne doit être perçue en tant qu'unité, relation, processus, interactions et liberté* ». C'est dans la relation soignant/soigné qui est mise en place qu'une relation peut s'instaurer.

---

<sup>10</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes 362

<sup>11</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes 363

<sup>12</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes 363

C'est pour cela que je vais évoquer la relation de confiance.

Pour Alexandre Manoukian<sup>13</sup>, « *Les équipes soignantes, par leurs fonctions dans les services hospitaliers, entrent en relation avec les malades de façon intime et souvent prolongée. La complexité des enjeux relationnels entre l'institution, les malades, leurs familles et les membres de l'équipe, les amènent fréquemment à gérer des situations difficiles* ».

Les<sup>14</sup> 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. Être en relation n'exige pas nécessairement un temps particulier pendant lequel nous aurions le loisir de discuter. Le travail du soignant doit comprendre les relations. Par conséquent, nous échangeons constamment des informations. Ceux-ci utilisent différents supports tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes mais aussi ce que l'on appelle les « accessoires ». Est inclus dans ce terme tout ce qui participe à la relation, comme la tenue vestimentaire et les attributs d'une fonction.

Au-delà<sup>15</sup> de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens.

La relation de confiance me paraît importante aussi, car lorsque je suis dans la chambre avec la patiente qui me tient la main me dit à plusieurs reprises qu'elle me fait confiance, et surtout qu'elle a confiance en nous, en l'équipe.

#### 1.1.4 La relation, la relation de confiance

D'après les représentations que je peux avoir, la relation de confiance est un lien qui s'installe entre minimum deux personnes. C'est un lien unique qui s'installe plus ou moins facilement, car il faut que les deux acteurs soient d'accord pour établir ce genre de relation. Cette relation reste intime pour les personnes qui la créent. Dans ma situation décrite ci-dessus, je suppose

---

<sup>13</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4<sup>ème</sup> édition, Exercice professionnel infirmier Editions Lamarre. Page 3

<sup>14</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4<sup>ème</sup> édition, Exercice professionnel infirmier Editions Lamarre. Page 4

<sup>15</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4<sup>ème</sup> édition, Exercice professionnel infirmier Editions Lamarre. Page 5

qu'il s'agit peut-être d'une relation de confiance c'est pour ces raisons qu'il me paraît essentiel de décrire ce qu'est la relation de confiance.

Selon<sup>16</sup> le *Centre national de ressources textuelles et lexicales*, il s'agit d'un « *rapport qui lie des personnes entre elles, impliquant lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque* ». Pour les auteurs de l'ouvrage *Le métier d'infirmière en France « La relation commence par l'observation, l'écoute : l'infirmière, qui a une bonne connaissance d'elle-même, de sa fonction, de certains concepts théoriques sur lesquels s'appuie sa pratique prendra soin de la personne. C'est-à-dire l'accompagner. L'action de l'infirmière porte sur la personne et son environnement afin de l'aider à identifier ce qui pose problème et à utiliser ses ressources internes »*. L'infirmière tente de trouver les réponses satisfaisantes en facilitant l'expression du vécu de la personne soignée, dans le cadre de la démarche de soins, ou de l'alliance thérapeutique.

Utilisé<sup>17</sup> au XIII<sup>e</sup> siècle, *confiance*, ce nom féminin est emprunté du Latin *confidentia*, signifiant confiance, dérivé de *confidere*. La confiance relève d'une croyance spontanée ou réfléchie en la valeur éthique d'une autre personne ayant la capacité de respecter une confiance. Pour le dictionnaire de l'Académie Française (9<sup>ème</sup> édition), la confiance est « *Esperance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de loyauté d'autrui* ». La confiance apporte un sentiment de sécurité entraînant toute forme de confidences associées à l'espoir, la communication de ses besoins.

J'ai pendant mes recherches trouvé une description de l'évolution d'une relation de confiance par Hildegarde Péplau. Elle décrit quatre étapes dans l'évolution d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné :

- Une étape d'orientation : Chacun des partenaires se présente et recherche contact et sécurité.
- Une étape de mise à l'épreuve : le soigné cherche à trouver les limites de la confiance qu'il peut avoir dans le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation.

---

<sup>16</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes pages 357/358

<sup>17</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes 359/360

- Une étape d'exploitation de la relation : les personnes échangent pour trouver des solutions. Chacune est acceptée telle qu'elle est.
- Une étape de fin de relation : Chacun fait le bilan de ce qui s'est passé, conclut la relation et noue d'autres liens avec d'autres personnes.

« *Le développement de la confiance n'est pas instantané, il s'agit plutôt d'un processus lent et continu que l'infirmière doit entretenir tout au long de sa relation* ». La confiance du client (personne soignée) dépend du comportement de l'infirmière, de son professionnalisme, de sa capacité d'aller vers lui et de lui communiquer son respect

Pour toutes ces raisons, il m'apparaît essentiel en tant que soignant d'instaurer un accompagnement ainsi qu'une relation de confiance

Au fil de mes différentes lectures et avec les travaux de plusieurs auteurs comme Carl Rogers, Alexandre Manoukian, Hildegard Peplau, Nicole Aubert, je me rends compte que, avant de parler de relation de confiance, on peut imposer l'idée de relation d'aide.

#### 1.1.5 La relation d'aide

La relation d'aide<sup>18</sup> trouve ses origines dans le mouvement de la psychologie humaniste né aux États-Unis dans les années quarante et développé dans les années cinquante. Certains de ses partisans marquent l'histoire de ce mouvement. Si nous ne pouvons pas tous les citer, nous garderons C. Rogers, A. Maslow ... Si Maslow est très connu pour l'analyse des besoins humains et la pyramide que l'on représente souvent comme base de la démarche de soins, le fondateur des concepts de base est bien C. Rogers.

