



APHP / DRH / CFDC / IFSI SAINT-LOUIS

« Quand l'urgence ne doit pas occulter l'essentiel ».

Mémoire de fin d'études

- UE 5.6 S6 - Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Prénom et Nom de l'étudiante : Amandine CRUCHET

Promotion : 2018-2021

Date de remise du travail : 15 décembre 2020

Directrice de mémoire : Madame Sophie TREPANT

Note aux lecteurs :

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

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont aidée et soutenue durant la construction de mon travail de fin d'étude :

- **A ma directrice de Mémoire : Madame Sophie TREPANT, cadre formatrice de l'IFSI Saint-Louis,**
Merci pour vos conseils, votre soutien et votre aide dans la réalisation de ce travail.

- **A ma fille Louise,**
Merci pour ton amour de tous les jours et ta patience car du haut de tes 5 ans tu as su comprendre l'importance de ce travail.

- **A mes parents, ma sœur et ma famille,**
Merci pour votre amour, votre aide précieuse au quotidien et durant ces trois années d'études.

- **A ma mère, à ma tante Karine, à Julie, à Cécile, à Jean-Philippe, à Nelson et Paul,**
Merci pour le temps passé à me relire, à corriger mes fautes d'orthographe et à nos échanges qui ont permis la construction de ce travail.

- **A mes amis de toujours,**
Merci à Graz, Angel, Bruno, Cécile, Priss, Julie, Didier, Nelson de me suivre, de m'encourager dans mes choix de vie et de m'avoir supportée pendant ces trois ans. Je leur tire mon chapeau.

- **A ma promotion 2018-2021,**
Merci en particulier à Marie, Sarah G, Isabelle, Sarah S, William, Mélodie, sans qui ces études auraient été beaucoup moins drôles et également merci à chacun pour ce que vous m'avez apporté et appris lors de cette formation.

- **Aux trois professionnels de l'urgence préhospitalière,**
Merci pour le temps accordé et votre bienveillance lors de nos entretiens qui m'ont permis de réaliser ce travail de fin d'étude.

- **A l'ensemble des professionnels, et en particulier à mes tuteurs de stage,**
Merci de m'avoir accompagnée et encadrée durant ces trois années de formations, merci pour votre accueil, votre bienveillance et tous les savoirs que vous m'avez transmis.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis PASTEUR

Liste des abréviations

AMU : Aide Médicale Urgente

BSPP : Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

CSP : Code de la Santé Publique

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'État

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

ISPP : Infirmier(e) Sapeur-Pompier Professionnel

ISPV : Infirmier(e) Sapeur-Pompier Volontaire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SPV : Sapeur-Pompier Volontaire

UMH : Unité Mobile Hospitalière

VVP : Voie Veineuse Périphérique

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	SITUATION D'APPEL	2
A.	La situation	2
B.	Le questionnement initial	3
C.	La question de départ	4
III.	CADRE DE REFERENCES.....	5
A.	Le Concept d'urgence.....	5
1.	Définition de l'urgence	5
2.	Définition de l'urgence vitale	5
3.	Les caractéristiques de l'urgence préhospitalière	6
4.	Les acteurs du secours en France	7
B.	L'infirmier : généralités et spécificités.....	7
1.	Le concept des soins techniques	7
2.	Le concept de compétences	8
3.	Le concept de compétence relationnelle	12
4.	Le concept d'expérience	13
5.	Le cadre législatif de l'infirmier dans l'urgence	15
C.	Les soins relationnels dans l'urgence préhospitalière	17
1.	La personne soignée	17
2.	Les soins relationnels	18
3.	La relation soignant-soigné	19
4.	Les composantes de la relation dans l'urgence	21
a)	Définition de la relation.....	21
b)	La relation d'aide.....	22
c)	La relation de confiance.....	23
d)	La relation de soutien.....	25
e)	Les facteurs d'une relation	26
D.	La communication.....	27
1.	Le concept de communication	27
2.	La communication soignant-soigné en soins infirmiers	28
3.	Les techniques de communication	29
a)	La communication verbale.....	29
b)	La communication para-verbale.....	30

c)	Les moyens de communication non verbale en préhospitalier	31
d)	Les attitudes possibles en préhospitalier.....	33
IV.	ENQUETE EXPLORATOIRE.....	36
A.	La méthodologie d'enquête	36
1.	Choix de l'outil d'enquête	36
2.	Choix du lieu et population interrogée	36
3.	Limites, obstacles et facteurs facilitant l'enquête	37
B.	L'analyse des résultats	39
1.	Objectif de l'enquête	39
2.	Analyse interprétative et présentation des résultats :	39
a)	L'expérience et la relation soignant-soigné en préhospitalier.....	39
b)	La représentation de l'urgence vitale en préhospitalier.....	42
c)	L'influence des soins techniques sur la relation en préhospitalier.....	44
d)	La dimension relationnelle du soin dans l'urgence vitale en préhospitalier.....	47
3.	Synthèse de l'enquête et question de recherche	58
4.	Problématisation	60
V.	CONCLUSION	62
VI.	BIBLIOGRAPHIE	63
VII.	ANNEXES.....	I
1.	Annexe n°1 : Les compétences infirmières	II
2.	Annexe n°2 : Les 14 besoins de Virginia HENDERSON	III
3.	Annexe n° 3 : Le guide d'entretien	V
4.	Annexe n° 3 : L'analyse du guide d'entretien	I
5.	Annexe n°5 : Verbatim entretien IDE Jean-Philippe	VI
6.	Annexe n°6 : Verbatim entretien IDE Cécile	XII
7.	Annexe n°7 : Verbatim entretien IDE Léna	XVII

I. Introduction

Chaque année en France environ 577 800 interventions « primaires » (c'est-à-dire des prises en charge de patients en situation d'urgence médicale hors de l'hôpital) sont effectuées par les 455 Structures Mobiles d'Urgences et de Réanimations (SMUR). De nombreuses études en lien avec l'urgence préhospitalière sont effectuées, mais aucune d'entre elles ne s'intéresse à l'influence de la dimension relationnelle du soin auprès des patients pris en charge par les équipes du SMUR.

Le contexte de l'urgence préhospitalière laisse supposer que l'instauration de la relation soignant-soigné est primordiale. Il semble nécessaire d'allier les soins techniques et les soins relationnels afin de rassurer le patient et d'obtenir son adhésion aux soins.

Margot Phaneuf¹ indique que dans « *les soins infirmiers, la relation avec les patients est étroitement liée aux soins* » et que « *L'aspect technique ainsi que le relationnel sont sur un même plan* », insistant sur le rôle des soins relationnels qui « *apportent un côté plus humain dans un contexte difficile pour le malade* ».

En tant que future professionnelle, il m'est important de comprendre et d'analyser la place des soins relationnels dans les prises en charge préhospitalières. Mon mémoire est en lien avec mon vécu et mon projet professionnel car je souhaite intégrer un poste dans le domaine de l'urgence. Mon travail de fin d'étude a pour objectif de répondre à la problématique suivante : « **Quelle place l'infirmière accorde-t-elle aux soins relationnels en situation d'urgence vitale en préhospitalier ?** ».

Tout d'abord, je vais présenter ma situation d'appel qui m'a amenée à me questionner et à réaliser ce travail. Puis, je vais énoncer mon questionnement initial qui m'amènera à la question de départ déduite de celui-ci. Je vais ensuite développer mon cadre de références théoriques. Je vais présenter mon enquête exploratoire en expliquant la méthodologie utilisée, puis confronter l'analyse des entretiens réalisés avec le cadre de référence. Cette analyse va me permettre de soulever des problématiques et ainsi poser une question de recherche. Je terminerai mon travail de recherche par une conclusion de celui-ci.

¹ PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné ; rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière éducation, 2011, p. 8.

II. Situation d'appel

A. La situation

De garde aux sapeurs-pompiers de Seine-et-Marne, je suis alertée vers 8H30 pour intervenir au domicile d'une victime de 58 ans qui présente une hématomèse. Sur place, je constate la présence du médecin traitant et du mari de la victime à ses côtés. La patiente est très pâle et j'observe des larmes dans ses yeux. Le médecin nous explique la situation : la patiente présente une hématomèse, une rectorragie, des signes de détresse circulatoire ainsi qu'une angoisse importante. On note comme antécédents chez cette femme une rupture de varices œsophagiennes liée à un alcoolisme chronique. Nos actions s'enchaînent, les gestes sont effectués avec précision mais dans l'urgence nous oublions d'expliquer nos gestes à la victime, qui nous verbalise son angoisse et son inquiétude sur son état. Aux vus des paramètres vitaux inquiétants, une demande de renfort médical d'une Structure Mobile Urgence et de Réanimation (SMUR) est effectuée auprès du Centre Réception et de Régulation des Appels (CRRA) du 15. L'équipe médicale arrive sur les lieux, le médecin du SMUR demande à l'Infirmière Diplômée d'État (IDE) de son équipe de réaliser de nombreux soins techniques pour la prise en charge de cette victime. L'IDE est seule à les réaliser, ce qui génère une charge de travail importante pour elle, cependant et compte tenu de l'urgence elle réalise les gestes avec professionnalisme. La victime est rapidement perfusée, scopée et conditionnée pour le transfert de son domicile au centre hospitalier. Durant l'intervention, l'IDE du SMUR n'explique pas les gestes qu'elle réalise et l'intérêt de ceux-ci dans la prise en charge de la victime. Elle informe seulement la victime lorsqu'elle la perfuse pour éviter que celle-ci ne bouge lors de l'introduction du cathéter. La patiente verbalise de nouveau son mal-être et son angoisse, mais personne ne prend le temps de la rassurer et de répondre à ses interrogations. Le médecin informe la patiente de la gravité de son état et de l'urgence d'être prise en charge par une structure adaptée pour sa pathologie. La victime se met alors à pleurer ainsi que son mari qui assiste de loin depuis le début à la prise en charge de sa femme. Je me permets alors de donner un mouchoir à la patiente et de poser ma main sur son épaule. Les paramètres vitaux ne se stabilisant pas, le médecin nous demande de l'évacuer médicalisée en réanimation, au centre hospitalier le plus proche pour la suite de sa prise en charge. Lors du transport, le médecin et l'infirmière restent auprès de la victime à l'arrière du véhicule. Ma fonction faisant, je monte à l'avant du véhicule sans en savoir plus. Arrivés en réanimation, l'infirmière et le médecin effectuent leurs transmissions à leurs confrères devant la patiente toujours en pleurs et visiblement très inquiète de son état de

santé, ce qui a pu amplifier son angoisse. La victime est transférée dans son lit et nous quittons sa chambre, la laissant en pleurs avec l'équipe de réanimation. Cette intervention m'a interpellée par le fait que ni mon équipe de pompiers, ni l'équipe médicale du SMUR, n'ont réellement été dans le soin relationnel avec cette victime durant toute sa prise en charge.

B. Le questionnement initial

Mon questionnement concernant **les soins techniques** est le suivant :

- Dans quelle mesure la dimension relationnelle du soin s'intègre-t-elle dans le soin technique ?
- Comment l'infirmier doit s'organiser pour intégrer la technicité et le relationnel dans les soins d'urgence en préhospitalier ?
- En quoi un soin technique peut-il être une menace dans la prise de contact avec le patient et inversement, en quoi un soin technique peut-il être une opportunité pour établir un contact avec le patient ?
- Dans le cadre d'une urgence vitale, la maîtrise du geste technique permet-elle à l'infirmier d'effectuer un soin relationnel de qualité ?
- Quelle place donne l'infirmier aux soins relationnels dans l'exécution des soins techniques ?

Mon questionnement concernant **les soins relationnels** est le suivant :

- Quels moyens peut utiliser un IDE pour rassurer et prendre en charge un patient dans une situation d'urgence vitale en préhospitalier ?
- Quelle est la plus-value du soin relationnel dans la prise en charge d'un patient en préhospitalier ?
- La place de l'infirmier dans l'équipe du SMUR facilite-t-elle une relation soignant-soigné de qualité ?
- Le soin relationnel favorise-t-il une meilleure prise en charge technique ?

Mon questionnement concernant **l'urgence vitale en préhospitalier** est le suivant:

- Le stress de l'infirmière en SMUR influence-t-il la prise en charge du patient ?
- L'expérience de l'infirmière en SMUR est-elle un facteur favorisant pour une prise en soin globale d'un patient en préhospitalier ?

- Le contexte de l'urgence permet-il une prise en charge relationnelle optimale ?
- Quel est le rôle de l'IDE du SMUR dans la prise en charge en préhospitalier ?
- Comment concilier soins techniques et soins relationnels en situation d'urgence en préhospitalier dans une contrainte de temps et d'espace ?

C. La question de départ

Cette réflexion m'amène à déterminer ma question de départ :

« Quelle place l'infirmière accorde-t-elle aux soins relationnels en situation d'urgence vitale en préhospitalier ? ».

III. Cadre de références

A. Le Concept d'urgence

1. Définition de l'urgence

Selon le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, l'urgence² se définit comme suit : « Être en situation de difficulté avec la nécessité d'une action proportionnellement conséquente au problème à résoudre ». Selon le Docteur Éric Revue³ : « L'urgence relève de l'absence de prise en charge rapide qui pourrait avoir des conséquences physiques et psychiques durables. Elle nécessite une évaluation diagnostique, la mise en œuvre d'un traitement et une orientation du patient vers un parcours de soins adapté à sa situation ». Ainsi face à une urgence, il faut pouvoir réagir dans la rapidité. L'association UPSA⁴ quant à elle définit l'urgence comme étant « 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 et/ou psychologique.

Au travers de ces définitions, se reflète le contexte de l'urgence rencontré tant pour le soignant que pour le soigné. Au regard de l'urgence et du contexte de la situation, le soignant devra être en mesure de rassurer la personne soignée, dont l'atteinte peut être physique et/ou psychologique.

2. Définition de l'urgence vitale

La définition de l'urgence vitale est quant à elle décrite par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)⁵ comme suit « Les urgences vitales sont représentées par la survenue d'une détresse pouvant conduire à tout instant à un arrêt cardiaque. Elles doivent

2 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 451-452.

3 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 451-452.

4 ASSOCIATION UPSA DE LA DOULEUR. *Douleurs et urgences*. [en ligne]. [Consulté le 1 septembre 2020].

5 SFAR. *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières*. [en ligne]. [Consulté le 1 septembre 2020].

bénéficier de la prise en charge la plus précoce possible ». La prise en charge de l'urgence vitale le plus rapidement possible est nécessaire au maintien des trois fonctions vitales (circulatoire, ventilatoire et neurologique). Une prise en charge médicale efficace dans une temporalité adaptée doit permettre d'éviter le décès de la personne. Dans ce travail de fin d'étude, nous parlerons uniquement des urgences vitales en préhospitalier mais il ne faut pas oublier qu'elles peuvent intervenir également dans une structure hospitalière.

3. Les caractéristiques de l'urgence préhospitalière

L'urgence préhospitalière correspond par définition à toute prise en charge des urgences en dehors d'une structure hospitalière (domicile, voie publique etc...). Elle nécessite la mise en œuvre d'actions rapides pour la survie du patient. Ces interventions sont notamment réalisées par le SMUR. C'est un service hospitalier composé d'Unités Mobiles Hospitalières (UMH). Selon Jean-Emmanuel DE LA COUSSAYE⁶, « *Une équipe UMH est, par définition destinée à prendre en charge un patient grave et se compose donc d'un médecin, d'un Infirmier Diplômé d'État (IDE) ou un Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État (IADE) et d'un conducteur ambulancier* ». L'équipe de l'UMH utilise différents vecteurs de transport pour ses interventions, tels que le transport routier (UMH), aérien (hélicoptère ou avion) en fonction de la gravité de l'état du patient. La loi du 6 janvier 1986⁷ relative à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et aux transports sanitaires permet de définir les missions du SMUR concernant la prise en charge en préhospitalier des détresses médicales avec l'AMU et ce, tout au long de la prise en charge d'une victime jusqu'à son arrivée sur une structure hospitalière adaptée. De plus l'article D.6124-13⁸ du décret n°2006-57 du 22 mai 2006 impose la présence systématique d'un IDE ou IADE au sein d'une UMH du SMUR. Comme dans toutes les situations d'urgences, le soignant doit rassurer la personne dans la globalité de sa situation : psychique et physique. Ces situations sont sources de stress et d'anxiété pour le patient mais également pour l'entourage, parfois présent sur l'intervention. Certaines situations demandent ainsi à l'équipe une prise en

6 DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel. *Les urgences préhospitalières, organisation et prise en charge*. Paris : Masson, 2003, pp. 34-35.

7 Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale et aux transports sanitaires. [en ligne], [Consulté le 15 septembre 2020].

8 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). [en ligne], [Consulté le 15 septembre 2020].

compte de l'entourage. L'intervention doit garantir un respect de la personne soignée, de son entourage et des lieux.

4. Les acteurs du secours en France

Plusieurs acteurs participent à l'aide médicale urgente :

- Le SMUR et le SAMU (Service Aide Médicale Urgente),
- Les sapeurs-pompiers ainsi que les médecins et infirmiers sapeurs-pompiers,
- Les ambulances privées,
- Les associatifs : croix rouge, croix blanche, protection civile...
- Les médecins privés : SOS médecin, médecins libéraux...

Selon le référentiel commun de l'organisation du secours à la personne et de l'aide médicale urgente⁹, notre système de santé repose sur trois piliers : la permanence des soins, le secours aux personnes et les structures hospitalières de médecine d'urgence . Ainsi, grâce aux différents acteurs du secours, une aide médicale urgente de qualité est apportée aux patients.

B. L'infirmier : généralités et spécificités

1. Le concept des soins techniques

Les soins techniques (ou actes) font partie intégrante des soins infirmiers, mais également les soins relationnels. D'après l'ouvrage « *Le geste technique* »¹⁰, de Blandine Bril et Valentine Roux, un geste technique maîtrisé serait une habilité acquise par un apprentissage. Cet apprentissage permet la réalisation avec perfection et sûreté d'une tâche, d'un soin orienté, et ce, dans un but spécifique. Les gestes techniques du rôle propre et du rôle prescrit de l'infirmier sont définis dans les articles R4311-5¹¹ et R4311-7¹² du décret de compétences du 29 juillet 2004 du Code de Santé Publique (CSP). Le décret n°2002-194 du 11 février 2002¹³ relatif aux

9 Le comité quadripartite associant les représentants des structures de médecine d'urgence et des services d'incendie et de secours, la DDSC et la DHO : *Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, référentiel commun*. [en ligne]. Paris, 25 juin 2008. [Consulté le 3 septembre 2020], p. 5.

10 BRIL Blandine ; ROUX Valentine, *le geste technique : réflexions méthodologiques et anthropologiques*. Ramonville Saint-Agne : édition Ères, 2002, p. 8.

11 Article R4311-5 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels. [en ligne], [Consulté le 20 septembre 2020].

12 Article R4311-7 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels Modifié par décret n°2019-835 du 12 août 2019 - art. 2. [en ligne], [Consulté le 20 septembre 2020].

13 Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. [en ligne], [Consulté le 20 septembre 2020].

actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précise les actes relevant de la compétence infirmière. Ces actes requièrent une habilité, une dextérité ainsi qu'un socle de connaissances. Lors des interventions en préhospitalier, de nombreux actes doivent être réalisés, avec une maîtrise parfaite des soins techniques, par l'infirmier pour permettre le maintien des fonctions vitales du patient. La pose d'une voie veineuse périphérique, l'administration de thérapeutiques, la mise en place de matériel spécifique aux prises en charge des urgences vitales font partie de ces soins techniques.

2. Le concept de compétences

Le référentiel de formation de Berger Levrault que nous avons étudié lors de nos études en soins infirmiers, met en avant la nécessité d'une alternance entre l'acquisition des connaissances et l'acquisition des savoir-faire liés à des situations professionnelles. Ceci peut être retrouvé dans l'annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009¹⁴ relatif au diplôme d'état d'infirmier et de l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009¹⁵ relatif au diplôme d'état d'infirmier modifié par l'arrêté du 26 septembre 2014. Ces compétences décrites doivent être maîtrisées par les étudiants et attestées par l'obtention du diplôme d'état infirmier. Cependant aucune définition du terme « compétence » n'est citée dans ce référentiel. J. LE GALL et P.THIBAUT¹⁶ évoquent quant à eux deux types de référentiels :

- *« Référentiel de compétences : Liste de compétences requises pour un emploi, il se présente sous la forme d'une liste énumérant et précisant l'ensemble des aptitudes attendues pour effectuer une tâche, exercer une fonction, une profession.*
- *« Référentiel de formation : Énumération et la description des compétences à acquérir pour obtenir un diplôme ».*

14 BERGER-LEVRAULT, *Recueil de textes – profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession.* pp. 29-43.

15 BERGER-LEVRAULT, *Recueil de textes – profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession.* pp. 44-55.

¹⁶ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations.* 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 343.

Dans le cadre de la mise en place du référentiel de la formation infirmier de 2009, Evelyne TERRAT¹⁷, met l'accent sur les analyses réflexives contribuant à accompagner l'étudiant infirmier à « *Devenir un praticien autonome responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser une situation de santé, de prendre des décisions dans la limite de son rôle* ».

De plus, ce référentiel de formation infirmier détaille les dix compétences du référentiel de compétences¹⁸ nécessaires aux étudiants en soins infirmiers. (Annexe 1)

L'évaluation des compétences du référentiel des compétences en stage est effectuée grâce au portfolio, qui est l'outil permettant de mesurer la progression de l'étudiant en stage. Il est centré sur l'acquisition des compétences, des activités et des actes infirmiers.

L'évaluation des compétences du référentiel de formation au sein de l'IFSI et de la faculté, se fait par le biais d'interrogations écrites, orales, individuelles ou en groupe selon le référentiel de formation de Berger Levrault (annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009¹⁹ relatif au diplôme d'état d'infirmier modifié par l'arrêté du 26 septembre 2014).

Dans le référentiel de compétences des infirmiers en médecine d'urgence²⁰ de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), il est stipulé que « *La définition de la compétence n'est pas tout à fait arrêtée de façon consensuelle. Elle correspond à la mobilisation et à la combinaison dans l'action d'un certain nombre de ressources individuelles ou collectives : connaissances, savoir-faire techniques, savoir-faire relationnels, aptitudes et qualités* ».

Afin de définir la notion de compétence, Guy LE BOTERF²¹ (l'un des meilleurs experts et praticien du management des compétences) explique que les individus sont les propres entrepreneurs de leurs compétences. Celles-ci sont déclinées en 3 pôles :

- « *Savoir agir : qui fait appel aux connaissances, aux habilités, aux ressources du professionnel ;*

¹⁷ BERGER-LEVRAULT, *Recueil de textes – profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*, p 44.

¹⁸ BERGER-LEVRAULT, *Recueil de textes – profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*, p. 29.

¹⁹ BERGER-LEVRAULT, *Recueil de textes – profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*, p. 44.

²⁰ SFMU : *Référentiel de compétences infirmier(e) en médecine d'urgence*. [en ligne]. Paris, 25 juin 2008. [Consulté le 30 septembre 2020], p. 10.

²¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 102.

- *Pouvoir agir : qui relève du contexte organisationnel évolutif et déterminé entre autre par le type de management, les moyens disponibles, la circulation de l'information, les réseaux ;*
- *Vouloir agir : qui témoigne du sens que prend l'action pour un professionnel, de l'image qu'il a de lui dans son activité, de la confiance en lui et du sentiment de reconnaissance qu'il éprouve ».*

La compétence²² est « *une mobilisation dans l'action de savoirs combinés (connaissances générales, spécifiques à l'environnement professionnel, procédurales, cognitives, réflexives, psychoaffectives, sociales) dans une situation ou une famille de situations* ».

Ainsi pour Guy LE BOTERF²³, la compétence c'est :

- *« Un « savoir mobilisé ». Il ne suffit pas de posséder des connaissances ou des capacités pour être compétent. Il faut savoir les mettre en œuvre quand il le faut et dans les circonstances appropriées ;*
- *Un « savoir combiné ». Le professionnel doit savoir sélectionner les éléments nécessaires dans le répertoire de ressources, les organiser et les employer pour réaliser une activité professionnelle ;*
- *Un « savoir transféré ». Toute compétence est transférable ou adaptable ;*
- *Un « savoir-faire éprouvé et reconnu ». La compétence suppose la mise à l'épreuve de la réalité ».*

Dans son ouvrage « *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues : 15 propositions* », Guy LE BOTERF différencie deux termes propres à la compétence ²⁴:

- *« «être compétent », c'est être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail (activité à réaliser, événement auquel il faut faire face, problème à résoudre, projet à réaliser...). C'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoirs,*

²² LE BOTERF Guy, *Ingénieries et évaluations des compétences. 5^{ème} édition*. Paris : Éditions d'organisation, 2008, p. 54.

²³ SFMU : *Référentiel de compétences infirmier(e) en médecine d'urgence*. [en ligne]. Paris, 25 juin 2008. [Consulté le 30 septembre 2020], p. 10.

²⁴ LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues : 15 propositions. 2^{ème} édition*. Paris : édition d'organisation, 2008, p. 21.

savoir-faire, comportements, mode de raisonnement...). On se réfère ici au domaine de l'action.

- « *Avoir des compétences* », c'est avoir des ressources (connaissances, savoir-faire, méthodes de raisonnement, aptitudes physiques, aptitudes comportementales...) pour agir avec compétence ».

Il ajoute qu' « *avoir des ressources est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour agir avec compétence* ».

Selon lui, « *une personne sait agir avec compétence dans une situation donnée si :*

- *Elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources appropriées personnelles (connaissances, savoir-faire, comportement...) et de support (base de données, collègues, experts, autres métiers...)*
- *Elle sait mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente :*
 - *Pour gérer cette situation en prenant en compte ses exigences et son contexte particulier,*
 - *Afin de produire des résultats (produits, services) satisfaisant à certains critères de performances pour un destinataire (client, patient, usager...)*».

Guy LEBOTERF montre que la compétence requise (celle figurant dans le référentiel de compétence) et la compétence réelle (celle construite avec l'expérience, et construite par chaque individu), sont indissociables et liées entre elles. Elles permettent à chaque individu de constituer sa propre compétence tout en restant dans un cadre de référentiel.

Enfin, il met en évidence que le concept de compétence intègre une double dimension incluant la dimension individuelle et la dimension collective²⁵ « *Pour agir avec compétence, un professionnel doit mobiliser de multiples ressources personnelles mais également un réseau de ressources qui lui sont externes* » [...] « *La compétence d'un professionnel dépend aussi de la compétence des autres, de sa capacité à coopérer avec d'autres* ». Il considère que l'individu doit mobiliser ses connaissances et savoir-faire, mais aussi mobiliser les ressources extérieures afin d'agir avec compétence. Il écrit également qu'« *agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui* ».

25 LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. 2^{ème} édition. Paris : édition d'organisation, 2008, pp. 50-51.

Pour finir, les écrits de trois autres auteurs complètent les propos de Guy LEBOTERF :

Pour Phillippe ZARIFIAN²⁶, la compétence est une « *intelligence pratique des situations ou activités mentales mise en jeu dans l'action, qui s'appuie sur les connaissances ou savoirs formalisés* ».

Pour Philippe PERRENOUD²⁷ « *développer une compétence correspond à l'aptitude à maîtriser une famille de situations et de processus complexes en agissant dans un but précis* ».

Richard WITTORSJI²⁸ ajoute que « *la compétence correspond à la mobilisation de certains savoirs combinés dans l'action et de façon spécifique* ».

Les compétences collectives vont au-delà de la somme des compétences individuelles en situation professionnelle, elles visent la performance.

3. Le concept de compétence relationnelle

Margot PHANEUF²⁹, définit cette compétence comme étant « *celle qui vous permet de repousser vos limites et de réunir les qualités personnelles nécessaires pour communiquer avec le client et créer avec lui une relation soignant-soigné professionnelle essentielle à un accompagnement thérapeutique digne de ce nom. Cette compétence regroupe l'ensemble des traits de caractère ainsi que des habilités personnelles et professionnelles qui vous permettent de vous ouvrir à l'expérience du client, à ses paroles et à ses besoins. Il vous faut les comprendre afin d'y répondre correctement. C'est cette compétence interpersonnelle que vous devez acquérir pour prendre soin des clients et de leur famille, et pour travailler au sein de l'équipe soignante* ».

26 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 101.

27 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 102.

28 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 102.

29 PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 22.

4. Le concept d'expérience

L'expérience au sens large est décrite par Carl ROGERS³⁰ comme étant un « *processus expérientiel où le vécu, le senti et l'émotion tiennent une plus grande place. Cette approche pédagogique, thérapeutique, consiste à créer entre le soignant et le soigné un climat de confiance permettant de faciliter les changements, d'accepter de nouvelles situations* ».

Au sein d'une équipe de SMUR, la plupart des infirmiers ont l'expérience nécessaire à une pratique professionnelle adaptée à ce domaine. La spécificité du préhospitalier nécessite des compétences particulières car, comme nous avons pu le voir en amont, une prise en charge préhospitalière demande d'être efficace et rapide dans les situations d'urgence vitale pour agir dans l'intérêt du patient.

L'expérience professionnelle³¹ est quant à elle définie comme suit « *des compétences acquises par des processus cognitifs, par un ensemble de savoir-faire, tout au long de sa carrière professionnelle. Des procédures spécifiques (dispositifs légiférés) permettent de valider des acquis par l'expérience* ».

Patricia BENNER³² quant à elle décrit plusieurs niveaux de compétences infirmières : novice, débutant, compétent, performant et expert. « *Ces différents niveaux permettent de voir les compétences requises témoignant ainsi d'un processus de maturation et d'acquisition de connaissances théoriques et surtout cliniques en fonction de l'expérience professionnelle de chacun* ».

Voici les différents niveaux décrits par Patricia BENNER :

- Novice : « *Les novices n'ont aucune expérience de situations auxquelles elles risquent de se trouver confrontées. Pour les informer et leur permettre d'acquérir l'expérience tellement nécessaire au développement de leurs compétences, on leur décrit ces situations en termes d'éléments objectifs tels que des paramètres objectivement mesurables, permettant de connaître la condition d'un malade, caractéristiques identifiables sans expérience clinique. On leur apprend également des règles*

³⁰ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 181.

³¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 182.

³² BENNER, Patricia. *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson, 1995, pp. 23-34.

indépendantes du contexte pour guider leurs actes en fonction de différents éléments » [...] « *Les novices n'ont aucune expérience de la situation à laquelle elles ont à faire face, il faut leur donner des règles afin de les guider dans leurs actes* ».

- Débutante : « *Elles ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter (elles-mêmes ou sur indication d'un tuteur), les facteurs signifiants qui se reproduisent dans des situations identiques* ».
- Compétente : « *L'infirmière compétente travaille dans le même service depuis deux ou trois ans. Elle devient compétente lorsqu'elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente* » [...] « *L'infirmière compétente n'a pas la rapidité ni la souplesse de l'infirmière performante mais a bien le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable d'y faire face afin de traiter les nombreux imprévus qui sont le lot de la pratique infirmière. La planification consciente et délibérée qui caractérise ce niveau de compétence aide à gagner en efficacité et en organisation* ».
- Performante : « *L'infirmière performante perçoit les situations comme des tous et non en termes d'aspects. Ses actes sont guidés par des maximes* » [...] « *La perspective n'est pas bien réfléchie, mais se « présente d'elle-même », car fondée sur l'expérience et les événements récents* » [...] « *L'infirmière performante apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée, et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements* » [...] « *L'infirmière possède à présent une perspective lui permettant de savoir lequel des nombreux aspects et attributs existants sont importants* » [...] « *L'infirmière performante prend en compte moins de possibilités et s'oriente directement sur le problème* ».
- Experte : « *L'infirmière experte ne s'appuie plus sur un principe analytique (règle, indication, maxime) pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié. L'experte, qui a une énorme expérience comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles* » [...] « *Les expertes ne sont pas difficiles à reconnaître parce qu'elles émettent souvent des jugements cliniques ou gèrent des situations complexes d'une manière vraiment remarquable* ».

De plus, Patricia BENNER³³ définit le mot expérience dans son ouvrage. Elle explique qu' « *Il s'agit plutôt de l'amélioration de théories et de notions préconçues au travers de la rencontre de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie . La théorie offre ce qui peut être explicite et formalisé, mais la pratique est toujours plus complexe et présente beaucoup plus de réalités que l'on ne peut en appréhender par la seule théorie* ».

L'expérience nous permet une automatisation de nos techniques ainsi que la bonne maîtrise de ses connaissances et de soi-même. L'acquisition de l'expérience professionnelle reste un pilier essentiel pour une prise en charge compétente et le maintien des acquis, ce qui est aussi un élément important dans une carrière professionnelle.

Abordons désormais dans le paragraphe suivant le cadre législatif qui régit les soins d'urgence.

5. Le cadre législatif de l'infirmier dans l'urgence

Dans le cadre de l'urgence, l'infirmière pratique des actes relevant de son rôle propre, mentionnés dans l'articles R4311-5³⁴ du Code de Santé Publique : « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* ». On peut noter quelques exemples des soins que l'infirmière peut effectuer dans l'urgence vitale en préhospitalier :

- « *Aspiration des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé* »
- « *Ventilation manuelle instrumentale par masque* »
- « *Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil* »
- « *Aide et soutien psychologique* ».

³³ BENNER, Patricia. *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson, 1995, pp. 35-36.

³⁴ Article R4311-5 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels. [en ligne], [Consulté le 20 septembre 2020].

Les actes infirmiers en situation d'urgence sont également régis par le code de santé publique, dans l'article R4311-7³⁵. Il est décrit que l'infirmier est apte à pratiquer des actes en situation d'urgence en dehors d'une prescription ou d'un protocole en agissant sous prescription médicale orale : « *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* ».

Quant à l'article R4311-14³⁶ du code de santé publique, celui-ci indique l'action de l'infirmière dans le cadre de l'urgence : « *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'urgences, 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* ».

Dans le cadre des urgences préhospitalières, l'IDE est apte à pratiquer des actes urgents sur prescription orale du médecin du SMUR.

Il est précisé dans l'article R4311-2³⁷ du code de santé publique que les soins infirmiers sont de nature : technique, relationnelle et éducative : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité de relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques* ».

Pour finir avec le cadre législatif, il est important que l'infirmier tienne à jour ses connaissances comme stipule l'article R4311-10³⁸ du code de santé publique : « *pour garantir la qualité des*

³⁵ Article R4311-7 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels Modifié par décret n°2019-835 du 12 août 2019 - art. 2. [en ligne], [Consulté le 20 septembre 2020].

³⁶ Article R4311-14 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels. [en ligne], [Consulté le 21 septembre 2020].

³⁷ Article R4311-2 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels. [en ligne], [Consulté le 21 septembre 2020].

³⁸ Article R4312-10 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels. [en ligne], [Consulté le 21 septembre 2020].

soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles ».

C. Les soins relationnels dans l'urgence préhospitalière

1. La personne soignée

Cette notion semble essentielle à définir car la personne soignée est au cœur de toute relation soignant-soigné, que ce soit en milieu hospitalier ou en préhospitalier.

La personne soignée³⁹ est définie comme étant 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* ».

Le Professeur Jacques CHALIFOUR⁴⁰ définit quant à lui la personne soignée à travers cette citation : « *Tout être humain, au cours de son développement est susceptible de vivre un certain nombre de crises psychosociales. Elles constituent des moments critiques parce qu'elles représentent l'occasion de se remettre en question. Si ces crises sont vécues de façon positive, elles seront génératrices de croissance, d'apprentissage et d'accroissement de l'estime de soi. Cependant, si elles sont perçues négativement, accompagnées d'un sentiment de peur et d'une attitude de fermeture, elles pourront donner lieu à des blocages majeurs dans le développement de la personne. L'instauration d'une relation soignant-soignée permettra à la personne d'avoir une meilleure croissance de soi-même pour porter attention aux informations et prendre conscience de ses propres ressources pour interagir de façon harmonieuse* ».

Un début de relation, entre une personne soignée et un soignant, commence par la communication au moyen d'une prise de contact. Cette communication pourra se faire de manière verbale ou non verbale. Nous détaillerons ces notions dans un prochain chapitre.

39 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 306.

40 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 306.

2. Les soins relationnels

Les soins relationnels commencent par une communication entre soignant-soigné, comme expliqué dans le chapitre ci-dessus. Le terme de soin relationnel⁴¹ 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 psychologique à une personne ou un groupe* ».

Pascale GERARDIN⁴² définit les soins relationnels de la manière suivante : « *tout soin est relationnel, alors que la réciprocité 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 », laquelle est initiée dans une rencontre qui n'est ni fortuite ni optionnelle, mais provoquée par un trouble qui appelle un soin* ».

De plus, selon elle « *le soin relationnel est à défendre dans une prise en charge globale comme le stipule le décret N°2004-802 du 29 juillet 2004. C'est une manière de réintroduire de l'humain et il se situe en contrepoids de l'essor du (soin) technique. Cela étant, la crainte est que le patient devienne objet de soin, dans le sens où c'est le soignant qui déterminera ce qui est bon pour ce dernier et qui dispensera le soin relationnel avec l'écueil de conduite de maîtrise sur l'autre. Le soin relationnel devrait être à l'initiative du soigné s'il le demande de manière explicite ou implicite* ».

Dans son ouvrage, le Docteur Valette⁴³ décrit que la prise en charge d'une personne dans un contexte d'urgence commence par les soins relationnels. Un entretien débute sans geste technique et se poursuit par la mise en place de gestes techniques, comprenant des examens approfondis cliniques et paracliniques .

Les soins relationnels font partie intégrante d'une prise en soin globale du patient. Dans les situations d'urgence vitale, les soins relationnels sont mis en place ainsi que les soins d'urgences. Cependant, il peut arriver que la situation d'urgence vitale, impose des soins

⁴¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, pp. 408-409.

⁴² GERARDIN, Pascale. *Le soin relationnel en gériatrie*. Soins gérontologiques. 10/12/2000, vol.15, n°86, pp. 24-26.

⁴³ VALETTE, Pierre. *Éthique de l'urgence, urgence de l'éthique*. Paris : Puf, 2013, p. 57.

techniques d'urgence pour concourir au maintien de la vie du patient, mettant ainsi les soins relationnels au second plan sans pour autant les oublier. Des outils utiles aux soins relationnels peuvent être mis en place malgré le contexte de l'urgence comme la relation, la communication, le toucher, parfois la négociation et la médiation.

3. La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné se produit lors de la rencontre d'une personne soignée et d'un professionnel de santé dans un contexte de soins particuliers. La personne soignée fait face à une situation non prévue, qui nécessite des soins en urgence, essentiels à son maintien en vie. La communication établie entre le soigné et le soignant sera déterminante pour la relation qui va se créer autour de cette prise en soin.

Alexandre Manouchian⁴⁴ décrit cette relation comme étant une « *rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ; nous pouvons alors compléter notre définition par l'énumération d'autres facteurs intervenant dans l'établissement d'une relation :*

- *Les facteurs psychologiques : principalement les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication, etc...*
- *Les facteurs sociaux : l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture ainsi que les rôles et fonctions de chacun ;*
- *Les facteurs physiques : les perceptions propres à chacun, l'aspect physique... ».*

Alexandre MANOUKIAN stipule également dans cet ouvrage qu' « *au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire son sens* ».

Il précise que « *cette relation*⁴⁵ *nécessite trois attitudes :*

- *Un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments ;*
- *Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu ;*

44 MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*. 4^{ème} édition Paris : édition Lamarre, 2014, p. 5.

45 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 349.

- *Un minimum de disponibilité* ».

Cette relation soignante⁴⁶ « *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 Jacques CHALIFOUR⁴⁷ 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, liberté et créativité* ».

Carl ROGER⁴⁸ quant à lui, souligne que « *Plus le client (personne soignée) voit dans le thérapeute un être vrai ou authentique empathique, lui portant un respect inconditionnel, plus il s'éloignera d'un mode de fonctionnement statique, fixe, insensible et impersonnel, et plus il se dirigera vers une sorte de fonctionnement marqué par une expérience nuancée. Il résulte de ce mouvement une évolution de la personnalité et du comportement dans le sens de la santé et de la maturité psychique et de rapports plus réalistes avec le moi, les autres et le cadre extérieur* ».

Pour Françoise BOURGEOIS⁴⁹ « *toute la complexité de la relation soignant-soigné réside dans l'intrication des relations humaines et de celles de soins. La force du soignant réside principalement dans sa capacité à prendre du recul dans sa pratique, au fait de travailler en équipe, de verbaliser, de transmettre les situations rencontrées pour trouver l'équilibre entre l'humanité et le professionnalisme. A l'heure des procédures et des protocoles de soin, les mécanismes relationnels sont très complexes, parfois inexplicables mais infiniment riches. Ils ne peuvent se réduire à un exercice technique, aussi professionnel soit-il* ».

46 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 349.

47 BLATTNER B, *holistic Nursing. Englewood cliffs, pretentice*. Hall, cité par CHALIFOUR jacques ; l'intervention thérapeutique : le fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide (vol1), pp. 99-118.

48 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 349.

49 BOURGEOIS, Françoise. *L'entretien informel, une expertise clinique*. La revue de l'infirmière. Janvier-février 2010, vol 59,n°157, pp. 42-43.

C'est ainsi qu'au travers de ces différentes définitions, nous pouvons nous rendre compte de l'importance de la création de cette relation soignant-soigné. Cette relation, permettra une prise en soin idéale du patient dans un contexte hospitalier mais également en préhospitalier. Il semble essentiel de transmettre les informations au patient, notamment dans les situations d'urgence vitale. Il est nécessaire que celui-ci comprenne l'objectif de sa prise en charge et que les soins soient réalisés le plus rapidement possible afin de limiter l'aggravation de son pronostic vital.

4. Les composantes de la relation dans l'urgence

a) Définition de la relation

Dans un premier temps, définissons le terme relation . D'après les auteurs de l'ouvrage « *Le métier d'infirmière en France* »⁵⁰, « *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'aider à se prendre elle-même en charge. L'action de l'infirmière sur la personne et son environnement permet 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 de vécu de la personne soignée, dans le cadre de la démarche des soins, ou de l'alliance thérapeutique* ». L'infirmière tente ainsi de trouver des réponses face aux besoins du patient. Cela est d'autant plus perceptible en situation d'urgence, du fait de la majoration de son angoisse et de son stress. Cela démontre l'importance d'établir une relation de qualité pour le soutenir.