Dans les années cinquante, des infirmières se penchèrent sur les aspects relationnels de leur travail en apportant déjà des réponses, mais c'est surtout dans les années soixante et soixante-dix que le développement du rôle propre de l'infirmière eut besoin d'un support théorique. Il était tout trouvé dans la psychologie humaniste. Cette approche s'oppose ou complète, comme l'on veut, l'approche purement médicale de la maladie et des patients. Du côté infirmier, nous

---

<sup>18</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4<sup>ème</sup> édition, Exercice professionnel infirmier Editions Lamarre. Page 52

pouvons nommer, sans tous les citer, quelques-uns des auteurs qui ont aussi contribué à donner leurs lettres de noblesse à la relation d'aide et au prendre soin en soins infirmiers ; dans les années cinquante, Hildegard Peplau, puis, dans les années quatre-vingt-dix-deux-mille Margot Phaneuf.

L'outil principal de la relation d'aide, versant psychothérapie ou versant soins infirmiers, est la relation soignant/patient. Autant la médecine apporte une réponse précise à un symptôme ou une maladie, autant la relation d'aide se fonde sur un travail individuel où la subjectivité de chacun est mise en avant.

Nous sommes, avec la relation d'aide, dans le prolongement d'une des grandes théoriciennes des soins infirmiers. Peplau admettait six rôles dont les objectifs sont très voisins de la relation d'aide.

La relation d'aide<sup>19</sup> en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement. De toute évidence, la relation d'aide ne peut se pratiquer de la même façon dans les différents services. Les lieux de longue durée sont plus propices à son exercice.

Cependant, même lors d'une courte hospitalisation, une rencontre sincère et un réel soutien peuvent être réalisés. Il ne faut pas confondre une bonne relation soignant/soigné et une relation d'aide qui, à certains moments, sera peut-être moins agréable, comme dans ma situation qui se veut être une relation d'aide, mais qui n'est pas agréable pour la patiente vivant ce moment. Une relation efficace peut aboutir à un changement ou être une porte ouverte vers un changement, en quelque sorte une première étape positive.

Entrer en relation d'aide, c'est s'exposer soi-même comme outils de soins. Il s'agit de jouer sur l'unité de sa personne. La parole suit la pensée et précède le geste manifestant un accord sincère.

---

<sup>19</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4<sup>ème</sup> édition, Exercice professionnel infirmier Editions Lamarre. Page 53

L'aide relève de l'action du verbe transitif aider<sup>20</sup>. Pour le dictionnaire Électronique de Chrétien de Troyes, le verbe Aidier (vieux français) vient du latin adjutare. L'aide est une action facilitatrice et a pour objet l'accomplissement d'une chose, d'un projet. Elle peut être matérielle, physique, morale ou spirituelle.

L'aide est, pour le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) l'action de porter secours « aiudha » (attestée en 842), puis au XI<sup>e</sup> siècle avec ajude. La relation est un nom féminin emprunté au latin « relatio » signifiant « action de rapporter un fait, un témoignage ». En 1755<sup>21</sup> les relations deviennent sociales. Dans un contexte sanitaire et social, la relation implique une liaison humaine réelle entre deux individus. Ce type de relation est caractérisé par des rapports interpersonnels avec des objectifs transversaux (faciliter un soin, recueil de données...). L'infirmier contribue à rechercher la satisfaction de l'autre personne en favorisant l'expression du besoin d'aide.

La relation d'aide, dont les principes fondamentaux ont été posés par les travaux de Carl Rogers en 1957 et Abraham Maslow dans la 2<sup>de</sup> partie du XX<sup>ème</sup> siècle. La relation d'aide est un sujet qui est souvent abordé dans les sciences humaines. Selon Carl Rogers, la relation d'aide (relation thérapeutique) est une forme de relation interpersonnelle dont la responsabilité est de favoriser la croissance, la maturité et la plus grande capacité des autres en mobilisant ses propres ressources. La relation d'aide est un sujet souvent débattu en sciences humaines.

Pour lui, *"chaque individu est unique. Il détient au plus profond de lui sa propre vérité, sa vie et le tracé potentiel de son chemin, qu'aucune science du psychisme ne peut enfermer... Il peut accéder à ses ressources s'il se sent compris, accepté, non jugé »*

Il est le fondateur de l'approche centrée sur la personne (ACP). Selon l'ACP, l'individu possède en lui-même des ressources pour changer ses attitudes fondamentales et son comportement. Pour lui *« chaque individu a un mouvement en profondeur qui le pousse vers un*

---

<sup>20</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes 364/365

<sup>21</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes 365

*accomplissement et le développement de ses potentialités. Il est convaincu que l'homme possède en lui un immense potentiel d'évolution et ainsi d'épanouissement ».*

C'est aussi l'interaction méthodologique entre deux, à un moment donné, ou l'infirmier contribue à rechercher la satisfaction de l'autre personne en favorisant l'expression du besoin d'aide. Le soin infirmier est largement inspiré des méthodes psychologues, sociales et humanistes selon Carl Rogers qui fut psychothérapeute. Aussi, les effets recherchés qu'il décrit sont ceux de la psychothérapie.

Comme le précise J.Chalifour, dans le contexte soignant, de courte ou de longue durée, « *le patient consulte souvent pour un problème physique* ». Pour Carl Roger,<sup>22</sup> « *la relation d'aide n'est pas une relation amicale, sans rapport autoritaire, mais a pour essence des échanges constructifs, une réciprocité qui sous-entend une compréhension mutuelle, donner et recevoir. Cette relation dans un contexte de soin, est perçue, reçue comme une opportunité de laisser libre cours à l'expression de ses sentiments, en présence d'un intervenant préparé ».*

Thérapie<sup>23</sup> ponctuelle de soutien, cette relation est caractérisée par l'acceptation totale de la personne soignée, la relation d'aide favorise la prise de conscience, facilite la transformation psycho-sociale de l'individu à comprendre les processus et les ressources qui lui sont propres. Mais toutes ces différentes relations citées précédemment peuvent se faire avec un accompagnement de la personne. Un accompagnement qui paraît indispensable à mettre en place.

### 1.1.6 L'accompagnement

Le verbe accompagner, d'après le dictionnaire latin Lexilogos et le dictionnaire étymologique de la langue française en ligne, est composé de ac, préfixe latin qui veut dire rapprochement proximité, et de compagnon. Ce dernier, d'après le dictionnaire historique de la langue française, Le Robert 1992, est formé à partir du latin cum : « avec » et panis : « pain » ce qui veut dire « qui mange son pain avec ».

---

<sup>22</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes 365/366

<sup>23</sup> Le développement de la personne. Carl Ransom Rogers ed : InterEditions. Pages 27 à 41

Accompagner, selon le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 2004, c'est : « *Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guider, mener.* » ; « *Accompagner un malade, l'entourer, le soutenir moralement et physiquement à la fin de sa vie* ».

Accompagnement apparaît au XIII<sup>ème</sup> siècle dans le vocabulaire du droit lors d'un « contrat de pariage » ; puis au XVI<sup>ème</sup> siècle signifie un ensemble de gens accompagnant un personnage généralement de haut rang. Au XVIII<sup>ème</sup> siècle apparaît le terme de « compagnonnage » définit comme le : « *Temps pendant lequel un ouvrier, après son apprentissage, doit travailler comme compagnon chez un maître avant de devenir maître lui-même* ».

L'accompagnement est un concept qui existait dans le champ des soins palliatifs dans les années 1960-1970 (Verspieren, 1984) [1]. Il va prendre son essor et envahir le champ professionnel dans les années 1990 (Paul, 2004), dans des domaines d'activité variés comme la santé, le social, l'éducation..., ce qui augmente la difficulté d'en cerner le sens et ne permet pas actuellement de le considérer comme stabilisé. Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas.

Pour Cifali et André (2007) : « *accompagner serait aller avec... partir de l'autre et pas de soi... « aller avec » évoque un professionnel qui se déporte vers le chemin de l'autre. Il est là, présent, permettant qu'un autre traverse l'épreuve, le moment, l'événement* ».

Selon Paul (2004) : « *l'accompagnement constitue une posture spécifique au centre d'actions déterminées par des pratiques définies. L'accompagnement signifie être avec, dans une situation donnée, de façon ponctuelle ou durable pour conduire une autre personne vers un changement certain. L'accompagnement peut être spontané, volontaire ou professionnel* ».

D'après Walter Hesbeen<sup>24</sup>, c'est faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé. « *Un mouvement qui porte vers l'autre pour aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien. Accompagner, c'est respecter la personne dans qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences. L'accompagnement inclut l'écoute et l'aide apportée dans des champs interdisciplinaires, en fonction des étapes de la vie* ».

Selon le glossaire n°3<sup>25</sup> « Terminologie des soins infirmiers » : « *l'accompagnement est une démarche de soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant/soigné et qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement social, que ce soit à l'hôpital ou à l'extérieur* ».

L'accompagnement prend sa place tout au long d'une situation ou d'un soin, qui s'accompagne aussi de relationnel et de soins relationnels.

#### 1.1.7 Les soins, le relationnel et les soins relationnels

C'est l'ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou pour soigner autrui. Le relationnel c'est tout ce qui est relatif aux relations entre les individus.

Vouloir définir le soin relationnel<sup>26</sup> est une chose complexe et un peu présomptueuse. Il y a néanmoins quelques affirmations qui peuvent être partagées.

*Un soin relationnel est une relation qui a la prétention de « soigner »*<sup>27</sup>

Ce n'est pas la personne qui propose ce soin qui est soignante, voire miraculeuse, mais la qualité de la relation qui va conduire à la possibilité du soin. Le soin relationnel prend la relation comme support : c'est la relation, par les interactions entre le soignant et le soigné, qui amène les éléments qui vont soulager la personne. Ce n'est pas forcément ce que va dire ou faire le

---

<sup>24</sup> Hesbeen W. Humanisme soignant et soins infirmiers, un art du singulier. Editions Elsevier Masson. 2017

<sup>25</sup> Glossaire n° 3. Terminologie des soins infirmiers. Ministère de la santé. 1993

<sup>26</sup> <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm> consulté le 21/12/2019

<sup>27</sup> <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm> consulté le 21/12/2019

soignant qui fait le soin, mais son aptitude à être dans la relation, à mettre en place les conditions nécessaires au patient pour avancer dans son champ émotionnel et intellectuel.

Mais la relation ne soigne pas de façon spontanée. Il ne suffit pas d'être en relation pour qu'il y ait soin : c'est une condition nécessaire mais pas suffisante. La relation ne peut soigner seule, c'est la relation et la capacité du soignant à réfléchir à cette relation et sur cette relation qui vont amener les conditions du soulagement de la personne. Un soin relationnel nécessite de réfléchir aux objectifs, aux moyens, aux déroulements, aux techniques qui seront utilisés et aux interactions qui se nouent entre le soignant et le soigné.

Selon Alexandre Manoukian, dans son livre « La relation soignant-soigné<sup>28</sup>», « *la relation d'aide vise un réel changement chez le patient, qu'il soit dans la gestion de sa maladie ou encore dans sa vie personnelle. Il pense que toute relation efficace aboutit à un changement, première étape positive, car le patient ressentira en premier lieu un soulagement émotionnel. De plus, cela permet au patient de comprendre ce qui se passe, et cela l'aide à réorganiser sa vie* ».

Au niveau du rôle infirmier, l'écoute centrée sur la personne est pratiquée comme une écoute active, dans le but de permettre à la personne soignée écoutée d'avoir de nouvelles représentations de son vécu, d'avancer à son rythme dans la manière de penser sa maladie. En fait, au travers la relation d'aide, le soignant ne va qu'écouter le soigné sans interférer dans ses propos. C'est le soigné qui décide de parler de lui, et cela lui permet de clarifier les événements qu'il rencontre, et ainsi prendre conscience qu'il peut voir autrement la maladie et l'accepter : l'écoute active permet d'apaiser le patient.