Alexandre MANOUKIAN⁵¹ explique qu' « *être en relation n'exige pas nécessairement un temps particulier pendant lequel nous aurions le loisir de discuter. Le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation* ».

50 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 349.

51 MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*. 4^{ème} édition Paris : édition Lamarre, 2014, p. 3.

Louis MALABEUF⁵² propose de prendre en compte quatre niveaux de relation soignant-soigné en les décrivant ainsi :

- *« La relation de civilité : correspond au rituel social de reconnaissance de l'autre, qui fait partie des règles de civilité, tels que frapper avant d'entrer, dire bonjour, se présenter, serrer la main. On n'y prête pas vraiment attention, lorsque ces rituels sont pratiqués, néanmoins leurs absences peuvent être lourdes de conséquences et marquer notamment une impolitesse, un manque de respect, du mépris.*
- *La relation dite « fonctionnelle » : correspond en général à une fonction d'investigation par le biais de recueil d'information pour orienter la prise en soin.*
- *La relation de compréhension, de soutien et de réassurance : exprime dans un début d'empathie et par le biais d'une écoute attentive.*
- *La relation d'aide thérapeutique : se met en place progressivement par l'instauration d'un climat de confiance dans le respect d'au moins deux préalables que sont : le temps minimum à consacrer au malade et, pour soi-même, un minimum de « disponibilité » psychologique ».*

Dans la situation des urgences préhospitalières, il semble important de détailler les relations soignant-soigné possibles à mettre en place. Nous parlerons de la relation de confiance et de la relation de soutien. Le contexte de l'urgence préhospitalière met en évidence plusieurs facteurs favorables et défavorables à prendre en compte par le soignant pour établir ces relations : la temporalité, les lieux d'interventions, les contextes associés, le stress et la demande du patient.

b) La relation d'aide

Pour Marie-Claude DAYDÉ⁵³, il paraît important *« de ne pas qualifier de relation d'aide toutes celles qui s'engagent dans le cadre des soins, même si ceux-ci comprennent une dimension relationnelle. Cette confusion favorise les glissements de rôle et les interventions inadaptées, sources de conflits dans les équipes ».*

⁵² MALABEUF Louis. *La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*. Soins formation-pédagogie-encadrement. 4ème trimestre 1992, n°4, pp. 4-5.

⁵³ DAYDE Marie-Claude. *La relation d'aide en soins infirmiers, aspect réglementaires et conceptuels*. Soins. Décembre 2008, vol 53, n°157, pp. 35-38.

De ce fait, la relation d'aide ne semble pas être la plus adaptée à cette pratique professionnelle du préhospitalier. Effectivement, des limites à la relation d'aide nous font penser que ce type de relation n'est pas possible dans son intégralité dans le contexte des prises en charge en préhospitalier. Citons comme exemple les lieux des interventions, il faudrait pour que cette relation soit efficace que le patient soit dans un lieu isolé afin de respecter la confidentialité des propos et ne pas être dérangés. Or, dans les prises en charge en préhospitalier, plusieurs acteurs entrent en jeu comme le médecin, les sapeurs-pompiers, la police, les familles, l'entourage et les témoins. De plus, les lieux d'interventions ne sont pas idéalement propices au calme, ce qui limite ainsi ce type de relation. Le patient ne peut avoir une disponibilité physique et psychologique du fait de la gravité de son état, mettant également une limite à cette relation. La temporalité des interventions en préhospitalier rend difficile la mise en place de cette relation dans sa globalité.

c) *La relation de confiance*

La relation de confiance est applicable dans le contexte de l'urgence préhospitalière et d'autant plus dans ces situations difficiles à vivre pour le patient. Elle s'impose naturellement au soignant et au soigné. Ce qui implique de la part du soignant un engagement supplémentaire. Ce dernier doit être en mesure d'encourager, de rassurer et d'accompagner le patient tout au long de sa prise en soin qu'elle soit courte ou longue.

Pour le dictionnaire de l'Académie Française⁵⁴, la confiance c'est l'« *espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de loyauté d'autrui* ». La confiance apporte un sentiment de sécurité entraînant toutes formes de confidences associées à l'espoir et la communication par le patient de ses besoins.

Hildegarde PEPLAU⁵⁵ « *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.*

⁵⁴ DICTIONNAIRE ACADEMIE. *Dictionnaire*. [en ligne]. [Consulté le 30 septembre 2020].

⁵⁵ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4ème édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 346.

- *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 ».*

De plus Margot PHANEUF⁵⁶ explique au travers de son ouvrage que « *Le client a besoin de se sentir en sécurité, d'avoir de l'espoir ainsi que l'assurance qu'il recevra de bons soins . Or, seule une soignante attentive, responsable et digne de confiance peut combler ce besoin. Le client perçoit alors qu'il peut s'en remettre à elle, qu'elle peut le comprendre, qu'elle sera présente en cas de complication et qu'il ne sera pas déçu* ».

De plus Margot Phaneuf⁵⁷, décrit la relation comme :

- *« Essentielle à la qualité des soins ;*
- *S'établissant grâce à la qualité des soins prodigués ;*
- *Se crée lorsque le client est certain qu'il peut s'en remettre à vous pour la satisfaction de ses besoins courants et même en cas de complication de son état ;*
- *Un rapport soignant-soigné empreint de sérieux et de sens des responsabilités ;*
- *La base sur laquelle peut se construire la relation d'aide ;*
- *Essentielle à l'établissement d'un partenariat de soins qui reconnaît la compétence du soignant ainsi que la collaboration du client et de sa famille avec les intervenants ».*

Margot Phaneuf⁵⁸ ajoute également que « *Le développement de la confiance n'est pas instantané, il s'agit 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* ».

Le soignant a un rôle important dans l'instauration de cette relation et notamment en préhospitalier où le soigné doit faire rapidement confiance au soignant. Le soignant doit être en

56 PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2ème édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 133.

57 PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2ème édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 134.

58 PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné ; rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière éducation, 2011, p. 249.

mesure de permettre l'instauration de cette confiance. Pour garantir cette confiance, le soignant doit faire preuve d'habileté communicationnelle et d'une qualification professionnelle.

d) *La relation de soutien*

Dans ce dernier paragraphe sur les relations en préhospitalier, nous aborderons la relation de soutien. Cette relation est définie dans le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine⁵⁹ de la manière suivante : « *Type de relation qui, s'appuyant sur les ressources psychiques du patient tout en respectant ses moyens de défense, vise à rendre celui-ci le plus autonome possible par un travail psychologique nécessitant sa collaboration. Elle diffère dans son principe de la classique relation d'aide, issue d'une tradition séculaire de charité qui consiste à se substituer au sujet dans une attitude plus ou moins directive* ».

Louis MALABEUF⁶⁰ décrit la relation de soutien qui constitue d'après lui le 3^{ème} niveau de relation ainsi : « *Cette relation de compréhension et de soutien s'exprime dans un début d'empathie. Elle passe généralement par une écoute active, par une tentative de dédramatisation des situations* » ; ce qui permet de soutenir le patient par le biais d'une écoute active. Il ajoute que « *c'est une relation chaleureuse que le malade apprécie d'autant plus qu'il redevient à ce moment-là sujet malade avec ses émotions, ses difficultés, ses craintes, ses hésitations, ses peurs à dire* ». De plus, « *cette relation-là implique déjà que le soignant accepte de voir le malade et la maladie autant par la fenêtre psychologique que par les habituelles fenêtres médicales, biologiques et écologiques. Elle renvoie à une conception plus interactionniste du soin infirmier, où la relation devient une technique de soin dans laquelle le soignant est son propre instrument thérapeutique de base* ».

Ce niveau demande donc le développement d'une bonne qualité relationnelle par le soignant.

La personne soignée perçoit ainsi qu'elle n'est pas seule dans sa problématique et que le soignant est là, à ses côtés pour l'aider à cheminer, à répondre à ses interrogations et diminuer ses angoisses face à la situation .

Marie-Claude DAYDE⁶¹ détaille dans son article, que « *la relation aidante, ou de soutien, qui s'instaure spontanément en réponse à un besoin d'écoute de la personne. Elle permet l'accueil*

⁵⁹ Dictionnaire Académie Médecine. *Dictionnaire*. [en ligne]. [Consulté le 30 septembre 2020].

⁶⁰ MALABEUF Louis. *La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*. Soins formation-pédagogie-encadrement. 4^{ème} trimestre 1992, n°4, p. 5.

⁶¹ DAYDE Marie-Claude. *La relation d'aide en soins infirmiers, aspect réglementaires et conceptuels*. Soins. Décembre 2008, vol 53, n°157, pp. 35-38.

des émotions de la personne soignée et de ses proches. Elle répond aux besoins de sécurité et d'estime de soi et fait appel à des attitudes et des habilités communes aux soignants et qui doivent être intégrées dans leur formation initiale : écoute active, empathie, authenticité, reformulation ».

Afin de compléter les propos des auteurs déjà cités auparavant, Maurice LIEGOIS⁶² explique que la relation de soutien est « *souvent utilisées pour encourager : nous voulons apporter un encouragement, une consolidation, une compensation, une sécurisation, une rassurance . Nous pensons qu'il faut éviter de dramatiser nous cherchons à positiver, à calmer, à faire patienter, à faire prendre du recul ».*

Pour conclure sur ce chapitre, nous pouvons voir que la relation dans le contexte de l'urgence reste une étape importante dans les prises en charge et ce, en préhospitalier. Cette relation, quel que soit son type semble indispensable pour le soignant envers son patient. Ces relations semblent essentielles à la prise en soin d'un patient tant en milieu hospitalier quand préhospitalier. Ceci permet au patient une prise en charge multidimensionnelle tant sur le plan physique que psychique.

e) Les facteurs d'une relation

Pour Alexandre Manoukian⁶³, « *les facteurs d'une relation sont nombreux :*

- *Les partenaires, avec leurs cultures, leurs histoires, leurs âges, leurs psychologies, leurs désirs, leurs perceptions, leurs statuts et rôles sociaux, leurs affectivités ;*
- *La communication verbale, avec les paroles et le ton : la communication non verbale, avec les gestes, les mimiques, les positions corporelles, les attitudes, les accessoires tels que les vêtements, les instruments ou les bijoux par exemple ».*

De plus, il énonce que « *Le sens de la relation dépend de la conjugaison de tous ces facteurs. Certains éléments peuvent se contredire et compromettre les échanges. L'affectivité, les enjeux des partenaires et le contexte influencent, précisent ou perturbent le sens de la relation ».*

⁶² LIEGOIS, Maurice. *L'entretien de soutien psychologique*. 2^{ème} édition. Rueuil-Malmaison : Lamarre, 2012, p. 17.

⁶³ MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*. 4^{ème} édition Paris : édition Lamarre, 2014, p. 9.

Néanmoins, il ne faut pas négliger cette relation soignant-soigné, Margot PHANEUF⁶⁴ explique que dans « *les soins infirmiers, la relation avec les patients est étroitement liée aux soins* ». De plus, elle ajoute que « *l'aspect technique ainsi que le relationnel sont sur un même plan, mais que les soins relationnels apportent un côté plus humain dans un contexte difficile pour le malade* ».

Des facteurs peuvent donc intervenir dans l'établissement d'une relation, tant pour le professionnel que pour le soigné. Ces différents facteurs peuvent influencer cette relation soignant-soigné et la rendre complexe. Il est donc essentiel d'en tenir compte, dès lors que nous établissons une relation avec un patient.

D. La communication

1. Le concept de communication

La communication permet d'émettre un message entre deux voire plusieurs personnes. Dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières⁶⁵ « *l'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission (mécanisme physique de la communication, par exemple téléphone, message électronique...).* Le récepteur reçoit et décode le message, en s'assurant qu'il utilise le moyen adapté pour cela. Si le récepteur répond, il devient émetteur et c'est ce qu'on appelle le *feed back*. Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation ».

Margot PHANEUF⁶⁶ complète ces propos en indiquant que « *La communication est la base de tous les rapports humains* ». [...] « *La communication est un besoin fondamental de l'être humain et une nécessité pour vivre avec ses semblables* ».

Rappelons que selon le modèle conceptuel de Virginia HENDERSON, le besoin de communiquer fait partie des quatorze besoins fondamentaux. (Annexe 2)

64 PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné ; rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière éducation, 2011, p. 8.

65 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 94.

66 PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné ; rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière éducation, 2011, p. 3.

2. La communication soignant-soigné en soins infirmiers

Étymologiquement, le terme communication vient du latin « communicare » qui signifie mettre en commun.

Pour Antoine BIOY⁶⁷, le lien relationnel de cette communication est « *ici celui du soin, élément fondamental qui influence l'ensemble des échanges qui auront lieu dans la relation.* » [...] « *Il s'agit en effet d'un lien de nature professionnelle où chacun des protagonistes a une place bien précise* » [...] « *Dans cette relation, les capacités de communication du soignant améliorent la satisfaction de la personne soignée, son acception au traitement et aux actes techniques, ainsi que la capacité du soignant à diagnostiquer (à raisonner) pour traiter les patients* ».

Selon Margot PHANEUF⁶⁸, « *La conversation est généralement ce que l'on associe à la communication, puisqu'elle demeure la forme d'interaction sociale importante en soins infirmiers avec vos clients et mes autres intervenant du milieu* ». Cette communication en soins infirmiers, « *permet d'établir un contact avec le client et de faciliter la création, avec lui d'une relation de confiance. Les conversations significatives sont importantes en soins infirmiers, puisqu'elles transmettent aux clients vos informations concernant leur état de santé, leurs préoccupations ou leurs soins, de même qu'un soutien affectif dans leurs moments difficiles. La communication est un instrument de soin* ».

De plus, Margot PHANEUF⁶⁹ explique qu'« *En soins infirmiers, la communication occupe une place importante, puisqu'elle vous permet d'expliquer au client ce que vous devez faire, de lui transmettre de l'information, de lui faire savoir que vous comprenez ce qu'il vit alors que, de son côté, il peut vous exprimer ses plaintes et ses besoins. C'est ainsi que se crée la compréhension mutuelle nécessaire à la relation soignant-soigné qui doit accompagner le client tout au long de son épisode de soins* ».

Cette communication est essentielle afin de permettre au soignant et au soigné d'entrer en contact et en relation. Elle rend ainsi possible pour le patient une bonne prise en soins, et ce,

67 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, pp. 98-99.

68 PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 54-55.

69 PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 54-55.

dans toutes les situations. Parfois elle n'est pas évidente à instaurer. C'est pourquoi, dans le cadre de nos études infirmières, la communication fait partie d'une compétence que l'infirmière doit acquérir au travers des stages et des apprentissages au regard de l'annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009⁷⁰ relatif au diplôme d'état d'infirmière, plus précisément dans la compétence 6 : « *communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin* ».

3. Les techniques de communication

Selon Jacques CHALIFOUR⁷¹, « *dans un entretien, les modes de contacts (les sens et les habilités à percevoir ceux-ci pour établir un échange durable de qualité) permettent à l'intervenant de manifester sa présence et son intérêt envers le client (personne soignée), de capter les messages conceptuels et affectifs que le client lui transmet et ainsi, de déclencher en lui des réactions cognitives et affectives. Il s'agit aussi d'informer le client de ce qu'il comprend du message reçu et de son effet sur lui. Ces modes de contact relèvent de techniques liées à la communication verbale et non verbale* ».

Dans les paragraphes suivants, nous allons démontrer qu'il existe deux types de communication : la communication verbale et la communication para-verbale.

a) La communication verbale

Selon Margot PHANEUF⁷², « *la partie verbale de la communication repose sur la parole, c'est-à-dire sur le choix des mots utilisés et sur leur agencement. Par sa clarté et sa signification, la communication verbale est l'instrument privilégié de la transmission de l'information et de nos échanges avec les clients. Cette communication exprimée par des mots est toutefois difficile à séparer du contexte dans lequel elle est transmise de même que des expressions de la figure et des gestes qui l'accompagnent* » [...] « *en soins infirmiers, la*

⁷⁰ BERGER-LEVRAULT, *Recueil de textes – profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*, p. 38.

⁷¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 99.

⁷² PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 54-55.

communication verbale occupe une très grande place, que ce soit avec vos clients et leur famille ».

Cette communication verbale demande une adaptation de la part du soignant pour faciliter la compréhension du patient et une transmission des informations essentielles à la prise en soin de celui-ci. Une communication efficace dépend également de la compréhension du patient aux explications du soignant concernant sa prise en soin. Sur un plan éthique, un soin ou un examen ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient comme le stipule l'article R.4312-14⁷³ du code de déontologie des infirmiers. Cela signifie que la communication verbale a une place importante dans la prise en charge du patient pour pouvoir obtenir son consentement.

b) La communication para-verbale

Selon Margot PHANEUF⁷⁴, la communication non verbale est *« celle qui ne se transmet pas par des mots, mais des expressions faciales, des gestes et une posture. Nous accordons une grande importance au langage verbal, mais nous ne réalisons pas toujours la portée du langage non verbal qui émane de tout ce que nous sommes et de tout ce que nous faisons »* [...] *« Nos yeux, notre visage, tout notre corps expriment nos pensées et nos émotions de manière souvent plus éloquente que nos paroles »* [...] *« l'impact de votre comportement verbal, c'est-à-dire du ton de votre voix, de votre expression verbale faciale, de vos gestes et de votre posture, est très fort et il se modifie au fil de vos échanges ».*

Elle ajoute *« Ce que vous ne rendez pas suffisamment explicite par vos paroles transparait souvent dans vos expressions faciales, votre posture et vos gestes »* [...] *« Le langage non verbal est l'instrument par excellence de contact entre les humains et de soutien des échanges verbaux »* [...] *« Comme vos expressions accompagnent, amplifient ou prolongent vos paroles et qu'elles sont les véhicules de vos émotions et de vos sentiments, leur importance devient très grande dans la création de la relation soignant-soigné. Votre sourire et votre expression*

⁷³Article R4312-14 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels. [en ligne], [Consulté le 21 septembre 2020].

⁷⁴ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 62-63.

d'accueil sont des atouts de taille, tout comme le fait de toucher la main d'une personne anxieuse en posant sur elle un regard bienveillant ».

Cette auteure met l'accent sur l'importance de la communication non verbale⁷⁵ dans les soins infirmiers « *Dans le domaine des soins, où les interactions soignant-soigné se font souvent dans un climat de tension, d'anxiété ou de douleur, le comportement non verbal du client est important à observer* » [...] « *ce langage est explicite et puissant, mais parce que les signaux non verbaux sont parfois subtils, nous n'y attachons pas toujours une importance suffisante. Pourtant, ils peuvent communiquer des intentions et des émotions que les mots n'arrivent pas à traduire avec autant de clarté* ».

Dans ce type de communication, les paroles sont remplacées, le corps prend le relais et exprime alors nos pensées et nos émotions avec plus d'intensité que ces dernières. Cette communication permet également d'établir des liens entre le soignant et le soigné facilitant ainsi la création d'une relation de confiance. De ce fait, cette communication est un outil non négligeable de la relation soignant soigné et constitue également un moyen de communication à part entière.

c) Les moyens de communication non verbale en préhospitalier

De nombreux moyens existent pour une communication non verbale. Dans le cadre des urgences en préhospitalier, les moyens suivants peuvent être utilisés :

- Le regard⁷⁶ : « *Le regard franc et direct de la soignante est l'indice d'une communication honnête et authentique. Il montre sa considération pour le client et son intérêt pour son état. Cet échange de regard peut mettre le client en confiance et l'inciter à s'exprimer puisque le contact visuel représente une caractéristique de l'attitude d'écoute* ».

⁷⁵ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p.66.

⁷⁶ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 68.

- Le sourire⁷⁷: « le sourire prend une grande importance. Particulièrement en soins infirmiers, le contact avec des personnes souffrantes rend souvent le climat des échanges très lourds. Un sourire est un rayon d'optimisme » [...] « Mais celui-ci, comme d'autres manifestations non verbales doivent toujours être authentiques, c'est-à-dire approprié à la situation ».
- Le rire⁷⁸ : « Comme l'humour qui le déclenche, il peut avoir sa place en soins infirmières pour créer un climat de détente » [...] « L'infirmière, à l'affût des besoins du client, est l'investigatrice majeure de la communication, et elle doit comprendre quand et comment elle peut utiliser l'humour et le rire pour l'aider à retrouver un peu de joie de vivre » [...] « En soins infirmières, son but est de réduire les tensions ».
- La voix⁷⁹ : « La voix est un instrument sensible qui vibre avec vos émotions. Elle prend une importance particulière lorsque vous exprimez de l'intérêt et de la compassion pour le client; la gestuelle, la posture, la distance, le toucher, le silence. Votre voix ne doit pas être en désaccord avec le message que vous voulez transmettre ni avec l'état physique et émotif de la personne soignée. Elle doit être douce, calme et respectueuse, mais elle peut au besoin devenir posée et affirmative lorsque vous vous adressez à une personne agressive » [...] « au cours d'une conversation avec un client, il est important de garder un ton et un rythme anormaux et détendus ; cela aide le client à bien entendre et à comprendre ce qui lui est dit. Un rythme de parole trop rapide peut entraîner une confusion ».
- Les silences⁸⁰: « Lors d'une interaction avec le client, il arrive que des silences suspendent les échanges tant chez lui que chez la soignante. Ces situations sont souvent chargées émotionnellement, à tel point que leur intensité bloque la parole. Vous devez reconnaître ces moments de transition et respecter l'émotion qu'ils font naître en gardant, vous aussi, un silence respectueux pendant quelques instants ».
- Les mouvements, la posture et la démarche⁸¹: « la posture d'une personne, son maintien et ses attitudes corporelles nous renseignent sur son état émotif, que ce soit celui de

⁷⁷ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 72.