Pour Pascale Gérardin<sup>29</sup>, « *Tout soin est relationnel, alors que la réciproque ne se vérifie pas. Tout soin sous-tend un mode relationnel, puisqu'il s'inscrit dans une relation entre un soignant pourvoyeur du soin, et un soigné, qui le reçoit. Il ne s'agit pas d'une valeur ajoutée* ». Tous les soins, qu'ils soient médicaux, chirurgicaux ou psychiques, ont comme dénominateur commun un support relationnel. « *Il serait alors plus judicieux de parler de relation de soin. La relation*

---

<sup>28</sup> Manoukian Alexandre. *La relation soignant-soigné*, 3e ed : Rueil-Malmaison, Lamarre, 2008, pp. 51- 60.

<sup>29</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes page 427/428

*de soin s'engage donc à partir d'une demande plutôt explicite soit de réparation somatique ou organique ».*

En fait<sup>30</sup>, le terme de soin relationnel est issu des soins infirmiers qui le définissent ainsi : interventions verbales ou non verbales visant à établir une communication en vue d'apporter aide et soutien [...] à une personne ou à un groupe. Pour Françoise Bourgeois, les soins relationnels *« représentent un support thérapeutique, car le soin se réalise « dans et par la relation ».*

Le soin relationnel, inhérent à une prise en soins soignante globale, n'a de valeur que s'il est considéré. Un soin relationnel est donc mis en place tant que la situation le permet. Une situation d'urgence vitale peut potentialiser les soins d'urgences tant que ceux-ci sont possible. Chaque situation d'urgence est unique, tout comme les soins inhérents.

#### 1.1.8 L'urgence et l'urgence vitale

Au V<sup>ème</sup> siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate conseillait aux médecins de toujours avoir sur eux une trousse sous la main, pour donner les premiers soins aux blessés. Plusieurs siècles plus tard, la médecine d'urgence a gardé ce principe puisqu'aujourd'hui les premiers secours apportés aux personnes sont toujours fondés sur l'immédiateté, la rapidité de l'assistance aux personnes tout en faisant face à l'imprévu de la situation. L'urgence<sup>31</sup> en matière de santé est généralement définie comme *« un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et/ou son entourage ».* Alors que l'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne le fait que l'urgence en matière de santé répond en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème.

Cette définition simple reflète à la fois le contexte d'urgence rencontré par le soigné, mais aussi par le soignant. En effet, la situation dite urgente est décrite comme survenant de façon inattendue et qui inquiète, ce qui implique que l'infirmier va devoir rassurer la personne soignée qui a peur et qui ressent le besoin de s'exprimer. Le contexte de l'urgence est particulier : le patient se trouve dans un endroit qu'il ne connaît pas, pour une pathologie qu'il ignore. Être en

---

<sup>30</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes page 428

<sup>31</sup> <http://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2013/11/54.pdf> consulté le 04 janvier 2020

situation d'urgence c'est être en situation de difficulté avec la nécessité d'une action proportionnellement conséquente au problème à résoudre.

Pour Éric Revue (praticien hospitalier au SAU SMUR. CHU Lariboisière, Pr Plaisance. APHP Paris) « *L'urgence relève de l'absence de prise en charge rapide et qui pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiatriques durable. Elle nécessite une évaluation diagnostique, la mise en œuvre d'un traitement et une orientation du patient vers un parcours de soin adapté à sa situation* ».

D'après l'association UPSA<sup>32</sup>, il s'agit de : « *toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant* ». En pratique, la notion d'urgence se définit par tout ce qui est à l'origine d'une situation clinique imprévue : douleur aiguë, malaise, traumatisme, détresse médicale, sociale ou psychologique. Les patients arrivent aux urgences à l'aide des services de secours, de leur propre initiative ou sont envoyés par leur médecin. « *Les urgences<sup>33</sup> vitales sont des situations caractérisées par la survenue d'une détresse d'une fonction vitale pouvant conduire à tout instant à un arrêt cardiaque. Elles doivent bénéficier de prises en charge les plus précoces possibles, qu'elles surviennent dans le service de soins d'un établissement de santé ou dans tout autre lieu, public ou privé* ».

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) définit l'urgence en cinq niveaux, selon la gravité de l'état de santé de la personne. L'ensemble de ces niveaux ou classes est appelé « Classification Clinique des Malades aux Urgences » (CCMU<sup>34</sup>).

Le référentiel de compétence de l'infirmière en médecine d'urgence cite Nicole AUBERT<sup>35</sup> pour définir l'urgence. Selon elle, « *l'urgence désigne à la fois, d'abord une **situation** (urgence contextuelle), ensuite un **jugement** porté sur une situation (urgence subjective) et enfin une **action** tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate).*

---

<sup>32</sup> <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur-aigue/urgences/definition-de-l-urgence> consulté le 06 novembre 2019

<sup>33</sup> Cahiers des sciences infirmières, Soins d'urgence et de réanimation p.11 Ed : Elsevier MASSON consulté le 30 octobre 2019

<sup>34</sup> <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf> consulté le 04 janvier 2020

<sup>35</sup> Aubert Nicole. *Le culte de l'urgence*, flammariion, 2003, pp. 36-37.

*Ainsi, en poussant les choses, on en arrive à ce qu'une situation est urgente parce que, jugée urgente, elle appelle une réponse urgente. »*

Le code la santé publique définit le rôle prescrit infirmier art R4311-7:<sup>36</sup> L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin.

L'article R-4311-7-14<sup>37</sup> précise qu'en l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Ces deux articles sont en lien avec la situation qui est décrite ci-dessus. Il m'est essentiel aussi de souligner l'importance d'une notion celui du travail d'équipe, sans qui rien ne pourrait avoir lieu. Peu importe son niveau, chaque personne peut être essentielle.