⁷⁸ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 72-73.

⁷⁹ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 74.

⁸⁰ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 79.

⁸¹ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 74.

l'infirmière ou du client. Les mouvements et les attitudes du corps manifestent, eux aussi, nos réactions, nos intentions et nos émotions ».

- La gestuelle⁸² : *« L'ensemble des gestes de nos membres qui accompagnent la pensée et la parole » [...] « Elle peut traduire notre nervosité, notre impatience et même notre anxiété ».*
- La distance⁸³ : *« L'utilisation de l'espace entre les personnes est particulièrement importante à considérer en soins infirmiers » [...] « Au cours des soins, la distance physique devient forcément plus restreinte » [...] « Votre relation avec le client demeure de nature professionnelle, ce qui signifie que vous êtes émotionnellement proche de lui, tout en gardant une distance physique qui varie selon les circonstances » [...] « les soins demandent une grande proximité, alors que la conversation peut se faire à une distance plus éloignée ».*
- Le toucher⁸⁴ : *« Au cours des soins, le toucher prend un sens très important pour le client qui a besoin de réconfort. Nous parlons alors de toucher intentionnel, aussi appelé « toucher affectif ». C'est un comportement non verbal très puissant qui devient une expérience à caractère plutôt personnel. Relevant d'un mode de communication archaïque, développé au cours de l'évolution humaine, le toucher est direct et profond. Il transmet parfois plus facilement nos émotions et nos intentions que peuvent le faire nos mots ».*

d) Les attitudes possibles en préhospitalier

Pour définir le terme « attitude », l'auteur Gaston MIALARET⁸⁵ explique que : *« l'attitude relève de l'organisation « des processus motivationnels, perceptifs, cognitifs, affectifs, qui influencent la conduite de l'acteur : infirmier, personne soignée, stagiaire..., placé dans une situation donnée, l'amenant à sélectionner les informations et à orienter sa réaction de façon*

⁸² PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 72-73.

⁸³ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 76.

⁸⁴ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 82.

⁸⁵ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 55.

spécifique ». Selon Jacques CHALIFOUR⁸⁶, « *une grande importance est accordée aux attitudes du soignant et à sa façon de les manifester de ses rapports avec la personne soignée (le client)* ».

Dans ce dernier paragraphe, nous allons aborder les attitudes pouvant être mise en œuvre dans la prise en charge en préhospitalier d'un patient en situation d'urgence vitale :

- L'attitude d'écoute : Pour Margot PHANEUF, le processus d'écoute⁸⁷ est « *l'une des qualités la plus importantes que vous devez développer pour créer ce lien privilégié qu'est la relation soignant-soigné* ». Elle ajoute aussi que « *Les premiers comportements nécessaires à la communication sont ceux qui montrent que vous écoutez. C'est sur eux que se construit une relation signifiante avec le client : sans une bonne écoute, rien ne se passe entre lui et vous* » [...] « *l'écoute est un phénomène complexe, fait d'observation et d'attente de ce que l'autre dit, et d'attention à l'égard de tout ce qu'il révèle verbalement et non verbalement. L'écoute mobilise votre personne entière : vos oreilles pour entendre, vos yeux pour voir, votre corps pour vous tendre vers l'autre et demeurer attentive, ainsi que votre intelligence pour comprendre ce qu'il manifeste* » [...] « *En soins infirmiers, l'écoute est fondamentale, et ce, dans toutes les formes de relations, qu'il s'agisse d'une relation de tous les jours ou d'une relation d'aide en cas de difficulté particulière* ».

- L'attitude empathique : D'après Margot PHANEUF une attitude empathique⁸⁸ « *est la manifestation d'un sentiment profond qui vous porte à comprendre la difficulté du client « comme si » elle était la vôtre, comme si vous étiez à sa place et viviez exactement ce qu'il vit, mais sans en porter la souffrance. C'est ce qui vous permet de lui apporter le réconfort dont il a besoin* » [...] « *L'empathie apporte au client le réconfort d'une compréhension profonde de ce qu'il vit, mais ce ne doit pas être seulement une réaction intérieure. Elle doit s'extérioriser par une expression faciale, un ton de voix, des paroles*

⁸⁶ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 55.

⁸⁷ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 96-97.

⁸⁸ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 189.

en accord avec la situation, et, selon le cas, par le toucher intentionnel qui communique, de manière non verbale, un désir d'apaisement ».

- L'authenticité : Pour cette auteure, l'authenticité⁸⁹ est une manifestation de spontanéité chez la soignante. « *Le professionnalisme de vos relations avec le client rend parfois ces contacts conventionnels et un peu artificiels. L'authenticité vous permet de rester vous-même avec le client. Le fait de vous exprimer avec naturel et sincérité créé un lien de confiance avec lui* » [...] « *l'authenticité apporte à vos interventions un caractère de naturel et de spontanéité qui vous autorise à demeurer simple et capable d'exprimer ce que vous ressentez, si vous croyez que cela peut être bénéfique pour le client* ».
- Le respect chaleureux : Pour Margot Phaneuf « *ce respect est dit chaleureux, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas seulement d'une manifestation de déférence distante, mais bien d'une considération particulièrement bienveillante* » [...] « *C'est donc de lui (cliente) manifester de l'estime, la traiter avec politesse, l'accueillir et l'accepter avec ses différences, ses besoins, son expérience de vie et ce qu'elle est devenue comme être humain. C'est lui reconnaître la capacité de vivre de manière constructive, en prenant ses propres décisions, tout cela dans la bienveillance* ».
- L'attitude bienveillante⁹⁰ : « *C'est une technique de soin ou attitude formée à l'écoute de l'autre, la bienveillance est un objectif institutionnel visant la qualité des relations pour faciliter un soin* ». Marie DE HENNEZEL⁹¹ souligne l'importance du regard, de la parole afin d'être « *considéré comme une personne et non comme un objet de soins* ».

⁸⁹ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 197.

⁹⁰ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 72.

⁹¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 73.

IV. Enquête exploratoire

A. La méthodologie d'enquête

1. Choix de l'outil d'enquête

L'entretien semi-directif m'a semblé être l'outil le plus approprié pour traiter le thème de mon mémoire plutôt qu'un questionnaire. En effet, ce type d'entretien permet aux personnes interrogées de développer leurs réponses au vu de leurs expériences. J'ai choisi de réaliser trois entretiens semi-directifs auprès de professionnels afin d'avoir un contact direct et ainsi observer leurs réactions et leurs expressions verbales et non verbales face aux questions posées. Mon guide d'entretien se compose de onze questions ouvertes permettant aux professionnels de s'exprimer librement. Celui-ci se compose également de questions de relance pour amener les professionnels à étayer leurs réponses, et ainsi m'aider à obtenir plus d'informations ou à recentrer l'entretien sur mon sujet. L'entretien semi-directif permet au professionnel d'avoir une certaine liberté d'expression, tout en restant dans le cadre défini grâce au guide d'entretien. Avec les réponses recueillies auprès des IDE, je pourrai comparer la théorie de mon cadre conceptuel avec la pratique. Dans le cadre de la crise du COVID 19, ces entretiens se sont déroulés en respectant les gestes barrières et en respectant le port du masque de protection.

2. Choix du lieu et population interrogée

Afin de répondre à ma question de départ, j'ai choisi d'interroger trois IDE régulièrement confrontés aux urgences préhospitalières. J'ai réalisé mon enquête dans différentes structures d'Ile-de-France : une caserne de pompiers et deux hôpitaux publics. J'ai interrogé des IDE d'ancienneté différente afin de savoir si cette ancienneté pouvait avoir une influence sur la gestion des soins techniques et des soins relationnels. Selon les critères de Patricia BENNER, j'ai choisi une IDE « débutante » et deux IDE « experts ». Des prénoms fictifs leur ont été donnés.

L'infirmier Jean-Philippe est diplômé depuis 21 ans. Il a une expérience d'un an en réanimation cardiaque, de 6 ans au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU) de Montfermeil et de 10 ans au SAU et SMUR de Jossigny. Depuis 4 ans, il exerce en tant qu'Infirmier Sapeur-Pompier Professionnel (ISPP).

L'infirmière Cécile exerce quant à elle au sein du SMUR de l'hôpital public de Provins. Elle est diplômée depuis 2008 et a exercé dans des services d'urgences pendant 8 ans, avant d'intégrer le SMUR il y a 2 ans.

L'infirmière Léna travaille au SAU depuis un an et a intégré le SMUR après 6 mois d'expérience. Il s'agit du premier service dans lequel elle exerce son métier.

Au début de chaque entretien, j'ai informé les IDE que ceux-ci seraient anonymes pour respecter la confidentialité. J'ai utilisé un dictaphone afin d'enregistrer les propos recueillis et également pris des notes afin de pouvoir relever leurs réactions face aux questions. Juste avant les entretiens deux IDE m'ont demandé le thème de celui-ci, j'ai répondu qu'il traitait du relationnel dans les situations d'urgence en préhospitalier, sans donner plus de précisions pour ne pas influencer leurs réponses. Mon guide d'entretien ne leur a pas été présenté à l'avance. Tous les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des infirmiers dans des pièces au calme. Il est à noter que lors des entretiens les trois IDE étaient en service et donc susceptibles de partir en intervention à tout moment. Néanmoins aucune intervention n'a eu lieu. La retranscription des entretiens est disponible (Annexes 5, 6 et 7).

3. Limites, obstacles et facteurs facilitant l'enquête

Lors de mes entretiens, j'ai pu identifier plusieurs limites et obstacles à mon enquête :

- Le nombre de personnes interrogées : Je n'ai pu réaliser que 3 entretiens, ce qui reste un petit échantillonnage qui n'est pas représentatif de la population IDE en préhospitalier. Cependant les réponses que j'ai obtenues, reste un aperçu de la place des soins relationnels en situation d'urgence vitale en préhospitalier. À l'aide de leurs réponses, je vais pouvoir analyser celle-ci au regard de mon cadre de référence.
- Les conditions : Du fait de la crise sanitaire, il m'a été difficile de trouver des professionnels de santé pouvant répondre à mes questions. Je n'ai pu réaliser ces entretiens que sur leurs lieux de travail, et ce, sur leur temps de travail. Nous laissant supposer que les IDE n'étaient pas concentrés totalement sur mon entretien.
- Les gestes barrières à respecter : Du fait de la crise sanitaire actuelle, les entretiens se sont déroulés à une distance de 2 mètres environ, avec une posture en face à face, me permettant d'observer les réactions des IDE. Cependant, le port du masque lié au contexte sanitaire a rendu moins facile mon analyse du para-verbale mis en place par les IDE.

- La durée des entretiens : Les entretiens ont duré de 15 minutes à 21 minutes. Les IDE étaient sur leur lieu de travail lors de nos échanges, ce qui a pu réduire le temps nécessaire de leurs réponses car ils devaient reprendre leurs activités professionnelles rapidement. L'entretien de l'infirmière novice est celui qui a duré le moins longtemps, 15 minutes, peut-être lié à son débit de parole qui était rapide. Celle-ci m'a fait part d'un petit stress à répondre au questionnaire. En effet, elle m'a expliqué que c'était la première fois qu'elle avait l'occasion de le faire depuis son diplôme. De ce fait, j'ai essayé de la mettre à l'aise et de lui laisser du temps pour qu'elle puisse répondre à chaque question et ainsi réfléchir à ses réponses et les compléter au besoin. Au fur et à mesure de nos échanges, l'IDE Léna semblait être plus à l'aise. L'entretien avec l'infirmière Cécile a duré 18 minutes, celle-ci parlait vite et de manière entrecoupée avec beaucoup de « euh... » rendant parfois difficile la compréhension de son discours. Malgré cela les réponses sont développées. Quant à l'infirmier Jean-Philippe celui-ci parlait lentement, son entretien a duré 21 minutes, son discours était fluide et il a beaucoup développé ses réponses.
- Les questions supplémentaires : Pendant les entretiens, je me suis focalisée sur la lecture des questions qui étaient dans mon guide d'entretien afin de rendre leurs réponses exploitables. Je pense qu'en posant des questions supplémentaires j'aurai pu amener les IDE à développer encore plus leurs réponses.

J'ai également identifié des facteurs facilitant mon enquête :

- La motivation : Les IDE m'avaient tous donné leur accord ainsi que leur encadrement pour la réalisation des entretiens malgré la charge de travail liée au contexte de la crise sanitaire dans leurs services. Les entretiens ne leur ont pas été imposés donc ils n'ont pas été contraints de me répondre. Ma venue était préparée et prévue, ce qui m'a valu un accueil bienveillant de la part des trois IDE. Cette bienveillance et cette disponibilité des trois professionnels ont fortement facilité nos échanges en créant un climat de confiance.
- Le lieu propice : De plus, les trois entretiens se sont déroulés dans un endroit calme, chaleureux, ce qui nous a permis de rester concentrés.

- L'honnêteté des personnes interrogées: Les IDE ont répondu avec sincérité et authenticité à mes questions, ce qui me permet de prendre en considération leurs réponses en toute confiance.

B. L'analyse des résultats

1. Objectif de l'enquête

L'objectif de cette enquête est d'appréhender la dimension relationnelle du soin dans les situations d'urgence en préhospitalier et analyser l'association des gestes techniques et des soins relationnels mis en place par les IDE. De plus, cette enquête me permettra de confronter mes recherches avec la réalité du terrain afin d'enrichir ma vision concernant les prises en charge des urgences vitales en préhospitalier.

2. Analyse interprétative et présentation des résultats :

a) L'expérience et la relation soignant-soigné en préhospitalier.

A la question « *pouvez-vous vous présenter ?* », nous pouvons constater que les 3 IDE ont tous eu une expérience dans le domaine du préhospitalier et ce, avant leur emploi d'IDE en SMUR.

Les 3 IDE ont répondu avoir une activité en tant que sapeur-pompier :

- Depuis 13 ans pour l'IDE Jean-Philippe en tant qu'Infirmier Sapeur-Pompier Volontaire (ISPV),
- Depuis 16 ans pour l'IDE Cécile en tant que Sapeur-Pompier-Volontaire (SPV),
- L'IDE Léna a auparavant été sapeur-pompier à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) durant un an et est réserviste au régiment de l'armée de terre depuis 3 ans.

Concernant l'obtention de leur diplôme d'état, 2 des 3 IDE sont diplômés depuis plus de 10 ans. L'IDE Jean-Philippe est diplômé depuis 21 ans et l'IDE Cécile depuis 12 ans. La troisième IDE Léna est la plus jeune diplômée, depuis 2019. Leur expérience en tant qu'IDE au SMUR est variable. L'IDE Jean-Philippe a exercé au SMUR durant 10 ans, il exerce désormais une activité en préhospitalier en tant qu'Infirmier Sapeur-Pompier Professionnel (ISPP). L'IDE Cécile a une ancienneté de 2 années au sein du SMUR, parallèlement à son activité aux urgences. L'IDE Léna, quant à elle a été affectée au SMUR depuis 6 mois après un an

d'expérience aux urgences. Il est également à noter que 2 IDE sur 3 ont une activité en SMUR en région parisienne et une en province. Nous pouvons penser que l'accès à ce poste pour un jeune diplômé est plus facile en province qu'en région parisienne.

Si l'on fait référence à l'ouvrage de Patricia BENNER⁹², nous pouvons présupposer que 2 IDE (Jean-Philippe et Cécile) sont des infirmiers « experts ». Cette auteure stipule que l'« *experte* » « *a une énorme expérience* ». L'IDE Léna quant à elle, selon les critères de cette auteure, aurait un niveau de « débutante ». Patricia BENNER dans ce même ouvrage, classifie une débutante comme ayant « *fait face à suffisamment de situations réelles pour noter (elles-mêmes ou sur indication d'un tuteur), les facteurs signifiants qui se reproduisent dans des situations identiques* ». Les propos de L'IDE Léna nous renvoient à ceux de l'auteure. En effet, à la question : « *Dans quelle mesure l'expérience professionnelle facilite une relation soignant-soigné dans les situations d'urgence vitales ?* L'IDE Léna nous répond « *Dans la mesure où la situation a déjà été vécue... on est plus serein sur les gestes techniques* ». L'IDE Léna dispose de différentes expériences en préhospitalier (BSPP, SAMU, régiment médical). Nous pouvons donc nous interroger sur la description de son niveau de « débutante » dans ses prises en charge en préhospitalier. Effectivement, au travers de ses différentes expériences, nous pouvons présupposer qu'elle a acquis de nombreuses compétences notamment dans le déroulé des interventions et dans sa relation soignant-soigné. L'IDE Léna ajoute à ma dernière question que « *le relationnel est important dans notre pratique professionnelle peu importe nos années de diplôme. Il ne peut que s'améliorer avec notre expérience* ».

Les 3 soignants font un lien entre l'expérience et la relation soignant-soigné, ils sont tous les 3 unanimes sur le fait que la connaissance et la maîtrise d'un soin permet de laisser place à un relationnel puisque le geste technique est automatisé. Pour l'IDE Jean-Philippe, « *connaître le soin... ça nous libère l'esprit pour pouvoir aborder la victime et avoir un relationnel* ». Il insiste également sur cette expérience qui facilite la communication tout en préservant sa capacité à accomplir une tâche en simultané : « *ça ne nous empêche pas pendant que l'on prépare un médicament, une perfusion ou de poser une perfusion de communiquer avec le patient* ». A ma dernière question, il ajoute qu' « *avec l'expérience nous arrivons à prendre en charge plus*

⁹² BENNER, Patricia. *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson, 1995, pp. 35-36.

facilement nos patients et allier les soins techniques et relationnels ». L'IDE Cécile explique que « *L'expérience aussi te permet d'acquérir de l'aisance dans la maîtrise du soin* » et s'accorde à dire comme l'IDE Jean-Philippe qu'« *on arrive à allier soins techniques et soins relationnels avec l'expérience* » en ajoutant à cette phrase une notion de qualité « *ce qui fait de toi une bonne infirmière* ». Cette notion de qualité n'est absolument pas évoquée par les 2 autres IDE. L'IDE Léna utilise plutôt la répétition des situations que le terme d'« expérience », elle déclare que si « *la situation a déjà été vécue...on est plus serein sur les gestes techniques et on peut se concentrer davantage sur les soins relationnels* » laissant supposer que la maîtrise du soin est acquise avec l'expérience. Cette maîtrise du geste ne peut être acquise que par l'expérience et la pratique répétée du geste. L'auteur Guy LE BOTERF⁹³ évoque qu'« *avoir des compétences* » c'est « *avoir des ressources (connaissances, savoir-faire, méthodes de raisonnement, aptitudes physiques, aptitudes comportementales...) pour agir avec compétence* ». Cependant, les propos de ces 3 IDE nous renvoient à la notion de « compétence » définie par le dictionnaire de compétences des infirmières en médecine d'urgence⁹⁴ qui correspond « *à la mobilisation et à la combinaison dans l'action d'un certain nombre de ressources individuelles ou collectives : connaissances, savoir-faire technique, savoir-faire relationnel, aptitudes et qualité* ». Néanmoins aucun des 3 IDE ne fait référence à de compétences spécifiques et/ou propres à leurs pratiques en préhospitalier. Nous pouvons présupposer l'existence d'un lien entre la notion de compétences et la notion d'expérience qu'aucun des 3 IDE n'a relevé lors de nos entretiens. L'auteur Guy LE BOTERF⁹⁵ ajoute qu'« *être compétent* » c'est : « *être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail ...C'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoirs, savoir-faire, comportements, mode de raisonnement...)* ».

A la question en lien avec l'expérience professionnelle, l'IDE Cécile nous indique que l'expérience « *fait tout* », et qu'elle « *permet aussi de connaître le déroulé d'une intervention* », ainsi que de « *Te sentir à l'aise dans le déroulé des interventions ... te permet aussi de savoir*

⁹³ LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. 2^{ème} édition. Paris : édition d'organisation, 2008, p. 21

⁹⁴ SFMU : *Référentiel de compétences infirmier(e) en médecine d'urgence*. [en ligne]. Paris, 25 juin 2008. [Consulté le 30 septembre 2020], p. 10.

⁹⁵ LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. 2^{ème} édition. Paris : édition d'organisation, 2008, p. 21

quand tu peux te détacher pour entretenir une relation avec le patient, la famille et l'entourage ».

Nous pouvons noter qu'aucun des 3 IDE n'a approfondi la notion d'expérience professionnelle, comme elle a été définie dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières de Christine PAILLARD⁹⁶ comme étant « *Compétences acquises par des processus cognitifs, par un ensemble de savoir-faire, tout au long de sa carrière professionnelle. Des procédures spécifiques (dispositifs légiférés) permettent de valider des acquis par l'expérience* ». Il aurait semble-t-il été intéressant de rebondir lors de mon entretien sur la représentation de l'expérience professionnelle que ces différents interlocuteurs auraient pu avoir de ce terme. De plus, aucun des 3 IDE n'a évoqué son ressenti sur son niveau de compétences comme stipulé par Patricia BENNER. La représentation qu'aurait pu en faire les IDE aurait pu être intéressante à analyser pour évaluer leur représentation de leur expérience face à celle de l'auteure.