Dans la situation j'évoque le calme de la situation, tout le monde est calme et sait ce qu'il a à faire. Les ordonnances données par le médecin se font calmement, le médecin à la tête de lit regarde ce qu'il se passe, et chaque protagoniste garde en tête le temps qui passe et notamment l'infirmière qui injecte par voie intraveineuse le traitement demandé à raison de 1ml toutes les deux minutes. Elle doit donc avoir une notion de temps et de temporalité avec elle.

---

<sup>36</sup><https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038925636&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190814> consulté le 16 février 2020

<sup>37</sup><https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913902&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808> consulté le 16 février 2020

## 1.2 La méthode d'enquête

« Dans le cadre de la crise du COVID 19 qui impose la restriction de l'ensemble des déplacements et la non disponibilité des professionnels de santé, l'institut a décidé que les étudiants ne réalisent pas d'enquête sur le terrain quelle que soit sa forme »

### 1.2.1 Objectifs de l'enquête

Je souhaitais comparer les différentes approches des soins relationnels dans l'urgence. Pour répondre de la meilleure façon à mon questionnement et à ma question de recherche, il me semblait nécessaire de confronter mes recherches avec des faits réels, des expériences, et des ressentis de professionnels de santé en service de médecine ainsi qu'en service d'urgence. Il était aussi intéressant de relever les différences au niveau des formations notamment en lien avec le nouveau référentiel, et l'ancien qui date d'avant deux mille neuf.

### 1.2.2 Thème de l'étude

Le thème de l'étude est **Quelle est la place du soin relationnel auprès du patient hospitalisé en service de médecine générale dans un contexte d'urgence vitale ?**

### 1.2.3 Population étudiée

J'avais envisagé d'interroger 5 infirmiers, trois en service de médecine générale et deux en service d'accueil des urgences.

### 1.2.4 Lieux de l'enquête

En interrogeant des IDE de différents services un service qui se consacre entièrement aux soins d'urgences, et un service de médecine dont les soins d'urgences ne sont pas l'activité principale.

### 1.2.5 Période de l'enquête

La période de l'enquête serait du 10 mars 2020 au 31 mars 2020.

### 1.2.6 Choix de l'outils de l'enquête

L'outil qui me paraissait le plus adapté est l'entretien semi-directif. Pour questionner les professionnels pendant 25 à 35 minutes, et afin d'obtenir des réponses de qualité ; mais aussi de pouvoir analyser les silences et les émotions, le verbal et le non-verbal ; j'utiliserais l'entretien semi-directif.

## 2. ANALYSE :

Afin de poursuivre mon travail de fin d'étude, je vous présente l'analyse de ma situation. Elle est en lien avec mon cadre théorique mais aussi avec le cadre conceptuel. Pour débiter cette analyse je vais commencer par le concept de la personne soignée qui à mon sens est primordial. La personne soignée telle qu'elle est décrite dans ma situation est une personne âgée de 89 ans qui possède toutes ses facultés cognitives.

Elle est hospitalisée pour un maintien à domicile devenu compliqué. Je commence par cet item, par ce qu'il est le noyau de toute la situation. Mme C. est une personne dites vulnérable, âgée, fragile. Une personne soignée est une personne nécessitant un besoin auprès d'un professionnel de santé. Lorsque nous rencontrons une personne pour un soin, peut-importe sa nature, cela se fait de manière générale en communiquant. Ce qui nous amène sur le concept de la communication verbale et non verbale.

Quatre-vingt pour cent de la communication est non verbale, elle traduit tout ce que le corps et l'esprit de la personne ressent. Cette communication non verbale s'intensifiera tout au long de sa prise en soins de part des gestes et des regards. C'est à ce moment que je me demande si je suis dans une relation de confiance. Elle exprime le mot confiance plusieurs fois. C'est un lien qui s'installe entre minimum deux personnes. C'est une relation qui reste intime pour les personnes qui la crée.

Dans ma situation que j'évoque précédemment, je retranscris les mots de la patiente lorsque je la rencontre pour des soins. Mme C. nous dit qu'elle est très entourée et qu'elle a des visiteurs tous les jours. La famille de Mme C descend boire un café et fumer une cigarette pendant que nous sommes avec madame dans sa chambre. Nous discutons en même temps. Je peux donc affirmer que nous sommes dans une relation soignant-soigné.

C'est quelques minutes après que nous soyons sortis de sa chambre afin de continuer les soins que Mme C. déclenche sa sonnette, j'entre dans sa chambre et je vois qu'elle commence à cyanoser avec une dyspnée importante. Je lui redresse la tête de son lit au maximum pour permettre un meilleur échange gazeux. La relation d'aide commence à s'installer à ce moment. La relation d'aide est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le

soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement.

De toute évidence, la relation d'aide ne peut se pratiquer de la même façon dans les différents services. Les lieux de longue durée sont plus propices à son exercice.

Je vais chercher l'infirmière mais aussi l'appareil à saturation et à tension. La saturation est à soixante-treize pour cent en air ambiant. L'infirmière me dit d'aller chercher le médecin du service en urgence.

Le médecin après une auscultation rapide demande de prélever un bilan. L'infirmière essaie à plusieurs endroits mais n'y arrive pas. Le médecin, voyant l'état de santé qui s'aggrave et l'infirmière n'y arrivant pas, décide de poser un cathéter dans la veine jugulaire. Madame C. la tête tournée de mon côté, me donne la main et me dit à plusieurs reprises : « Je vous fais confiance » tout en me demandant ce qu'il se passe. Le fait de lui expliquer ce que je vois permet d'instaurer un accompagnement. A cet instant, et tout au long de la situation tous les professionnels de santé sont calmes, cela se fait dans un silence qui n'est pas lourd.

C'est à ce moment aussi que je rentre donc dans une relation d'aide que je cite comme relation de confiance en premier lieu. Une relation de confiance est décrite comme un espoir ferme que l'on donne en quelqu'un ou en quelque chose qui soit gage de loyauté envers toutes les autres personnes.

Je me rends compte à ce moment que l'on ne peut pas parler de relation de confiance mais de relation d'aide. Avec les recherches que j'ai effectuées j'ai pu mettre en lien ma situation et les concepts. Hildegard Péplau théoricienne en soins infirmier décrit en quatre étapes dans l'évolution d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Elle souligne que le développement de la confiance n'est pas instantané, il s'agit plutôt d'un processus lent et continu que l'infirmière doit entretenir tout au long de sa relation avec le patient.

Cette relation vise à aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences, pour cela elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, la congruence, l'empathie et l'absence de jugement. Cette relation ne peut se pratiquer de la même façon dans tous les services et tout dépend aussi de la situation auxquelles le patient est confronté. Dans la situation, je suis dans l'empathie puisque cela me permet d'écouter, d'observer sans aucun

jugement. Ce qui sous-entend également que je suis tout le long de la situation dans l'accompagnement. Accompagner quelqu'un c'est aller avec lui là où il va, et en même temps que lui. C'est aussi l'entourer le soutenir moralement et physiquement.

Ce n'est pas le précéder ni connaître la direction où le patient va prendre car Mme C. est dans une situation où nous sommes à ses côtés mais elle ne sait pas ce que l'avenir lui réserve. À un moment, l'état de madame C. s'aggrave, le médecin demande de déclencher un SMUR interne et m'envoie chercher un BAVU (Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle) dans le service.

En revenant avec le BAVU, je prends place à la gauche du lit de madame dont la saturation ne remonte toujours pas, malgré un débit à 15 litres d'oxygène par minute. Je tiens le bras de madame et c'est à ce moment que je croise son regard où je peux lire une certaine inquiétude.

Je tente de la rassurer en restant à ses côtés, jusqu'à ce que l'équipe du SMUR arrive comprenant un médecin urgentiste, une infirmière et un ambulancier. Je décide de leur donner ma place par ce qu'ils ont plus de connaissances mais aussi plus de compétences que moi. A ce moment ma relation d'aide s'arrête et devient un accompagnement. Madame n'est plus consciente et ne respire plus.

L'infirmière du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) se met au pied du lit avec son sac de secours, le médecin est à la tête de lit pendant que l'infirmière du service de médecine commence à pratiquer un massage cardiaque. L'intubation est réalisée par le médecin des urgences, puis l'ambulancier prend le relais avec le BAVU dès que l'acte est réalisé afin de permettre une continuité des échanges gazeux. La pose également d'un scope est faite. Le diagnostic d'embolie pulmonaire massive est alors posé post mortem.

Dans la situation j'évoque aussi le calme de tout ce qui est fait, tout le monde est calme et sait ce qu'il a à faire. Les ordonnances données par le médecin se font calmement, le médecin à la tête de lit regarde ce qu'il se passe, et chaque protagoniste garde en tête le temps qui passe et notamment l'infirmière qui injecte par voie intraveineuse le traitement demandé à raison de 1ml toutes les deux minutes. Elle doit donc avoir une notion de temps et de temporalité avec elle. Le travail d'équipe est aussi important puisque chacun des professionnels doit savoir qu'il peut avoir confiance en ses collègues.

Tout ce calme apparent et qui ressort doit peut-être aussi renforcer la relation d'aide qu'elle met entre nous, puisque chacun ne s'énerve pas, il n'y a pas de tension et que tout se fait dans le silence. C'est peut-être grâce à cela qu'elle nous répète à plusieurs moments et à plusieurs reprises qu'elle nous fait confiance. Mais aussi car elle n'a sûrement pas le choix, autour d'elle dans sa situation d'urgence les professionnels de santé sont les seuls présents.

Je peux répondre à l'une de mes questions de recherche qui était : En quoi le soin relationnel a-t-il sa place dans l'accompagnement d'une personne dans un contexte d'urgence vitale ? je peux d'ores et déjà dire que oui le soin relationnel a sa place puisque je définis les soins relationnels avec l'écoute active qui permet d'apaiser le patient.

Dans la situation d'urgence la place de l'étudiant est compliquée, d'une part il est aussi à côté de la patiente et tente de la rassurer en lui expliquant ce qu'il voit et d'autre part en ayant une approche centrée sur la personne. La relation de confiance s'installe dans le temps, il y a une notion de temporalité alors même si les mots employés étaient ceux-là, j'ai compris qu'il s'agissait d'une relation d'aide. Hildegard Peplau grande théoricienne en soins infirmiers explique que pour qu'une relation de confiance se mette en place, cela se fait dans la durée.

Je peux à ce moment répondre à une deuxième question que j'avais. Cette question était : en quoi la relation soignant/soigné peut-elle apporter une relation de confiance dans un contexte d'urgence vitale ? Je peux y répondre car je sais maintenant qu'il ne peut pas y avoir de relation de confiance dans une situation d'urgence vitale, mais une relation d'aide. Peplau explique que le développement de la confiance n'est pas instantané, mais qu'il s'agit d'un processus lent et continu que les infirmières doivent maintenir tout au long de la relation.

Donc en lien avec ma situation, une relation de confiance comme définie se met en place dans la durée, une situation d'urgence est comme mentionné urgente la relation de confiance ne peut pas s'installer. Dans chaque situation d'urgence, à moins de connaître le patient depuis un bon moment déjà aucune relation de confiance n'y sera. C'est une relation d'aide, puisque celle-ci s'instaure immédiatement. Il ne peut y avoir de relation de confiance sans relation d'aide, mais il peut y avoir une relation d'aide sans relation de confiance.