Pour conclure, sur le chapitre de l'expérience et la relation soignant-soigné en préhospitalier, nous pouvons relever que pour chaque IDE, l'expérience est un facteur très important pour le travail en préhospitalier. L'expérience est un plus pour l'instauration d'une relation soignant-soigné de qualité dans les situations d'urgences vitales en préhospitalier.

b) La représentation de l'urgence vitale en préhospitalier.

En réponse à la question « *qu'est-ce qu'une situation d'urgence vitale ?* » Les 3 IDE ont la même définition, cette situation peut aboutir à la mort du patient. L'IDE Jean-Philippe utilise pour définir cette notion qu'elle « *peut se dégrader jusqu'à la mort* ». L'IDE Cécile dit « *il va décéder* ». Et pour l'IDE Léna « *les individus concernés risquent leurs vies à très court terme* ». La SFAR⁹⁷ au travers de sa définition de l'urgence vitale indique que cette urgence est « *une*

⁹⁶ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 182.

⁹⁷ SFAR. *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières*. [en ligne]. [Consulté le 1 septembre 2020].

détresse pouvant conduire à tout instant à un arrêt cardiaque ». Cette notion d'arrêt cardiaque, se rapproche du terme de « la mort » utilisé par les 3 IDE.

Pour l'IDE Léna et l'IDE Cécile, la notion d'urgence vitale suppose que le pronostic vital du patient est engagé. L'association UPSA⁹⁸ a également expliqué que l'urgence « *introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital* ». Les 3 IDE expliquent l'importance d'entreprendre les gestes techniques rapidement lors d'une urgence vitale. Leurs propos sont en corrélation avec la définition de l'urgence de l'UPSA⁹⁹ qui indique qu'il faut qu'une action médicale soit mise en œuvre immédiatement, sans cette action nous pouvons supposer qu'un risque fonctionnel ou vital peut survenir. La définition de la SFAR¹⁰⁰ sur l'urgence vitale indique qu'« *elles doivent bénéficier de la prise en charge la plus précoce possible* ». L'IDE Jean-Philippe indique à son tour qu'une situation d'urgence vitale « *ne peut souffrir d'une prise en charge retardée* ». L'IDE Cécile complète sa définition de l'urgence vitale comme suit : « *il faut agir vite avec des actes réflexes* », elle intègre la notion de rapidité « *gestes techniques rapides* » et elle insiste sur le fait que « *si tu ne fais pas de thérapeutiques... il va décéder* ». Il en est de même pour l'IDE Léna, pour qui l'urgence vitale « *nécessite des gestes de prompt secours associés à des thérapeutiques d'urgence* ». Elle met également en évidence une notion de rapidité et ajoute la notion d'efficacité ; il faut que ces urgences soient « *traitées en priorité avec des actions associant rapidité et efficacité* ». Grâce à leurs expériences du préhospitalier, les 3 IDE semblent se représenter et définir l'urgence vitale de la même façon que les différents auteurs.

Deux définitions se rapprochent également des propos des 3 IDE, notamment celle d'Éric REVUE¹⁰¹ pour qui l'urgence « *nécessite une évaluation diagnostique, la mise en œuvre d'un traitement* », ainsi que celle de Christine PAILLARD¹⁰² qui complète la définition en

⁹⁸ ASSOCIATION UPSA DE LA DOULEUR. *Douleurs et urgences*. [en ligne]. [Consulté le 1 septembre 2020].

⁹⁹ ASSOCIATION UPSA DE LA DOULEUR. *Douleurs et urgences*. [en ligne]. [Consulté le 1 septembre 2020].

¹⁰⁰ SFAR. *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières*. [en ligne]. [Consulté le 1 septembre 2020].

¹⁰¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 451-452.

¹⁰² PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 451-452.

indiquant « *la nécessité d'une action proportionnellement conséquente au problème à résoudre* ».

Nous avons pu voir dans le cadre de référence comme l'a écrit Emmanuel DE LA COUSSAYE¹⁰³ que l'équipe SMUR missionnée pour la prise en charge d'un patient est « *par définition destinée à prendre en charge un patient grave* » sous-entendu un patient en urgence vitale, ce qui est une conception que les 3 IDE interrogés semble bien avoir assimilée.

c) *L'influence des soins techniques sur la relation en préhospitalier*

A la question « *Que pensez-vous de l'influence des soins techniques sur le relationnel ?* » les 2 IDE experts ont fait référence à la notion d'expérience qui nous ramène au chapitre ci-dessus. Chacun des 2 IDE déclarent « *c'est tout une question d'expérience* » et « *l'expérience ça fait tout* », tandis que l'IDE débutante Léna ne parle pas d'expérience mais fait plutôt référence à une « *situation déjà vécue, ...on est plus serein sur les gestes techniques* ».

L'ensemble des trois IDE accorde une importance sur la maîtrise du soin. Pour eux, cette maîtrise, favorise la relation soignant-soigné. Pour l'IDE Jean-Philippe « *un soin qu'on pratique souvent ... ça libère notre esprit pour pouvoir avoir un relationnel* ». Concernant l'IDE Cécile, « *une fois qu'on est à l'aise avec la technique on peut se concentrer sur le relationnel* ». Elle complète ses propos en ajoutant qu'il faut prendre conscience de ses compétences, « *Avoir confiance dans sa propre technique te permet de te dire, ça je maîtrise... ton esprit se libère pour faire autre chose* ». Elle insiste sur cette notion de confiance en soi qui lui permet une bonne maîtrise du soin : « *j'ai confiance en moi, tu sais que ton soin...va être réussi du coup tu as du temps pour te concentrer à rassurer les patients, à parler, expliquer* ».

¹⁰³ DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel. *Les urgences préhospitalières, organisation et prise en charge*. Paris : Masson, 2003, pp. 34-35.

Dans l'ouvrage « *Le geste technique* » de Blandine BRIL et Valentine ROUX¹⁰⁴, il est stipulé qu'un geste technique maîtrisé serait une habileté acquise par un apprentissage. Cet apprentissage permet la réalisation avec perfection et sûreté d'une tâche, d'un soin orienté, et ce, dans un but spécifique. De plus, nous avons pu voir dans le référentiel des compétences d'infirmiers en médecine d'urgence¹⁰⁵ qu'une compétence « *correspond à la mobilisation et à la combinaison dans l'action d'un certain nombre de ressources individuelles ou collectives : connaissances, savoir-faire techniques, savoir-faire relationnels, aptitudes et qualité* ».

Pour les IDE Cécile et Jean-Philippe, les soins techniques ont un impact sur le relationnel. L'IDE Cécile répond à cette question avec la phrase suivante : « *Les soins techniques ça influent sur le soin relationnel* ». Les propos de l'IDE Jean-Philippe sont les mêmes que ceux de l'IDE Cécile : « *les soins techniques influent sur le relationnel* ». L'IDE débutante Léna n'a pas de propos formels à ce sujet comme les 2 IDE experts. Pour ces derniers, un soin technique pratiqué souvent facilite le relationnel et permet de se concentrer sur cette relation soignant-soigné. Pour l'IDE Léna, il faut expliquer les soins techniques qui vont être réalisés au patient en se montrant rassurant à son égard.

L'IDE Jean-Philippe note également que si « *le médecin est occupé avec un soin technique... qui l'empêche d'avoir un relationnel adapté à la personne... c'est l'infirmier ou l'infirmière qui va prendre en relais le côté relationnel en expliquant les choses* ». Cette remarque permet d'apprécier le travail d'équipe en préhospitalier. L'IDE en préhospitalier n'est pas le seul à réaliser des gestes techniques, un médecin peut également les réaliser, ce qui permet ainsi à l'IDE d'intervenir dans les soins relationnels avec le patient et inversement.

L'IDE Cécile explique également que le relationnel entrepris avec le patient en le rassurant et en lui expliquant les soins à réaliser, permet à celui-ci d'avoir confiance en elle. Ainsi, ce dernier est plus coopérant dans les soins techniques : « *ça met les gens en confiance et du coup ça les rend coopérant au soin* ». L'IDE Cécile complète ses idées dans la question n°3 : « *Le*

¹⁰⁴ BRIL Blandine ; ROUX Valentine, *le geste technique : réflexions méthodologiques et anthropologiques*. Ramonville Saint-Agne : édition Ères, 2002, p. 8.

¹⁰⁵ SFMU : *Référentiel de compétences infirmier(e) en médecine d'urgence*. [en ligne]. Paris, 25 juin 2008. [Consulté le 30 septembre 2020], p. 10.

fait de leur expliquer les gestes que l'on va leur faire ... ça facilite nos soins et l'acceptation du patient aux soins techniques ». L'IDE Jean-Philippe explique à son tour dans la même question, qu'avoir un relationnel adapté permet de faire accepter les soins au patient « *avoir un relationnel adapté, on perd moins de temps à faire accepter les soins* », les patients « *ont besoin en premier d'être rassurer... ils acceptent mieux les soins* ». Grâce à l'expérience des 2 IDE, nous pouvons donc comprendre que les soins relationnels permettent de faciliter les soins techniques. Les propos de ces IDE sont en corrélation avec l'auteure Margot PHANEUF¹⁰⁶ lorsqu'elle dit que la relation de confiance « *Se crée lorsque le client est certain qu'il peut s'en remettre à vous pour la satisfaction de ses besoins courant et même en cas de complication de son état* ». De plus elle ajoute que cette relation est « *essentielle à la qualité des soins* », et qu'elle s'établit « *grâce à la qualité des soins prodigués* ». Margot PHANEUF¹⁰⁷ cite aussi que dans « *les soins infirmiers, la relation avec les patients est étroitement liée aux soins. De plus, elle ajoute que l'aspect technique ainsi que le relationnel sont sur un même plan, mais que les soins relationnels apportent un côté plus humain dans un contexte difficile pour le malade* ».

L'IDE Jean-Philippe inclut la notion de « temporalité » sur les gestes à entreprendre dans cette question 3, qui pour lui sont facilités par une relation adéquate notamment dans le cadre de l'urgence « *surtout dans le cadre d'une urgence... Nous on perd moins de temps dans la prise en charge* ».

Pour faire le parallèle avec les paroles des IDE ci-dessus, nous pouvons voir que dans la définition de compétence du référentiel des compétences des infirmières en médecine d'urgence¹⁰⁸, les termes « *savoir-faire techniques et relationnels* » sont utilisés pour définir une compétence. Les IDE rencontrés soulignent l'importance de faire du relationnel dans les prises en charge préhospitalières : ce qui nécessite semble-t-il, d'avoir pu développer deux compétences essentielles à la pratique en préhospitalier, le savoir-faire technique et le savoir-faire relationnel.

¹⁰⁶ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2ème édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 134.

¹⁰⁷ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; rencontre et accompagnement*. Montréal : chenelière éducation, 2011, p.8

¹⁰⁸ SFMU : *Référentiel de compétences infirmier(e) en médecine d'urgence*. [en ligne]. Paris, 25 juin 2008. [Consulté le 30 septembre 2020], p. 10.

Pour les 3 IDE, la maîtrise du geste technique facilite la réalisation des soins relationnels comme nous avons pu le voir dans le paragraphe sur l'expérience. Nous pouvons faire un lien comme cité dans le cadre de référence, sur le fait, que les deux compétences de savoir-faire relationnel et savoir-faire techniques sont liées et sont complémentaires.

d) La dimension relationnelle du soin dans l'urgence vitale en préhospitalier

- **Les soins relationnels et leur place dans la pratique du préhospitalier**

A la question « *Que représentent les soins relationnels pour vous et leur place dans votre pratique professionnelle en préhospitalier ?* » Les 3 IDE s'accordent à dire que les soins relationnels ont une place importante dans leurs prises en charge en préhospitalier.

Pour l'IDE Jean-Philippe la place des soins relationnels est « *une des premières choses à faire quand on arrive auprès d'une personne... j'aimerais dire surtout dans le cadre d'une urgence* », ainsi pour lui les soins relationnels sont « *la base du soin [...] c'est notre cœur de métier* ». Les soins relationnels sont importants et facilitent la prise en charge du patient, « *le fait d'avoir un relationnel adapté, on perd moins de temps à faire accepter les soins et nous on perd moins de temps dans la prise en charge* ». L'IDE Cécile insiste sur le fait que les soins relationnels dans sa pratique professionnelle en préhospitalier sont « *une part importante du soin* », « *c'est super important dans nos prises en charge les soins relationnels* », « *leur place dans ma pratique professionnelle en préhospitalier [...] c'est important aussi* », elle précise que « *ça permet déjà d'établir un premier contact avec le patient et d'établir une relation soignant-soigné* ». Elle s'accorde à dire comme l'IDE Jean-Philippe que les soins relationnels mis en place en préhospitalier permettent au patient d'accepter ses soins « *ça facilite nos soins et l'acceptation du patient aux soins techniques* ». Les 2 IDE Cécile et Jean-Philippe se rejoignent pour affirmer que les patients dans le cadre d'une urgence en préhospitalier ont besoin d'être rassurés pendant leur prise en soins : « *les gens ont besoin d'être rassurés* » et « *il faut rassurer les gens* ». A cette question l'IDE Léna indique simplement qu'il faut se montrer rassurant, laissant transparaître ainsi cette notion de besoin de rassurer le patient qui est « *souvent déjà très inquiet par sa pathologie* ». L'IDE Léna décrit l'importance comme ses confrères des soins relationnels en préhospitalier « *Les soins relationnels sont d'autant plus importants en*

préhospitalier ». Elle ajoute une notion non décrite par ses pairs, celle de la « temporalité » dans les soins relationnels spécifiques au préhospitalier : « *bien que plus courts dans la durée que dans un service conventionnel* » en précisant que cela « *permet d'établir une relation de confiance* ».

Durant nos entretiens aucun d'entre eux ne mentionne, la notion de « personne soignée » pendant leurs prises en charge comme décrite par l'auteur Jacques CHALIFOUR¹⁰⁹ dans le cadre de référence. Ils parlent de patient. Les 3 IDE mettent en avant la nécessité de rassurer le patient mais n'échangent pas sur les autres besoins spécifiques (écoute, le toucher, la bienveillance, ...) qui peuvent être nécessaires pour les patients.

- **Les facteurs favorisant une relation en préhospitalier**

A la question « *Quels sont au regard de votre expérience les facteurs pouvant favoriser une relation dans une situation d'urgence vitale ?* » différents facteurs sont décrits par les 3 IDE :

- Le travail en équipe : facteur décrit par les 2 IDE experts mais non évoqué par l'IDE Léna. L'IDE Jean-Philippe explique que lors d'une intervention, le médecin peut utiliser des termes compliqués à comprendre par le patient, il déclare donc que c'est à l'IDE de prendre le relais du médecin en expliquant en reformulant avec des termes plus compréhensibles « *le médecin va employer des termes médicaux pas forcément compréhensible par le patient donc le rôle de l'infirmier ou de l'infirmière, c'est de et notamment en préhospitalier, c'est de reformuler ce que le médecin a dit dans un langage un peu plus terre à terre et familier en tout cas avec des mots que le patient peut comprendre* ». Concernant, l'IDE Cécile elle insiste sur le fait que le travail en équipe permet d'être plus présent pour le patient, elle dit que « *L'équipe fait beaucoup, on peut se permettre d'être plus présent pour le patient* », « *L'équipe te permet aussi de faire du relationnel, en te permettant de te dégager de quelques actes ... pendant que toi tu favorises cette relation avec le patient* ». Elle précise que le travail en équipe est important : « *C'est important de se dire aussi que l'on travaille en équipe nous ne*

¹⁰⁹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations*. 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018, p. 306.

sommes pas seules, le médecin est présent également et on est deux pour un patient pendant un certain temps ». Elle ajoute à ma dernière question que « *l'ensemble de l'équipe aide au relationnel avec le patient* » ainsi que « *l'équipe est importante, tu ne t'auto suffit pas pour faire du relationnel* ». Emmanuel DE LA COUSSAYE ¹¹⁰ rappelle dans sa définition d'une équipe UMH, sa composition et le but de leur intervention, ce qui nous renvoie aux propos des IDE sur le travail en équipe dans les UMH.

- La communication verbale : Pour les 2 IDE Jean-Philippe et Léna, la communication verbale est aussi un facteur favorisant la relation avec le patient. Pour l'IDE Jean-Philippe, « *Une communication simple, claire et précise favorise cette relation* », « *tout est dans le ton de la voix et surtout essayer de rassurer* », il ajoute que « *le fait d'avoir un discours franc, direct mais rassurant, ce n'est pas incompatible* » et « *peut rassurer les gens en étant franc* », dans le discours franc « *il ne faut pas mentir au patient* ». L'IDE Léna, indique que pour qu'il y ait une communication verbale, il faut que « *nous parlions la même langue et que la personne parle et entende* ». Selon ses propos, Margot PHANEUF¹¹¹ indique que la communication « *repose sur la parole ... Par sa clarté et sa signification, la communication verbale est l'instrument privilégié de la transmission de l'information et de nos échanges avec les clients* ». Elle déclare que cette communication verbale en soins infirmiers « *occupe une très grande place, que ce soit avec vos clients et leur famille* ».
- Contexte du préhospitalier : Seule l'IDE Léna parle d'un cadre permettant une prise en charge adéquate. Pour elle « *l'idéal, c'est le calme* » et un nombre restreint d'intervenants « *Qu'il y a de moins de monde possible dans la pièce, un ou deux seuls interlocuteurs seulement (médecin / infirmier)* ».
- L'expérience et la maîtrise des soins techniques : comme vu dans les chapitres ci-dessus, l'expérience est de nouveau citée dans cette question. Pour l'IDE Jean-Philippe, « *l'expérience des interventions, l'aisance dans sa technique favorisent aussi la relation car on peut allier les deux à la fois, quand on est jeune dans le diplôme on se concentre*

¹¹⁰ DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel. *Les urgences préhospitalières, organisation et prise en charge*. Paris : Masson, 2003, pp. 34-35.

¹¹¹ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2ème édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 54-55.

plus sur la technique que sur le relationnel ». L'IDE Cécile, précise à son tour que les facteurs qui favorisent cette relation sont « *déjà de maîtriser la technique propre à l'urgence, de connaître son matériel, son emplacement dans le camion, toutes les possibilités des thérapeutiques au SMUR* ». Elle conclut par les propos suivants : « *L'expérience, la maîtrise et la capacité relationnelle favorisent pour moi une bonne relation* ». Ses propos sont en corrélation avec l'autre IDE expert. L'IDE Léna n'a quant à elle pas fait référence à cette notion d'expérience et de maîtrise des soins techniques.

Alexandre Manoukian¹¹² décrit que « *les facteurs d'une relation sont nombreux* :

- *Les partenaires, avec leur culture, leur histoire, leur âge, leur psychologie, leurs désirs, leurs perceptions, leurs statuts et rôle sociaux, leur affectivité ;*
- *La communication verbale, avec les paroles et le ton : la communication non verbale, avec les gestes, les mimiques, les positions corporelles, les attitudes, les accessoires tels que les vêtements, les instruments ou les bijoux par exemple* ».

Certains des propos d'Alexandre Manoukian sont en lien avec les facteurs favorisant une relation en préhospitalier décrits par les 3 infirmiers .

- **La relation soignant-soigné dans les prises en charge en préhospitalier**

Lors des questions en lien avec la relation soignant-soigné, aucun des 3 IDE ne définit cette notion de relation et la représentation qu'ils en ont comme a pu le faire Alexandre MANOUKIAN¹¹³ dans son ouvrage cité dans le cadre de référence. Une question de relance aurait pu nous permettre d'avoir la représentation des soignants.

L'ensemble des IDE s'accordent à dire que cette relation soignant-soigné dans les prises en charge spécifiques au préhospitalier commence par une communication verbale et une communication para-verbale. Pour les 2 IDE experts, le début d'une prise en charge commence toujours par « *une présentation, un bonjour* » et « *je me présente* ». Les propos des deux

¹¹² MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*. 4^{ème} édition Paris : édition Lamarre, 2014, p. 9.

¹¹³ MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*. 4^{ème} édition Paris : édition Lamarre, 2014, p. 3.

infirmiers peuvent être mis en lien avec ceux de l'auteur Louis MALABEUF¹¹⁴ qui décrit 4 niveaux de relation. Le 1^{er} niveau de relation est « *la relation de civilité* » qui est décrit par l'auteur comme suit : « *correspond au rituel social de reconnaissance de l'autre, qui fait partie des règles de civilité, tels que frapper avant d'entrer, dire bonjour, se présenter, serrer la main* ». Margot PHANEUF¹¹⁵ indique que la communication est « *la base de tous les rapports humains* », de plus elle ajoute que cette communication est « *un besoin fondamental de l'être humain et une nécessité pour vivre avec ses semblables* ».

Les 3 IDE décrivent les pratiques de techniques de communication verbales et para-verbales pour l'instauration d'une relation soignant-soigné : l'IDE Léna parle de la proxémie mise en place en se mettant à hauteur du patient « *je me mets à hauteur du patient* » pour se présenter à lui. L'IDE Cécile parle également de proxémie avec le patient après s'être présentée. Selon Margot PHANEUF¹¹⁶ le soin « *demande une grande proximité, alors que la conversation peut se faire à une distance plus éloignée* ». Elle précise que l'utilisation de « *l'espace entre les personnes est particulièrement importante à considérer en soins infirmiers* ». Cette auteure décrit aussi la posture comme suit : « *la posture d'une personne, son maintien et ses attitudes corporelles nous renseignent sur son état émotif, que ce soit celui de l'infirmière ou du client. Les mouvements et les attitudes du corps manifestent, eux aussi, nos réactions, nos intentions et nos émotions* ». La proxémie mis en place par ces soignants permet d'entretenir une relation et une communication para-verbale avec le patient .

L'IDE Jean-Philippe explique qu'il met en place un contact visuel en utilisant le regard, en regardant le patient dans les yeux lorsqu'il lui parle « *un contact visuel regarder dans les yeux* ». Il explique que le regard fuyant d'un soignant ne fait que générer une angoisse pour le patient car celui-ci peut penser que le soignant lui cache quelque chose. Les propos de cet IDE sont également décrits par Margot PHANEUF¹¹⁷ qui indique l'intérêt de ce regard dans la relation

¹¹⁴ MALABEUF Louis. *La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*. Soins formation-pédagogie-encadrement. 4^{ème} trimestre 1992, n°4, pp. 4-5.

¹¹⁵ PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné ; rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière éducation, 2011, p. 3.

¹¹⁶ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 76.

¹¹⁷ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 68.

soignant-soigné « *Le regard franc et direct de la soignante est l'indice d'une communication honnête et authentique. Il montre sa considération pour le client et son intérêt pour son état* ». L'IDE Jean-Philippe parle également du « sourire », car pour lui, celui-ci montre au patient que le soignant n'est pas stressé. Cet élément est analysé par Margot PHANEUF¹¹⁸ de la manière suivante « *le sourire prend une grande importance. Particulièrement en soins infirmiers, le contact avec des personnes souffrantes rend souvent le climat des échanges très lourds. Un sourire est un rayon d'optimiste* » [...] « *Mais celui-ci, comme d'autres manifestations non verbales doivent toujours être authentiques, c'est-à-dire approprié à la situation* ». De plus, à ma question de relance, il ajoute qu'il utilise le toucher « *je vais lui mettre la main sur l'épaule ou lui prendre la main* », « *je mets le garrot je lui prends le bras ça fait partie du contact* ». Il décrit également qu'il réalise ces gestes toujours de manière calme, lentement et sans agressivité envers le patient. Ce toucher dans le soin pour Margot PHANEUF¹¹⁹ « *prend un sens très important pour le client qui a besoin de réconfort... C'est un comportement non verbal très puissant qui devient une expérience à caractère plutôt personnel... Le toucher est direct et profond. Il transmet parfois plus facilement nos émotions et nos intentions que peuvent le faire nos mots* ».

L'IDE Cécile indique aussi beaucoup s'appuyer sur le langage dans la relation soignant-soigné en l'adaptant à la situation d'urgence en fonction de l'âge du patient. Elle parle facilement et essaie de mettre les gens à l'aise. Pour elle utiliser « l'humour », c'est aussi un facteur pour faciliter la relation, néanmoins elle s'assure que les patients soient réceptifs avec « *cette méthode malgré la gravité* ». Les propos de Cécile sont en lien avec ceux de Margot PHANEUF¹²⁰ lorsque celle-ci décrit le « rire » de la façon suivante « *Comme l'humour qui le déclenche, il peut avoir sa place en soins infirmiers pour créer un climat de détente* » [...] « *L'infirmière, à l'affût des besoins du client, est l'investigatrice majeure de la communication, et elle doit comprendre quand et comment elle peut utiliser l'humour et le rire pour l'aider à retrouver un peu de joie de vivre* » [...] « *En soins infirmiers, son but est de réduire les tensions* ». L'IDE Cécile insiste également sur le fait que le silence du patient est à respecter car parfois les patients n'ont pas envie de communiquer « *Mais parfois le patient n'a pas envie de parler et il faut respecter cela* ». « *Lors d'une interaction avec le client, il arrive que des*

¹¹⁸ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 72.

¹¹⁹ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 82.

¹²⁰ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 72-73.

silences suspendent les échanges tant chez lui que chez la soignante » selon Margot PHANEUF¹²¹. Contrairement à Margot PHANEUF, l'IDE Cécile ne souligne pas la possibilité de silences chez les soignants. Les 2 autres IDE n'abordent pas cette notion de silence dans la relation soignant-soigné. L'auteure Margot PHANEUF¹²² ajoute que « *Vous devez reconnaître ses moments de transition et respecter l'émotion qu'ils font naître en gardant, vous aussi, un silence respectueux pendant quelques instants* ». Les propos de l'auteure sont en lien avec ceux de l'IDE Cécile qui indique qu'il faut les respecter.

L'IDE Léna quant à elle utilise comme moyens para-verbaux aussi le regard, le toucher et la proxémie « *j'utilise le regard et le toucher* » pour la mise en place de la relation soignant-soigné.

Les 3 IDE expliquent qu'ils adoptent une attitude d'authenticité avec leurs patients dans le but de ne pas leur mentir même si leur état est grave, ils doivent être francs avec eux. Margot PHANEUF¹²³ explique que l'attitude d'authenticité vous « *permet de rester vous-même avec le client. Le fait de vous exprimer avec naturel et sincérité crée un lien de confiance avec lui* ». Une autre attitude décrite par les 3 IDE est l'attitude d'écoute active avec le patient. Cette attitude possible en préhospitalier est selon Margot PHANEUF¹²⁴, « *l'une des qualités la plus importantes que vous devez développer pour créer ce lien privilégié qu'est la relation soignant-soigné* ». Elle ajoute aussi que « *Les premiers comportements nécessaires à la communication sont ceux qui montrent que vous écoutez. C'est sur eux que se construit une relation signifiante avec le client : sans une bonne écoute, rien ne se passe entre lui et vous* » [...] « *l'écoute est un phénomène complexe, fait d'observation et d'attente de ce que l'autre dit, et d'attention à l'égard de tout ce qu'il révèle verbalement et non verbalement. L'écoute mobilise votre personne entière : vos oreilles pour entendre, vos yeux pour voir, votre corps pour vous tendre vers l'autre et demeurer attentive, ainsi que votre intelligence pour comprendre ce qu'il manifeste* » [...] « *En soins infirmiers, l'écoute est fondamentale, et ce, dans toutes les formes de relations* ». Les propos suivants des 3 IDE sont en corrélation avec ce que décrit l'auteure ci-dessus. L'IDE Jean-Philippe dit que « *si tu poses une question, il faut écouter la réponse* ».

¹²¹ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 79.

¹²² PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 79.

¹²³ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, p. 197.

¹²⁴ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 96-97.

L'IDE Léna indique « *Je suis à l'écoute* » et pour finir l'IDE Cécile dit « *j'écoute les patients quand ils veulent parler* ».

Néanmoins, aucun des 3 IDE n'utilisent le terme de la relation de soutien, qui peut être mis en place par les soignants dans leur pratique en préhospitalier. Louis MALABEUF¹²⁵ décrit cette relation comme s'exprimant « *dans un début d'empathie. Elle passe généralement par une écoute active, par une tentative de dédramatisation des situations* ». En effet, il ajoute que « *c'est une relation chaleureuse que le malade apprécie d'autant plus qu'il redevient à ce moment-là sujet malade avec ses émotions, ses difficultés, ses craintes, ses hésitations, ses peurs à dire* ». Les IDE n'ont pas verbalisé cette relation de soutien mais ils la mettent en place lorsqu'ils pratiquent une écoute active avec leur patient.

L'IDE Cécile est la seule des 3 IDE à intégrer la famille dans la relation soignant-soigné en expliquant qu'elle laisse la famille présente lorsqu'elle prend en charge le patient. Elle explique que « *Ce qui aide à rassurer aussi, c'est ne pas éloigner les proches quand ils sont présents, [...] ça aide aussi à établir une bonne relation soignant-soigné* ». Margot PHANEUF¹²⁶ intègre elle aussi la famille dans les soins infirmiers et notamment dans la communication « *la communication verbale occupe une très grande place, que ce soit avec vos clients et leur famille* ».

De plus, les 3 IDE sont en accord en expliquant que la relation soignant-soigné en préhospitalier est différente de celle instaurée dans les services hospitaliers lorsque la question suivante est posée « *Peut-on dire que la relation soignant-soigné dans l'urgence préhospitalière est différente de celle à l'hôpital ?* » les différentes raisons évoquées sont :

- La charge de travail : a été relevée par les 3 IDE, ils indiquent que le nombre de patients pris en charge à l'hôpital ne permet pas de bien favoriser cette relation soignant-soigné car le nombre de patient par soignant est important. L'IDE Jean-Philippe indique « *l'hôpital c'est plutôt l'inverse, il y a beaucoup de patients pour un soignant et des fois on est happé par la charge de travail et on n'a pas le temps de répondre* »

¹²⁵ MALABEUF Louis. *La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*. Soins formation-pédagogie-encadrement. 4ème trimestre 1992, n°4, p. 5.

¹²⁶ PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique*. 2ème édition Montréal : Chenelière éducation, 2016, pp. 54-55.

malheureusement aux angoisses des patients ». Pour l'IDE Cécile « *la charge de travail est très importante mettant de côté parfois cet aspect relationnel* ». L'IDE Léna explique quant à elle : « *quand j'ai beaucoup de patients, il m'est difficile d'avoir un bon relationnel avec tous* ». Les 3 IDE s'accordent à dire que la relation en préhospitalier est confortable pour eux et pour le patient car ils n'ont que lui à prendre en charge. L'IDE Jean-Philippe rappelle que « *ce qui est confortable c'est qu'on est beaucoup pour une victime et ça ça favorise justement la communication* ». L'IDE Cécile explique qu' « *Avoir un seul patient en charge au SMUR te permet vraiment de faire du relationnel plus facilement qu'à l'hôpital* ». Elle ajoute que « *Le préhospitalier est plus confortable pour établir une relation soignant-soigné malgré la gravité* » et pour finir elle précise que « *Tu te concentres réellement que sur ce patient* ». L'IDE Léna indique également que « *La charge de travail n'est pas la même qu'en smur. Je suis toute seule pour un patient c'est vraiment confortable pour pouvoir avoir une bonne relation avec lui malgré l'urgence* ».

- La différence de contexte hôpital/préhospitalier : 2 IDE sur 3, indiquent que le travail dans le contexte de l'hôpital reste confortable pour l'IDE.

Pour justifier cela, L'IDE Jean-Philippe cite les conditions suivantes : « *on a quasiment tout à proximité* », « *la température confortable* », « *pas forcément de bruit* », « *tes collègues pas loin pour t'aider au besoin* » et « *le soignant derrière c'est qu'il est chez lui.... Il sait où se trouve le matériel* ». L'IDE Cécile ajoute également : « *tu connais le service tu es dans une zone de confort* », « *Le plus, tu as toujours tes collègues qui peuvent venir t'aider si tu n'arrives pas à réaliser un acte* ».

Alors que pour ces deux IDE, en préhospitalier, le contexte est bien différent. Pour l'IDE Cécile « *En préhospitalier, le cadre exercice est différent, tu es la seule infirmière si tu ne peux pas par exemple poser une Voie Veineuse Périphérique (VVP) le patient ne recevra pas les thérapeutiques* », « *Tu dois t'adapter au cadre... à l'environnement* ». L'IDE Jean-Philippe évoque qu' « *être en préhospitalier c'est du sur mesure parfois* », il évoque aussi pour le patient la différence des conditions de prises en charge « *les patients ne sont pas dans les mêmes conditions* ». La 3^{ème} IDE Léna aborde quant à elle la notion de durée de l'intervention en préhospitalier « *nous sommes en contact durant quelques minutes/heures seulement* ». Elle indique que la relation soignant-soigné « *est plus courte dans l'urgence préhospitalière que dans un service conventionnel* ». Ceci

n'est pas abordé par les deux autres IDE. De plus, l'ensemble des IDE relèvent la notion de contexte de l'intervention en préhospitalier en indiquant qu'ils interviennent au domicile du patient, dans leur intimité et parfois devant leur famille, entourage ou même dans la rue : « *s'adapter aussi au fait que tu intervies dans l'intimité des gens* » ou encore « *entrons de façon inopinée dans son intimité* » et « *les patients ne soient pas dans les mêmes conditions* ».

A la question, « *Au fur et à mesure de vos prises en soin, ajustez-vous vos soins relationnels ?* » L'IDE ayant le moins d'expérience répond simplement qu'elle se sent plus à l'aise dans la communication depuis l'obtention de son diplôme et s'adapte davantage dans ses prises en charge. L'IDE Jean Philippe lui explique que « *c'est toujours du sur mesure* ». Il complète ses propos en indiquant qu'il s'adapte au patient pris en charge selon des facteurs psychosociaux « *l'état d'anxiété du patient, de son niveau de compréhension, de la pathologie rencontrée, de la traumatologie aussi, de la douleur* ». Il ajoute des qualités, qui pour lui, doivent être utilisées par l'IDE durant ses prises en charge en préhospitalier « *rester humble et rester humain, c'est le principe de base* ». Pour finir ses propos, il indique qu'il n'« *y a pas un mode de prise en charge décrit par des organigrammes* ». L'IDE Cécile analyse que ce soin relationnel évolue dans le temps sur l'intervention. Elle indique qu'au départ il est « *plus sommaire* » car il faut être concentré sur les informations que va te transmettre le médecin et sur celles du patient. Elle seule intègre un facteur temps, que ne semblent pas relever les deux autres IDE. Elle indique qu'« *Il faut être concentrée dans les 10-15 premières minutes* », elle ajoute aussi que durant cette temporalité « *le relationnel sera simple* ». Elle fait savoir qu'une fois que les soins techniques sont effectués sur le patient et que les thérapeutiques peuvent lui être administrés, par le biais d'une voie veineuse périphérique, le soignant peut alors : « *être plus tranquille et se dégager et faire du relationnel avec le patient* ».

L'IDE Cécile et l'IDE Jean-Philippe s'entendent pour dire que lors de leurs prises en soin, ils ajustent leurs soins relationnels vis-à-vis du patient. Cependant l'IDE Léna ne le verbalise pas ainsi. Elle indique qu'étant plus à l'aise pour communiquer depuis l'obtention de son diplôme et grâce à son expérience professionnelle, elle adapte davantage sa communication avec le patient. Une question de relance envers l'IDE Léna aurait peut-être permis d'avoir la même réponse que ses collègues.

- **Formation continue en lien avec la démarche relationnelle**

A la question « *Avez-vous des formations continues incluant la démarche relationnelle dans votre pratique professionnelle ?* », l'ensemble des soignants m'indiquent ne pas avoir de suivi de formation spécifique sur les soins relationnels pour la pratique professionnelle en SMUR, cependant ils ont suivi des formations pour leurs pratiques aux urgences.

L'IDE Jean-Philippe a suivi, à sa demande, suite à de nombreuses agressions verbales ou physiques aux urgences, une formation axée sur la gestion du stress et de la violence. Suite à ma question de relance « *est-ce que cette formation vous a permis de favoriser un bon relationnel en préhospitalier ?* », l'IDE Jean-Philippe explique que cette formation lui a permis dans son activité en préhospitalier « *d'avoir un bon relationnel avec mes patients* ». Il ajoute également que cette formation lui a permis de changer sa prise en charge globale du patient que ce soit en préhospitalier ou en hospitalier, « *même si à la base ces formations étaient pour la pratique hospitalière elles m'ont été utile dans ma pratique préhospitalière* ».

L'IDE Cécile répond qu'elle a également suivi des formations mais non spécifiques à son emploi en SMUR. Elle a suivi une formation sur le relationnel aux urgences, elle m'indique comme l'IDE Jean-Philippe que cette formation propre à l'hospitalier a « *permis d'avoir une autre vision de ma pratique professionnelle en SMUR et d'avoir une meilleure posture relationnelle avec les patients* ». Elle a aussi participé à une formation sur le « *toucher massage* » mais elle n'a pas réussi « *à le mettre en place dans ma pratique professionnelle au smur* ».

L'IDE Léna n'a pas suivi de formation particulière mais nous explique que des simulations de cas sont réalisées par son service en salle de formation durant lesquelles sont évaluées ses pratiques techniques mais aussi relationnelles. Elle ajoute à ma question de relance, comme les IDE Jean-Philippe et Cécile, que les cas concrets auxquels elle participe à l'hôpital lui ont permis d'améliorer son regard sur sa pratique professionnelle.

Il aurait été intéressant d'approfondir les points suivants :

- Les IDE ont-ils un diplôme universitaire en lien avec leurs pratiques en SMUR ?
- Les IDE ont-ils participé à une formation d'adaptation à l'emploi d'IDE en SMUR ?

- Le thème de la démarche relationnelle leur a-t-il été enseigné ?

Ce qui nous aurait permis de savoir si ces formations ou cursus leur permettent aujourd'hui une meilleure approche relationnelle avec le patient.

3. Synthèse de l'enquête et question de recherche

Lorsque j'ai débuté ce travail de recherche, je me suis interrogée sur la place qu'accorde les infirmiers aux soins relationnels dans leur pratique préhospitalière. En effet, lors de ma situation d'appel, j'ai pu observer que l'infirmière était préoccupée en priorité par les soins techniques entrepris sur son patient laissant de côté l'aspect relationnel, ce qui m'a interpellée. Grâce aux trois entretiens réalisés auprès des professionnels de santé, j'ai pu porter un autre regard sur les prises en charge en préhospitalier.

Les trois IDE interrogés ont tous une expérience dans le domaine du préhospitalier avant leur intégration en tant qu'IDE en SMUR. Dans ma situation d'appel, nous ne connaissons pas l'expérience antérieure de l'IDE, ni son expérience en préhospitalier. Nous pouvons nous poser la question suivante : L'expérience favorise-t-elle l'aisance des soins relationnels dans les situations d'urgence vitale ?

Les trois IDE interrogés sont unanimes sur la représentation qu'ils ont d'une urgence vitale en préhospitalier. Ils ont tous indiqué que l'urgence vitale nécessite en priorité une prise en charge médicale, sans celle-ci une dégradation de l'état du patient peut arriver mettant en jeu son pronostic vital, ce qui peut aboutir à la mort du patient. Quelle est la place du soin relationnel dans les urgences vitales en préhospitalier ?

L'ensemble des trois IDE mentionne que les soins relationnels ont une place importante dans leur pratique professionnelle et dans leur prise en charge des patients en urgence vitale. Deux des infirmiers insistent sur le fait que ces soins relationnels facilitent l'acceptation de soins par le patient. Dans quelle mesure les soins relationnels entrepris avec les patients dont le pronostic vital est engagé, favorisent l'acceptation des soins par celui-ci ?

Deux des infirmiers experts s'accordent à dire que les soins techniques influencent le relationnel en expliquant que cela dépend de l'expérience. En effet, pour eux, l'expérience permet de se détacher du soin technique pour favoriser le soin relationnel. Quant à la 3^{ème} IDE débutante, elle ne parle pas de notion d'expérience mais de situation déjà rencontrée. En quoi l'expérience

antérieure en préhospitalier d'une IDE peut-elle améliorer son regard sur la relation soignant-soigné ?

Les trois IDE mettent en place différents moyens pour instaurer une relation soignant-soigné, qui passe par une communication verbale et/ou para-verbale comme le toucher, le sourire, la proxémie avec leur patient. De plus, l'ensemble des IDE explique adopter deux types d'attitudes, l'attitude d'authenticité et l'attitude d'écoute. Une infirmière nous parle de la mise en place d'un type de relation, la relation de confiance avec le patient. Comment une relation soignant-soigné peut-elle amener à une relation de confiance dans l'urgence vitale ?

Concernant les facteurs favorisant une relation en situation d'urgence vitale, les infirmiers, au regard de leur expérience en décrivent plusieurs notamment le travail en équipe, la communication verbale ainsi que l'expérience et la maîtrise du soin technique. Une infirmière précise sa représentation du contexte idéal pour prendre en soin un patient en urgence vitale en préhospitalier. Pourquoi en préhospitalier la prise en charge en équipe pluridisciplinaire favorise la relation soignant-soigné ?

D'autre part, les 3 infirmiers mesurent l'importance de l'expérience qui facilite une relation soignant-soigné dans les situations d'urgence vitales. Ils insistent sur le fait que la maîtrise du soin technique leur permet de mettre en place des soins relationnels avec le patient. Les infirmiers s'accordent à dire que l'alliance des soins techniques et des soins relationnels est facilitée par l'expérience ou les situations déjà vécues. La maîtrise des soins techniques par une IDE novice a-t-elle une influence sur le soin relationnel ?

Tous les infirmiers s'entendent sur le fait qu'il est facile de mettre en place une dimension relationnelle du soin en préhospitalier. Pour eux, il existe une différence fondamentale entre les prises en charge hospitalières et préhospitalières. En effet, une équipe complète est dédiée au patient en préhospitalier alors qu'en hospitalier un soignant est dédié à plusieurs patients. Lors d'une intervention en préhospitalier face à de nombreuses victimes en urgences vitales, comment le soignant met-il en place cette dimension relationnelle du soin ?