Carl Rogers pense que les quatre qualités ou attitudes de l'accompagnement contribueront à cette relation d'aide : Empathie Écoute Active Congruence et le Non jugement. Rogers a déclaré que la relation d'aide est une relation permissive, que la structure est exacte et que le patient peut se comprendre dans une certaine mesure pour se développer selon sa nouvelle orientation.

Toujours dans les questions que je me posais il y avait aussi pour rappel : en quoi l'attitude du soignant peut-elle rassurer ou apaiser la situation d'urgence ? L'attitude est très importante car c'est aussi cette dernière qui potentialise les soins d'urgence car le fait d'être dans un calme presque serein permet d'atténuer les angoisses de la patiente.

Je peux également répondre à la question : quelle est la place de l'étudiant dans l'accompagnement d'un patient lors de situation d'urgence vitale ? La place de chaque professionnel de santé, peu importe son niveau d'étude est important. Chaque personne est en capacité de faire les premiers gestes d'urgence que ce soit dans l'alerte, ou dans les actes. Dans ma situation l'accompagnement fait par l'étudiant tout le long de la situation et surtout tant qu'elle le permet et très important. Il y a besoin de soins relationnel, cela permet une approche centrée sur la personne comme l'écrit C. Rogers. Une écoute active permet un bon accompagnement ainsi que des soins relationnels.

Et pour finir dans mes interrogations la question de recherche : quelle est la place du soin relationnel auprès du patient hospitalisé en service de médecine générale dans un contexte d'urgence vitale ?

Le soin relationnel peu importe la situation est important. Il peut être renforçateur de soins, il peut potentialiser les soins dans l'urgence. Dans une situation d'urgence, pour le patient c'est extrêmement angoissant de ne pas savoir son avenir, ce qu'il va se passer. Dans les soins relationnel C. Rogers développe l'approche centrée sur la personne, avec notamment l'écoute active. Être dans ce rôle d'écoute et d'empathie permet un apaisement par rapport aux soigné puisqu'il se sent écouté, entendu.

La relation qui se construit rapidement donc dans l'urgence ne permet pas d'installer une relation de confiance mais surtout une relation d'aide. La relation de confiance s'installe dans la durée il ne peut pas se faire dans l'instant présent contrairement à la relation d'aide.

## CONCLUSION

Cette conclusion sera le terme de mon travail de fin d'étude, après 9 mois de recherches, d'échanges, de partage de connaissances. Ce qui m'a permis de construire également une partie de mon identité professionnelle. C'est notamment grâce à ce travail que j'ai pu me rendre compte de l'importance de l'instauration d'une relation d'aide. Mais surtout de l'importance du soin relationnel en situation d'urgence vitale. J'ai construit ma problématique ainsi ; Quelle est la place du soin relationnel auprès du patient hospitalisé en service de médecine générale dans un contexte d'urgence vitale ?

Si cette situation devait se reproduire aujourd'hui, je serais sûrement plus serein et j'essaierais tant que la situation le pourrait, d'établir une relation d'aide et mettrais en place des soins relationnels adaptés à chaque situation d'urgence. Chaque personne est unique tout comme la situation à laquelle elle est confrontée. Je sais aussi que le travail d'équipe est aussi important dans la prise en soin globale de la situation.

Afin d'y répondre le plus correctement possible, j'ai effectué des recherches sur différents concepts prévalent qui ressortent de ma situation de départ. Élaborer un cadre de référence avec des grands concepts, qui sont les soins relationnels, les relations d'aide et de confiance, l'urgence et l'urgence vitale. Je n'ai pas pu effectuer d'entretien semi directifs comme il était prévu, car le coronavirus est venu perturber ce travail de fin d'étude.

J'ai grâce à l'élaboration de ce travail beaucoup appris, notamment en ayant approfondi mes connaissances sur l'accompagnement des personnes en situation d'urgence vitale. Ma future profession impose un important investissement personnel constant et dans la durée. Il évoluera avec des formations qui peuvent être mise en place mais aussi par différentes situations que je pourrais vivre et celles déjà vécues.

Je souhaite réinvestir tout ce que j'ai appris durant la réalisation de mon travail de fin d'étude dans ma pratique professionnelle quotidienne, que ce soit dans les services d'accueil et d'urgences, ou encore dans d'autres services comme le service de médecine générale. Prendre une personne en soin nécessite de le faire dans sa globalité, tant sur le domaine technique que relationnel.

La profession d'infirmier nécessite de se tenir informé de tous actes ou soins permettant d'améliorer la vie ou les différentes situations que le patient peut rencontrer.

## **Bibliographie :**

### **Livres :**

- <sup>2</sup> Cahiers des sciences infirmières, Soins d'urgence et de réanimation p.31 Ed : Elsevier MASSON
- <sup>4</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p315
- <sup>5</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p316
- <sup>6</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p334
- <sup>7</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p334
- <sup>8</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4ème édition, Exercice professionnel infirmier ed : Lamarre p3
- <sup>10</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p97
- <sup>11</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p362
- <sup>12</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p363
- <sup>13</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p363
- <sup>14</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4ème édition, Exercice professionnel infirmier ed : Lamarre p3
- <sup>15</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4ème édition, Exercice professionnel infirmier ed : Lamarre p4
- <sup>16</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4ème édition, Exercice professionnel infirmier ed : Lamarre p5
- <sup>17</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p357/358
- <sup>18</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p359/360

- <sup>19</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4ème édition, Exercice professionnel infirmier ed : Lamarre p52
- <sup>20</sup> Alexandre Manoukian, La relation soignant-soigné 4ème édition, Exercice professionnel infirmier ed : Lamarre p53
- <sup>21</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p364/365
- <sup>22</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p365
- <sup>23</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p365/366
- <sup>24</sup> Le développement de la personne. Carl Ransom Rogers ed : InterEditions. Pages 27 à 41
- <sup>25</sup> Hesbeen W. Humanisme soignant et soins infirmiers, un art du singulier. Editions Elsevier Masson 2017
- <sup>26</sup> Glossaire n° 3. Terminologie des soins infirmiers. Ministère de la santé. 1993
- <sup>29</sup> Manoukian Alexandre. La relation soignant-soigné, 3e ed : Rueil-Malmaison, Lamarre, 2008, p51- 60.
- <sup>30</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p427/428
- <sup>31</sup> Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, vocabulaire dynamique de la relation soignant/soigné ed : Setes p428
- <sup>34</sup> Cahiers des sciences infirmières, Soins d'urgence et de réanimation p.11 Ed : Elsevier MASSON
- <sup>36</sup> Aubert nicole. Le culte de l'urgence, flammation, 2003, p36/37.