Les infirmiers expliquent qu'ils ajustent systématiquement leurs prises en charge au cours des interventions. Ils mettent différentes manières en place. Pour l'une, au départ de la prise en charge c'est plutôt un relationnel sommaire qui évolue après la mise en place des soins techniques. Pour l'infirmier, c'est toujours du sur mesure en fonction des besoins du patient mais il indique qu'il faut rester humble et humain dans sa prise en soin. Pour la dernière, son

aisance en communication lui permet de l'adapter au patient. Existe-t-il un moyen d'évaluer la qualité de sa prise en charge relationnelle ?

L'ensemble des IDE n'a pas bénéficié d'une formation spécifique aux soins relationnels adaptée à leur pratique en préhospitalier. Cependant, ils ont suivi d'autres types de formations dédiées aux soins hospitaliers qu'ils ont pu utiliser en préhospitalier. Ces formations sont une plus-value dans leur pratique professionnelle en préhospitalier. Une exception, pour une IDE qui ne peut mettre en pratique sa formation « toucher-massage » en préhospitalier. Des formations spécifiques sur la dimension relationnelle du soin en préhospitalier seraient-elles bénéfiques aux pratiques préhospitalières?

4. Problématisation

Ce travail de fin d'étude en soins infirmiers, sur le thème de la place des soins relationnels en préhospitalier est né d'une situation que j'ai vécue en tant que sapeur-pompier et qui m'a particulièrement questionnée.

C'est ainsi, qu'après avoir décrit ma situation d'appel, j'ai pu formuler ma question de départ : **« Quelle place l'infirmière accorde-t-elle aux soins relationnels en situation d'urgence vitale en préhospitalier ? »**. Cette question avait pour but d'aborder les soins relationnels dans le contexte du préhospitalier qui intègrent différents concepts qui ont été développés dans le cadre de ce mémoire.

Suite à cette analyse, j'ai pu constater que plusieurs facteurs pouvaient avoir une influence sur cette dimension relationnelle du soin. J'ai également remarqué que la pratique des soignants dans les prises en charge des patients en urgence vitale était identique quelle que soit leur expérience. Il aurait été intéressant que j'interroge une infirmière novice et n'ayant aucune expérience en préhospitalier. Ceci aurait pu me permettre d'effectuer une comparaison idéale entre un soignant expert et un novice dans ce domaine.

Il est à noter que l'expérience des soignants dans les prises en charge des patients permet d'allier les soins techniques et les soins relationnels.

L'ensemble de mon analyse ainsi que le questionnement qui en découle m'amène à l'élaboration de la problématique suivante :

« Une formation spécifique à la dimension relationnelle du soin pourrait-elle aider à la prise en charge en préhospitalier ? »

V. Conclusion

Cette conclusion est le point final de mon travail de fin d'étude après plusieurs mois de recherches, d'échanges, de partages de connaissances très enrichissants avec les professionnels du domaine du préhospitalier. Ce travail avait pour but d'analyser la place des soins relationnels dans les situations d'urgence vitales en préhospitalier.

Au cours de mes expériences passées, je n'ai jamais eu l'occasion d'élaborer un travail de recherche de cette ampleur, ce qui m'a semblé au départ, être un travail vertigineux.

Au fur et à mesure des étapes d'élaboration et de recherches, ce travail m'a permis de prendre conscience qu'il a contribué en partie à la construction de mon identité professionnelle. Le sujet de mon mémoire est en lien avec mon projet professionnel, me permettant de me projeter en tant qu'infirmière diplômée dans le domaine de l'urgence, et notamment dans une pratique future en préhospitalier, que ce soit en SMUR et/ou en tant qu'ISP. Mon travail de fin d'étude a donné lieu à la mise en place d'une posture réflexive. Il a facilité ainsi le transfert dans ma pratique professionnelle future et a mis l'accent sur des éléments importants dans mes futures prises en charge préhospitalières et également hospitalières.

L'analyse de mon travail m'a permis de donner un sens aux soins relationnels pratiqués en préhospitalier par une équipe SMUR. En effet, les soins relationnels sont présents dans la majorité des situations en préhospitalier. La dimension relationnelle du soin reste très personnelle. Chaque soignant a sa propre personnalité, son implication pour les soins relationnels en est tout aussi personnelle. Dans l'urgence préhospitalière, la situation et le contexte des interventions peuvent être complexes, aussi les soins prodigués aux patients permettent la mise en place d'une relation particulière et privilégiée avec celui-ci. Les échanges entre le soignant et le patient sont perçus par ce dernier comme un soutien. Les soins relationnels permettent de créer une relation de soutien et de confiance entre le patient et l'infirmier du SMUR.

Mon travail a abouti à la conclusion que particulièrement dans les prises en charge en préhospitalier, les soins techniques doivent être systématiquement accompagnés de soins relationnels ce qui facilite la prise en charge du patient. La dimension relationnelle du soin est une dimension absolument indispensable aux soins.

VI. Bibliographie

Ouvrages :

- PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 695 définitions, 1905 références bibliographiques 1532 citations.* 4^{ème} édition. Noisy-le-Grand : Setes édition, 2018.
- PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné ; rencontre et accompagnement.* Montréal : Chenelière éducation, 2011.
- PHANEUF Margot. *La relation soignant-soigné ; l'accompagnement thérapeutique.* 2^{ème} édition Montréal : Chenelière éducation, 2016.
- LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues : 15 propositions.* 2^{ème} édition. Paris : édition d'organisation, 2008.
- LE BOTERF Guy, *Ingénieries et évaluations des compétences.* 5^{ème} édition. Paris : Éditions d'organisation, 2008.
- DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel. *Les urgences préhospitalières, organisation et prise en charge.* Paris : Masson, 2003.
- BRIL Blandine, ROUX Valentine, *le geste technique : réflexions méthodologiques et anthropologiques.* Ramonville Saint-Agne : édition Ères, 2002.
- LIEGOIS, Maurice. *L'entretien de soutien psychologique.* 2^{ème} édition. Rueuil-Malmaison : Lamarre, 2012.
- BENNER, Patricia. *De novice à expert : excellence en soins infirmiers.* Paris : Masson, 1995.
- VALETTE, Pierre. *Éthique de l'urgence, urgence de l'éthique.* Paris : Puf, 2013.

- MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*. 4^{ème} édition Paris : édition Lamarre, 2014.

Textes législatifs :

- Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale et aux transports sanitaires. [en ligne], [Consulté le 15 septembre 2020] disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000512206/2020-10-12/>
- BERGER-LEVRAULT, *Recueil de textes – profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*.
- 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). [en ligne], [Consulté le 15 septembre 2020] disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000788652>
- Article R4311-5 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels [en ligne], [Consulté le 20 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006913892/2004-08-08/>
- Article R4311-7 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels Modifié par décret n°2019-835 du 12 août 2019 - art. 2. [en ligne], [Consulté le 20 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038925636&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190814>
- Article R4311-14 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels [en ligne], [Consulté le 21 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913902&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>

- Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. [en ligne], [Consulté le 20 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000410355/2020-11-20/>
- Article R4311-2 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels [en ligne], [Consulté le 21 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889/#:~:text=L es%20soins%20infirmiers%2C%20pr%C3%A9ventifs%2C%20curatifs,des%20scienc es%20et%20des%20techniques
- Article R4312-10 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels [en ligne], [Consulté le 21 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C8D9D7CCAA769B5512EBD5AB1F9F4A04.tpdjo16v_3?idArticle=LEGIARTI000006913914&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=22220222
- Article R4312-14 du Code de la Santé Publique Exercice de la profession - Actes professionnels. [En ligne], [Consulté le 21 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578/#:~:text=%C2%AB %20Art.-,R.,son%20accord%2C%20le%20m%C3%A9decin%20prescripteur.>
- Code de déontologie des infirmiers, décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016. [en ligne], [Consulté le 21 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf

Articles à partir d'une base de données payante : (abonnement de l'établissement)

- VERDON Chantal ; LAVOIE Mireille et al « Relation et communication : une différence conceptuelle pouvant influencer l'exercice infirmier par le lien infirmière/soigné », *Recherche en soins infirmiers* [Format PDF]. 2013/3, n° 114, p. 92-92. DOI : 10.3917/rsi.114.0092.

- VIGIL-RIPOCHE Marie-André, « D'exécuter un soin à penser le soin » ou de la difficulté à « mettre en mots » la pratique infirmière », *Recherche en soins infirmiers* [Format PDF]. 2006/2, n° 85, p. 65-76. DOI : 10.3917/rsi.085.0065.
- FORMARIER Monique, « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers* [Format PDF]. 2007/2, n° 89, p. 33-42. DOI : 10.3917/rsi.089.0033.
- FAVETTA Véronique, FEUILLEBOIS-MARTINEZ Brigitte, « Prendre soin et formation infirmière », *Recherche en soins infirmiers* [Format PDF]. 2011/4, n° 107, p. 60-75. DOI : 10.3917/rsi.107.0060.
- MENAUT Hervé, « Les soins relationnels existent-ils ? », *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA* [Format PDF]. 2009/1 n° 101, p. 78-83. DOI : 10.3917/vst.101.0078.
- BENEVENT Raymond, « La rhétorique de l'urgence », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* [Format PDF]. 2009/2 n° 76, p. 13-20. DOI : 10.3917/lett.076.0013.
- VAN MEERBEECK Philippe ; JACQUES Jean-Pierre, *L'inentendu. Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*. De Boeck Supérieur, « Oxalis » [Format PDF]. 2009, 352 pages. DOI : 10.3917/dbu.vanme.2009.01.

Articles :

- GERARDIN, Pascale. Le soin relationnel en gériatrie. *Soins gérontologiques* [Format PDF]. 10/12/2000, vol.15, n°86, pp. 24-26.
- BLATTNER B, holistic Nursing. Englewood cliffs, prentice. Hall, cité par CHALIFOUR jacques ; l'intervention thérapeutique : le fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide [Format PDF]. vol.1, pp. 99-118.
- BOURGEOIS, Françoise. L'entretien informel, une expertise clinique. *La revue de l'infirmière*. [Format PDF]. Janvier-février 2010, vol.59, n°157.

- MALABEUF Louis. La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte. *Soins formation-pédagogie-encadrement* [Format PDF]. 1992, 4ème trimestre, n°4, pp 4-7.
- DAYDE Marie-Claude. La relation d'aide en soins infirmiers, aspect réglementaires et conceptuels. *Soins*. [Format PDF]. Décembre 2008, vol 53, n°157, pp 35-38

Référentiel :

- Le comité quadripartite associant les représentants des structures de médecine d'urgence et des services d'incendie et de secours, la DDSC et la DHO : *Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, référentiel commun*. [en ligne]. Paris, 25 juin 2008. [Consulté le 3 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.securisme.net/IMG/pdf/secours_personne__aide_medicale_urgente.pdf
- SFMU : *Référentiel de compétences infirmier(e) en médecine d'urgence*. [en ligne]. Paris, 25 juin 2008. [Consulté le 30 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.infirmiers.com/pdf/Referentiel_infirmier_medecine_urgence.pdf

Ressources électroniques : sites internet

- SFAR, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières*. [en ligne]. [Consulté le 1 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0512-Reanimation-Vol14-N8-p671_679.pdf
- DICTIONNAIRE ACADEMIE. *Dictionnaire* [en ligne]. [Consulté le 30 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C3500>
- ASSOCIATION UPSA DE LA DOULEUR. *Douleurs et urgences* [en ligne]. [Consulté le 1 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur-aigue/urgences>

- DICTIONNAIRE ACADEMIE MÉDECINE. Dictionnaire [en ligne]. [Consulté le 30 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=relation+de+soutien>

VII. Annexes

- Annexe 1 : Les compétences infirmières
- Annexe 2 : Les 14 besoins de Virginia HENDERSON
- Annexe 3 : Le guide d'entretien
- Annexe 4 : L'analyse du guide d'entretien
- Annexe 5 : Verbatim entretien IDE Jean-Philippe
- Annexe 6 : Verbatim entretien IDE Cécile
- Annexe 7 : Verbatim entretien IDE Léna

1. Annexe n°1 : Les compétences infirmières

Retrouvez le document original dans le Bulletin officiel santé - protection sociale - solidarité

Annexe II

Diplôme d'Etat d'infirmier Référentiel de compétences

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

Compétences

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

2. Annexe n°2 : Les 14 besoins de Virginia HENDERSON



1 : BESOIN DE RESPIRER : Respirer est une nécessité de l'être vivant qui constitue à capter l'oxygène indispensable à la vie cellulaire et à rejeter le gaz carbonique, produit de la combustion cellulaire. Les voies respiratoires perméables et l'alvéole pulmonaire permettent de satisfaire ce besoin.

2 : BESOIN DE BOIRE ET DE MANGER : Boire et manger est une nécessité pour tout organisme d'ingérer et d'absorber des aliments de bonne qualité, en quantité suffisante pour assurer sa croissance, l'entretien de ses tissus, et maintenir son énergie indispensable à son bon fonctionnement.

3 : BESOIN D'ELIMINER : éliminer est la nécessité qu'a l'organisme de se débarrasser des substances nuisibles et inutiles qui résultent du métabolisme. L'excrétion des déchets s'opère principalement par l'urine et les fèces, et aussi par la transpiration et l'expiration pulmonaire. De même, la menstruation est une élimination de substances inutiles chez la femme nubile non enceinte.

4 : BESOIN DE SE MOUVOIR ET MAINTENIR UNE BONNE POSTURE : Se mouvoir et maintenir une bonne posture est une nécessité pour tout être vivant d'être en mouvement, de mobiliser toutes les parties de son corps par des mouvements coordonnés et de les garder bien alignées pour permettre l'efficacité des différentes fonctions de l'organisme. La circulation sanguine est favorisée par les mouvements et les activités physiques.

5 : BESOIN DE DORMIR ET DE SE REPOSER : dormir et se reposer est une nécessité pour tout être humain de prendre du sommeil et du repos dans de bonnes conditions, en quantité suffisante afin de permettre à l'organisme d'obtenir son plein rendement.

6 : BESOIN DE SE VETIR ET DE SE DEVETIR : se vêtir et se dévêtir est une nécessité propre à l'individu de porter des vêtements adéquats selon les circonstances (temps du jour, activités) pour protéger son corps de la rigueur des climats (froid, chaud, humidité) et permettre une liberté de mouvements. Pour certaines sociétés, c'est par pudeur que l'on s'habille. Si le vêtement permet d'assurer le bien-être et de protéger l'intimité sexuelle des individus, il représente aussi une signification d'appartenance à un groupe, à une idéologie ou à un statut social. Le vêtement peut aussi devenir un élément de communication par l'attrait qu'il suscite entre les individus.

7 : BESOIN DE MAINTENIR LA TEMPERATURE CORPORELLE DU CORPS DANS LES LIMITES NORMALES : Maintenir la température du corps dans les limites normales est une nécessité pour l'organisme de conserver une température à un degré à peu près constant (l'écart normal chez l'adulte en santé se situe entre 36,1° et 38°) pour maintenir dans un état de bien-être.

8 : BESOIN D'ETRE PROPRE , SOIGNE ET PROTEGER SES TEGUMENTS : être propre, soigné, et protéger ses téguments(peau et muqueuses) est une nécessité pour l'individu de garder son corps propre, d'avoir une apparence soignée et de maintenir la peau saine afin qu'elle puisse jouer son rôle de protection contre toute introduction dans l'organisme de poussières, de microbes, etc....

9 :BESOIN D'EVITER LES DANGERS : éviter les dangers est une nécessité pour l'être humain de se protéger contre toute agression interne ou externe pour maintenir son intégrité physique et psychologique. 1

10 : BESOIN DE COMMUNIQUER : le besoin de communiquer est une nécessité qu'a l'être humain d'échanger avec ses semblables. Il met en branle un processus dynamique verbal et non verbal permettant à des personnes de se rendre accessibles l'une à l'autre, de parvenir à la mise en commun de sentiments, d'opinions, d'expériences et d'informations.

11 : BESOIN D'AGIR SELON SES CROYANCES ET SES VALEURS : Agir selon ses croyances et ses valeurs est une nécessité pour tout individu de poser des gestes, des actes conformes à sa notion personnelle du bien et du mal, et de la justice, et à la poursuite d'une idéologie.

12 : BESOIN DE S'OCCUPER EN VUE DE SE REALISER : s'occuper en vue de se réaliser est une nécessité pour tout individu d'accomplir des activités qui lui permettent de satisfaire ses besoins ou d'être utile aux autres. Les actions que l'individu accomplit lui permettent de développer son sens créateur et d'utiliser son potentiel au maximum. La gratification que l'individu reçoit à la suite de ses actions peut lui permettre d'en arriver à un plein d'épanouissement.

13 : BESOIN DE SE RECREER : Se récréer est une nécessité pour l'être humain de se divertir par une occupation agréable dans le but d'obtenir une détente physique et psychologique.

14 : BESOIN D'APPRENDRE : apprendre est une nécessité pour l'être humain d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habiletés pour la modification de ses comportements ou l'acquisition de nouveaux comportements dans le but du maintien ou du recouvrement de la santé.

*Virginia Henderson (30/11/1897 USA 19/03/1996), infirmière américaine à l'origine du modèle des quatorze besoins fondamentaux.

Source : <http://ifcs.jeun.fr/t846-les-14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson>

3. Annexe n° 3 : Le guide d'entretien

Amandine CRUCHET, étudiante en troisième année à l'IFSI Saint-Louis à Paris. Je souhaite dans le cadre de mon travail de fin d'étude, effectuer des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers régulièrement confrontés à des prises en charge en préhospitalier. Ces entretiens seront enregistrés auditivement. Ils seront individuels et anonymes, d'une durée de 20-30 minutes. Ils me permettront d'élaborer une problématique professionnelle ainsi qu'une question de recherche.

1. Quel est votre parcours professionnel ?

Question de relance : Depuis combien de temps travaillez-vous au SMUR?

2. Qu'est-ce qu'une situation d'urgence vitale pour vous ?

Question de relance : qu'est-ce qu'une urgence vitale ?

3. Que représentent les soins relationnels pour vous et leur place dans votre pratique professionnelle en préhospitalier ?

Question de relance : Comment établissez-vous une relation en préhospitalier ?

4. Que pensez-vous de l'influence des soins techniques sur le relationnel ?

Question de relance : Et dans votre pratique au quotidien en préhospitalier ?

5. Comment établissez-vous une relation soignant-soigné dans vos prises en charge préhospitalières ?

Question de relance : Sur quoi vous appuyez-vous ? les moyens que vous utilisez ?

6. Quels sont au regard de votre expérience, les facteurs pouvant favoriser une relation dans une situation d'urgence vitale ?

Question de relance: Pensez-vous qu'il puisse y avoir des facteurs freinant une relation ?

7. Dans quelle mesure l'expérience professionnelle facilite une relation soignant-soigné dans les situations d'urgence vitale ?

Question de relance : A votre avis, l'expérience favorise-t-elle la place du relationnel dans les situations d'urgence ?

8. Peut-on dire que la relation soignant-soigné dans l'urgence préhospitalière est différente de celle à l'hôpital ?

Question de relance : si oui, dans quelles mesures ?

9. Au fur et à mesure de vos prises en soin, ajustez-vous vos soins relationnels ?

Question de relance :mettez-vous en place des méthodes, un relationnel différent avant, pendant ou après les situations d'urgence vitale ?

10. Avez-vous des formations continues incluant la démarche relationnelle dans votre pratique professionnelle ?

Question de relance : pensez-vous qu'une formation spécifique au relationnel en situation d'urgence vitale serait un plus dans votre pratique professionnelle ?

11. Auriez-vous quelque chose à ajouter que je n'ai pas évoqué mais qui vous semble important ?

Question de relance : Avez-vous des questions ?

Je vous remercie pour vos réponses et pour le temps que vous m'avez accordé.