#### **Sites internet :**

- <sup>1</sup><https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf> consulté le 18 octobre 2019
- <sup>3</sup> <https://lesdefinitions.fr/urgence> consulté le jeudi 26 septembre 2019
- <sup>27</sup> <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm> consulté le 21/12/2019
- <sup>28</sup> <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm> consulté le 21/12/2019
- <sup>32</sup> <http://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2013/11/54.pdf> consulté le 04 janvier 2020

<sup>33</sup> <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur-aigue/urgences/definition-de-l-urgence> consulté le 06 novembre 2019

<sup>35</sup> <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf> consulté le 04 janvier 2020

<sup>37</sup><https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038925636&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190814> consulté le 16 février 2020

<sup>38</sup><https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913902&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808> consulté le 16 février 2020

## Remerciements :

Tout d'abord je tiens à remercier Évelyne Bourgeois et Valérie Choquet sans qui ce projet n'aurait pas eu lieu. C'est un énorme merci pour vous !

Ensuite plus particulièrement mes parents, ma sœur, mon oncle et ma tante préféré et mon cousin et ma cousine qui de prêt ou de loin ont su me motiver, m'aider dans tous les domaines et qui ont réussi à me supporter pendant ces trois ans. Je leur tire mon chapeau.

À Mme Gillot Carine, sans qui ce projet n'aurait pas été possible dans l'immédiat et son soutien sans faille.

Un merci à Véronique Gradulone qui a passé énormément de temps à la lecture, la relecture, à corriger les fautes d'orthographe.

À Madame Quillet Julie et Mme Defresne Catherine qui ont tout fait pour que cette troisième et dernière année soit la meilleur possible : un énorme merci.

À Madame Riou pour m'avoir guidé pour la création et la guidance de ce mémoire.

À Marie, Morgane et Adrien mes meilleurs amis qui ont aussi goûté à mon mauvais caractère durant ces trois ans.

À Delphine, Christel, Caroline B, Caroline V, Stéphanie, Sandrine, Aurélie, Anaïs, Justine, Christine, Marion, Sandrine et toutes les personnes que j'oublie du service de médecine.

À Natacha, Fabienne, Laura, Magalie, Adrien, Nathalie F, Paolino, Pierre et Delphine V. Sabrina, Myriam, Mathilde et Émeline,

À Kathy Stanek pour le soutien en anglais.

Et pour finir à mes plus belles rencontres de la promotion 2017/2020 : Manon P, Blandine, Maryse, Jeanne, Camille, Mathilde G, Estelle, Miléna, Heather ...

## Résumé :

Le thème de cette étude est « la place du soin relationnel auprès du patient hospitalisé en service de médecine générale dans un contexte d'urgence vitale ». J'ai choisi de travailler sur ce thème car je trouve que les soins relationnels ont une place prévalente dans les situations d'urgence vitale. Ma question de recherche est « Quelle est la place du soin relationnel auprès du patient hospitalisé en service de médecine générale dans un contexte d'urgence vitale ? ». Pour y répondre au mieux j'ai effectué des recherches principalement sur l'accompagnement, les soins relationnels, la relation d'aide et la relation de confiance, l'urgence vitale, la communication mais aussi la personne soignée. L'objectif est de démontrer l'importance des soins relationnels en situation d'urgence vitale. Dans ma situation j'aborde la relation de confiance puisque ce sont les mots de ma patiente. Avec les recherches, j'ai notamment pu constater qu'il s'agit d'une relation d'aide puisque la relation de confiance s'installe avec le temps. C'est pour cela que l'instauration d'une relation d'aide entre le patient et le soignant est primordiale. J'ai aussi pu me conforter dans l'idée que les soins relationnels sont autant importants que les soins dit « techniques » tant que la situation d'urgence le permet. Durant ce travail de recherche de fin d'étude, j'ai notamment eu de plus amples connaissances sur les soins relationnels, sur les différents types de relations. Je pourrai mettre à profit ces connaissances aux différentes situations d'urgence vitale que je pourrai rencontrer lors de ma future profession d'infirmier.

**Mots clés :** Soins relationnels, relation d'aide, accompagnement, situation d'urgence, relation de confiance.

## Abstract :

The theme of this study is "the place of relational care with the patient hospitalized in general medicine in a life-threatening emergency context ". I've chosen to work on this topic because I find that relational care has a prevalent place in life-threatening situations. My research question is "What is the place of relational care with the patient hospitalized in the general medicine department in a life-threatening emergency context?" " To answer it as well as possible, I've carried out researches mainly on support, relational care, help, trust and communication in the nurse-patient relationship as well as on vital emergency and the care receiver, with the aim to show the importance of relational care in life-threatening situations. In the situation herein presented, I deal with "the relationship of trust" since these are the words of my patient. With my researches, I've been able to see that trust is a it is a helping relationship developing over time. This is why it is essential to establish a helping relationship between the patient and the caregiver. I've also been able to back up the idea that relational care is as important as "technical" care as long as the emergency situation makes it possible. During this final year research work, I've acquired more knowledge on relational care, on the different types of relationship, which will be helpful in the various life-threatening situations that I may encounter as a future male nurse.

**Keywords:** Relational care, helping relationship, support, emergency, relationship of trust.