4. Annexe n° 3 : L'analyse du guide d'entretien

Question	Pourquoi cette question ?	Quels éléments du cadre de références sont en lien ?	Éléments recherchés
<p>1 : Pouvez-vous vous présenter ?</p> <p><i>Question de relance : Depuis combien de temps travaillez-vous au SMUR?</i></p>	<p>Afin de savoir depuis combien de temps l'IDE exerce dans ce domaine (si c'est une novice ou une IDE expérimentée).</p> <p>Savoir si l'IDE a travaillé dans d'autres services en lien avec la médecine d'urgence précédemment.</p> <p>Cela me permettra donc de savoir sur quelles expériences ses réponses sont basées.</p>	<p>Les compétences spécifiques de l'IDE dans le cadre de l'urgence et en préhospitalier</p> <p>Les concepts de l'expérience et les compétences</p>	<p>Expérience de l'urgence</p> <p>Expériences antérieures</p>
<p>2 : Qu'est-ce qu'une situation d'urgence vitale pour vous ?</p> <p><i>Question de relance : qu'est-ce qu'une urgence vitale ?</i></p>	<p>Afin de connaître la représentation de l'urgence vitale de l'IDE ainsi que son ressenti face à celle-ci et le vécu de l'urgence. Tous les soignants n'ont pas la même vision de l'urgence vitale.</p>	<p>Définition de l'urgence vitale</p> <p>Définition de l'urgence</p>	<p>Représentation de l'urgence</p>
<p>3 : Que représentent les soins relationnels pour vous et leur place dans votre pratique professionnelle en préhospitalier ?</p>	<p>Afin de connaître l'importance accordée aux soins relationnels dans la pratique professionnelle de l'IDE en préhospitalier.</p>	<p>La personne soignée</p> <p>La relation soignant-soigné</p>	<p>Perception des aspects relationnels dans une situation d'urgence</p> <p>Représentation des soins relationnels en situation d'urgence</p> <p>Représentation professionnelle</p>

<p><i>Question de relance : Comment établissez-vous une relation en préhospitalier ?</i></p>			<p>Connaissances sur les soins relationnels</p>
<p>4 : Que pensez-vous de l'influence des soins techniques sur le soin relationnel ? et pourquoi ? <i>Question de relance : Et dans votre pratique au quotidien en préhospitalier ?</i></p>	<p>Afin de savoir si les soins techniques peuvent avoir une influence positive ou négative dans une relation soignant-soigné en situation d'urgence vitale. Pour évaluer si une IDE novice et une IDE expérimentée a le même ressenti et le même positionnement en fonction de son expérience.</p>	<p>Les compétences de l'infirmier(e) La définition de l'urgence vitale La personne soignée Le concept de l'expérience et compétences</p>	<p>Perception des aspects techniques dans une situation d'urgence Représentations professionnelles Place des soins relationnels en situation d'urgence par rapport aux actes techniques infirmiers</p>
<p>5 : Comment établissez-vous une relation soignant-soigné dans vos prises en charge préhospitalières? <i>Question de relance : Sur quoi vous appuyez-vous ? Les moyens que vous utilisez ?</i></p>	<p>Afin de connaître les moyens et techniques mis en place par le soignant dans ses prises en charge</p>	<p>Le concept de communication Les concepts de compétences et expériences La personne soignée</p>	<p>Perception et ressenti de la prise en soin des patients en situation d'urgence Approche pratique des soins relationnels</p>
<p>6 : Quels sont au regard de votre expérience, les facteurs pouvant favoriser une relation dans une</p>	<p>Afin de savoir si les éléments mis en évidence par l'IDE favorisent une relation et de comparer ceux-ci en fonction de leur expérience</p>	<p>Les concepts de l'expérience et compétence La relation soignant-soigné</p>	<p>Représentation personnelle, psychologique, professionnelle</p>

<p>situation d'urgence vitale ?</p> <p><i>Question de relance: Pensez-vous qu'il puisse y avoir des facteurs freinant une relation ?</i></p>		<p>La personne soignée</p>	
<p>7 : Dans quelle mesure l'expérience professionnelle facilite une relation soignant-soigné dans les situations d'urgence vitale ?</p> <p><i>Question de relance : A votre avis, l'expérience favorise-t-elle la place du relationnel dans les situations d'urgence ?</i></p>	<p>Pour savoir si l'ancienneté est un facteur de réussite dans une relation soignant-soigné dans l'urgence vitale en préhospitalier ?</p> <p>Pourquoi l'expérience est un facteur de réussite au vu de sa propre ancienneté et expérience</p>	<p>Les concepts de l'expérience et compétence</p> <p>La relation soignant-soigné</p> <p>La personne soignée</p>	<p>Perception des soins relationnels</p> <p>Perception et ressenti dans la prise en soin globale de patient en situation d'urgence</p>
<p>8 : Peut-on dire que la relation soignant-soigné dans l'urgence préhospitalière est différente de celle à l'hôpital ?</p> <p><i>Question de relance : si oui, dans quelles mesures ?</i></p>	<p>Afin de savoir si un soignant peut mettre en place une relation soignant-soigné en préhospitalier au vu de la temporalité courte des prises en charge et de comparer à celle de l'hôpital ?</p> <p>Connaitre les particularités des soins relationnels en préhospitalier.</p>	<p>La relation soignant-soigné</p> <p>L'urgence préhospitalière</p> <p>La personne soignée</p>	<p>Intérêt des soins relationnels en situation d'urgence</p> <p>Influence des soins relationnels sur la prise en soins en urgence</p>

<p>9 : Au fur et à mesure de vos prises en soin, ajustez-vous vos soins relationnels ?</p> <p><i>Question de relance :mettez-vous en place des méthodes, un relationnel différent avant, pendant ou après les situations d'urgence vitale ?</i></p>	<p>Afin de connaître s'il y a des moyens d'évaluation des techniques mis en place par le soignant dans sa pratique professionnelle de l'urgence</p>	<p>La relation soignant-soigné</p> <p>La personne soignée</p> <p>Le concept de communication</p>	<p>Moyens utilisés pour établir une relation de confiance</p> <p>Mots utilisés dans la relation avec le patient</p> <p>Ce que l'on peut dire ou pas au patient en situation d'urgence</p>
<p>10 : Avez-vous des formations continues incluant la démarche relationnelle dans votre pratique professionnelle ?</p> <p><i>Question de relance : pensez-vous qu'une formation spécifique au relationnel en situation d'urgence vitale serait un plus dans votre pratique professionnelle</i></p>	<p>Afin de connaître si l'IDE en préhospitalier a eu une formation permettant de favoriser cette relation soignant-soigné.</p>	<p>Urgences préhospitalières</p> <p>Concept d'expérience</p> <p>La personne soignée</p>	<p>Intérêt de la relation soignant-soigné</p> <p>Connaissance de ses limites, confiance en soi</p> <p>Maîtrise de soi et de ses actes</p>
<p>11 : Auriez-vous quelque chose à ajouter que je n'ai pas évoqué mais qui vous semble important ?</p>	<p>Afin de laisser l'IDE s'exprimer librement.</p>	<p>Autre</p>	<p>Autre</p>

*Question de relance :
Avez-vous des
questions ?*

--

--

--

5. Annexe n°5 : Verbatim entretien IDE Jean-Philippe

Durée de l'entretien : 21 minutes

Lieu : Caserne de pompiers en Seine-et-Marne

Identité: Jean-Philippe, 42 ans.

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Je m'appelle Jean-Philippe et j'ai 43 ans, je suis diplômé depuis 1999, j'ai fait un an en réanimation cardiaque, 6 ans aux urgences de Montfermeil, et 10 ans aux urgences/SMUR de Lagny-Jossigny et depuis 2016, je suis infirmier sapeur-pompier-professionnel au SDIS 77, avec une activité de sapeur-pompier-volontaire depuis 2007 en tant infirmier sapeur-pompier-volontaire.

Question 2 : Qu'est-ce qu'une situation d'urgence vitale pour vous ?

Une situation d'urgence vitale est une situation qui ne peut souffrir d'une prise en charge retardée, c'est-à-dire que le facteur temps influe sur la prise en charge, sinon ça peut vite se dégrader jusqu'à la mort.

Question 3 : Que représentent les soins relationnels pour vous et leur place dans votre pratique professionnelle en préhospitalier ?

...Ah bah... les soins relationnels, c'est la base du soin déjà ...euh... à partir de là c'est notre corps de métier en tant qu'infirmier et la place dans ma pratique en préhospitalier, et bah c'est une des premières choses à faire quand on arrive auprès d'une personne, enfin d'un patient ou d'une patiente c'est déjà d'avoir un contact relationnel. Et j'aimerais dire surtout dans le cadre d'une urgence parce qu'on voit que dans le cadre d'une urgence, les gens ont besoin en premier d'être rassurés et des fois ça peut jouer sur leur comportement, ils acceptent mieux les soins et on perd moins de temps du coup. Le fait d'avoir un relationnel adapté, on perd moins de temps à faire accepter les soins et nous on perd moins de temps dans la prise en charge.

Question 4 : Que pensez-vous de l'influence des soins techniques sur le soin relationnel ? et pourquoi ?

Alors effectivement, les soins techniques influent sur le relationnel, en fait c'est tout une question d'expérience entre guillemet car on sait qu'un soin qu'on pratique souvent c'est un soin qu'on peut faire machinalement entre guillemet et le fait de le faire machinalement ça libère notre esprit pour pouvoir avoir un relationnel et quelques fois sans parler du côté infirmier, le médecin qui est concentré à faire un soin technique, qui est justement, qui l'empêche d'avoir un relationnel adapté à la personne ...bah... du coup c'est l'infirmier ou l'infirmière qui va prendre en relais le côté relationnel en expliquant les choses et justement pour essayer de désamorcer une angoisse qui peut monter auprès du patient.

Question 5 : comment établissez-vous une relation soignant-soigné dans vos prises en charge préhospitalières ?

Alors déjà, il faut toujours être calme, ...euh...le début de la prise en charge ça commence par une présentation, un bonjour un contact visuel regarder dans les yeux, ça c'est important et ça rassure la personne. Quelqu'un, un soignant qui va avoir un regard fuyant, c'est un soignant qui va essayer de se cacher de quelque chose et ça peut générer de l'angoisse auprès du patient. Donc il faut, donc voilà, la prise en charge commence déjà par un contact verbal et un contact visuel donc un bonjour avec les yeux dans les yeux, pourquoi pas avec un sourire parce que le fait de sourire ça peut montrer qu'on n'est pas stressé et le fait de montrer qu'on n'est pas stressé du coup joue sur le ressenti de la victime.

Question de relance : sur quoi vous appuyez vous ? les moyens que vous utilisez ?

Déjà on commence par ça, si je vois que la personne a vraiment, montre un signe angoisse etc... je vais lui mettre la main sur l'épaule ou lui prendre la main en lui disant ne vous inquiétez pas et en fait j'y vais sans être intrusif bien sûr je ne me jette pas sur la personne mais avec des gestes lents et calmes comme je disais même si des fois la situation demande qu'on se dépêche. En fait il faut toujours même par exemple au moment où je mets le garrot je lui prends le bras ça fait partie du contact et je n'y vais pas avec agressivité en tout cas. Parce que justement

l'agressivité peut être interprétée comme du stress et si le patient voit que le soignant est stressé, il se dit oulala ça doit être grave du coup ça majore son anxiété.

Question 6 : Quels sont au regard de votre expérience, les facteurs pouvant favoriser une relation dans une situation d'urgence vitale ?

Alors les facteurs pouvant favoriser une relation ...euh... dans une urgence vitale, alors euh. Moi je pense que tout est dans le ton de la voix et surtout essayer de rassurer, même si des fois on est face à une situation gravissime, alors c'est sûr il ne faut pas mentir au patient effectivement on ne va pas lui dire tout de suite, c'est grave vous allez mourir, on va éviter de dire ça, par contre on va dire plutôt oui c'est grave. Par exemple, c'est un infarctus si le patient nous demande si c'est grave oui c'est grave un infarctus, ce qui est bien c'est qu'on sait ce que vous avez donc on va vous faire les traitements qu'il faut et on va vous emmener à un endroit où on va pouvoir vous guérir vous soigner, voilà. Et ça le fait d'avoir un discours franc, direct mais rassurant, ce n'est pas incompatible. On peut rassurer les gens en étant franc et justement, ce qui ne les rassure pas c'est quand ils voient qu'on essaye de tourner autour du pot et qu'on ne répond pas à leur question ça majore un stress, explique aussi ce qu'est un infarctus avec des mots simples parce que des fois le médecin va employer des termes médicaux pas forcément compréhensibles par le patient donc le rôle de l'infirmier ou de l'infirmière, c'est de et notamment en préhospitalier, c'est de reformuler ce que le médecin a dit dans un langage un peu plus terre à terre et familier en tout cas avec des mots que le patient peut comprendre. Une communication simple, claire et précise favorise cette relation. Encore une fois, l'expérience des interventions, l'aisance dans sa technique favorise aussi la relation car on peut allier les deux à la fois, quand on est jeune dans le diplôme on se concentre plus sur la technique que sur le relationnel.

Question 7 : Dans quelle mesure l'expérience professionnelle facilite une relation soignant-soigné dans les situations d'urgences vitales ?

C'est un peu ce que je disais plus haut, c'est-à-dire le fait de connaître les soins qu'on a à faire, les soins techniques, ça nous libère l'esprit pour pouvoir aborder une victime et avoir un relationnel, parce que du coup on est assez détaché du soin technique qu'on maîtrise normalement quand on est en smur on maîtrise la pose de voies veineuses, la préparation de

médicaments, et ça nous empêche pas pendant que l'on prépare un médicament , une perfusion ou de poser une perfusion de communiquer avec le patient.

Question 8 : Peut-on dire que la relation soignant-soigné dans l'urgence préhospitalière est différente de celle à l'hôpital ?

Oui, elle n'est pas pareille car on est pas dans le même environnement, le fait d'être à l'hôpital on peut considérer que la situation est posée entre guillemet, puisque on est ...euh... même pour le patient, c'est-à-dire il sait qu'on a quasiment tout à proximité, on est dans une salle qui est à température confortable on va dire, pas forcément de bruit autour, tes collègues pas loin pour t'aider au besoin, l'environnement d'un hôpital normal entre guillemet et le soignant derrière sait qu'il est chez lui, entre guillemet il sait où se trouve le matériel tout ça, donc, ... euh... le fait d'être en préhospitalier c'est du sur mesure parfois, c'est un peu compliqué, on peut être un peu perturbé par ça et le fait que les patients ne soient pas dans la même condition avec des badauds autour ça peut générer du stress, de l'agressivité. Et ça, effectivement c'est une chose, qu'on ne peut pas forcément comparer les deux préhospitalier et hospitalier. Pour avoir pratiqué les deux, ce n'est pas la même chose. Après sur le plan préhospitalier, ce qui est confortable c'est qu'on est beaucoup pour une victime et ça ça favorise justement la communication alors qu'à l'hôpital c'est plutôt l'inverse, il y a beaucoup de patients pour un soignant et des fois on est happé par la charge de travail et on n'a pas le temps de répondre malheureusement aux angoisses des patients. Donc ça aussi il y a du pour et du contre, mais c'est pour ça que la prise en charge préhospitalière et la prise en charge hospitalier n'est pas la même.

Question 9 : Au fur et à mesure de vos prises en soin, ajustez-vous vos soins relationnels ?

Toujours, c'est du sur mesure. C'est du sur mesure selon l'état d'anxiété du patient, de son niveau de compréhension, de la pathologie rencontrée , de la traumatologie aussi, de la douleur, donc à chaque fois c'est du sur mesure, on arrive on ne sait pas. C'est le principe de l'urgence, on ne sait pas sur quoi on va tomber, donc à chaque fois on s'adapte avec toujours le même principe, c'est-à-dire rester humble et rester humain, c'est le principe de base, après chaque prise en charge est différente donc y a pas un mode de prise en charge décrit par des organigrammes voilà.

Question 10 : Avez-vous des formations continues incluant la démarche relationnelle dans votre pratique professionnelle ?

Alors ce n'est pas écrit comme ça mais où j'ai eu des formations plus sur la gestion du stress et de la violence, parce que pour avoir un long cursus aux urgences, j'ai été maintes et maintes fois confronter à des agressions qu'elles soient verbales ou physiques. Et c'est vrai que c'est un thème qui m'a dérangé lorsque j'ai été aux urgences et j'ai exprimé un besoin de formation par rapport à ça. A partir du moment où l'on comprend les mécanismes de l'agressivité et bien sûr je sors de tout ce qui est psychiatrie ... euh... ou toxique alcool et drogue ou là effectivement c'est un peu plus compliqué en tout cas quand on comprend le mécanisme de l'agressivité...euh... on arrive à désamorcer justement par un soin relationnel on arrive à désamorcer des situations, car on sait que la violence ou l'agressivité c'est un mode de communication. Un mode de communication qui pour la personne qui développe ce comportement violent, pour elle c'est la seule façon de s'exprimer de faire passer un message, c'est le seul moyen de sa communication. Si en amont on a montré qu'on avait compris le pourquoi de la souffrance de cette personne derrière il n'y a plus lieu d'avoir un passage à l'acte violent. Et à partir de ça, c'est qu'à chaque personne que j'ai encadré aux urgences ou au smur, je leur disais les gens quand on intervient pour eux ils ont d'abord besoin d'être rassurés voilà encore une fois comme l'histoire de l'infarctus on n'est pas là pour leur mentir mais pour les rassurer, on vous fait un électro, ne vous n'inquiétez pas on va vous prendre en charge.

Question de relance : est-ce que cette formation vous a permis de favoriser un bon relationnel en préhospitalier?

Oui, les formations que j'ai pu avoir m'ont permis au smur d'avoir un bon relationnel avec mes patients, justement ma prise en charge globale du patient a changé et qu'elle soit en préhospitalier ou en hospitalier j'ai compris certaines choses et à partir de là, je pense que j'ai changé ma façon d'aborder les patients ... euh... et donc oui ce type de formation même si à la base ces formations étaient pour la pratique hospitalière elles m'ont été utiles dans ma pratique préhospitalière.

Question 11 : Auriez-vous quelque chose à ajouter que je n'ai pas évoqué mais qui vous semble important?

...euh... Nous avons balayé beaucoup de choses, mais effectivement avec l'expérience nous arrivons à prendre en charge plus facilement nos patients et allier les soins techniques et relationnels. Tout ça c'est le fonctionnement cérébral, c'est-à-dire que quand tu fais plusieurs choses, tu peux faire certaines choses en automatique, et les choses qui ne sont pas automatiques, ça va occuper une place importante pas toute la place quoique des fois ça peut occuper toute la place mais du coup, ça ne laisse plus de place au relationnel. Car pour avoir un relationnel ça sous-entend que si tu poses une question, il faut écouter la réponse, réfléchir etc...donc en fait une conversation ça occupe une grande place. Donc si cette grande place est déjà occupée par la réalisation d'un soin technique donc, du coup effectivement tu ne peux plus forcément avoir cette relation, cette discussion. Tu peux également avoir une relation avec un patient dans le coma par exemple en expliquant ce que tu fais après je pense que le relationnel, peut être que je me trompe mais il faut l'avoir beaucoup avec la famille, l'entourage, et le relationnel auprès de gens dans le coma, après il y a différents stades de coma aussi, si on parle d'un Glasgow 3 ou d'un Glasgow 8 on n'est pas tout à fait pareil au niveau relation effectivement. Je te parle de quelqu'un en Glasgow 3, la relation elle est importante au long cours c'est à dire dans le service de réanimation où ils sont hospitalisés, effectivement à chaque fois il va falloir expliquer chaque soin et ce que l'on va faire parce qu'eux vont le prendre comme une agression. Dans le cadre d'une urgence vitale, effectivement s'ils sont en Glasgow 3, l'urgence est plus à faire du soin technique car là il faut tout faire d'un seul coup, et prendre en charge et en compte l'entourage. Je pense que le plus important c'est ça. Et ne pas oublier que le relationnel fait partie intégrante des soins infirmiers. Je pense avoir fini avec mes réponses.

6. Annexe n°6 : Verbatim entretien IDE Cécile

Durée de l'entretien : 18 minutes

Lieu : SMUR Provins en Seine-et-Marne

Identité: Cécile, 33 ans

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Alors moi c'est Cécile, j'ai 32 ans et j'ai été diplômée en 2008. ...euh... J'ai commencé à travailler en janvier 2009 aux urgences adulte et pédiatrique de l'intercommunal à Créteil, où je suis restée jusqu'en mai 2015. Et après, j'ai eu mes enfants et j'ai repris le travail en mars ou avril 2016, j'ai fait des vacances pendant 2 mois parce que j'étais encore en congés, dans des urgences, là j'ai été aux urgences de la clinique de Tournan, j'ai fait les urgences de la clinique du val d'Hyères et après, depuis juillet 2016, je suis en poste aux urgences/SMUR de Provins en parallèle je suis sapeur-pompier volontaire depuis 16 ans au SDIS de Seine-et-Marne.

Question 2 : Qu'est-ce qu'une situation d'urgence vitale pour vous ?

Alors c'est une situation où le pronostic vital du patient est engagé. C'est un patient si tu ne fais pas de gestes techniques rapides et si tu ne fais pas de thérapeutique de suite ...euh ..., bah il va décéder. Il faut agir vite, avec des actes reflexes sans avoir besoin de réfléchir.

Question 3 : Que représentent les soins relationnels pour vous et leur place dans votre pratique professionnelle en préhospitalier ?

Euh...Les soins relationnels pour moi, c'est une part importante du soin, ça permet déjà d'établir un premier contact avec le patient et d'établir une relation soignant-soigné. Le fait de se présenter : voilà je m'appelle Cécile je suis l'infirmière qui va s'occuper de vous c'est déjà important. Euh...Et après leur place dans ma pratique professionnelle en préhospitalier, ...euh... c'est important aussi car les gens, ils sont dans une situation qui n'était pas prévue, on arrive chez eux, soit sur le bord de la route, tu t'occupes d'un parent, d'un enfant enfin peu importe de qui tu t'occupes d'ailleurs, mais il faut rassurer les gens ...euh..., on ne peut pas

arriver auprès d'un patient et lui dire voilà je vous pique sans expliquer ce que l'on va lui faire. Le fait de leur expliquer les gestes que l'on va leur faire : je vais vous faire ci, je vais vous faire ça, on le fait pour ci, on le fait pour ça et expliquer en fait ça facilite nos soins et l'acceptation du patient aux soins techniques donc c'est super important dans nos prises en charge les soins relationnels.

Question 4 : Que pensez-vous de l'influence des soins techniques sur le soin relationnel ? et pourquoi ?

...Euh... Les soins techniques ça influent sur le soin relationnel. L'expérience favorise ça car une fois qu'on est à l'aise avec la technique on peut se concentrer sur le relationnel. Dans le sens où si je suis à l'aise pour perfuser et que je sais que je réussis dans la pratique de tous les jours 99% de mes perf, ...euh... je me dis que ce n'est pas parce que je suis en préhospitalier que je vais toutes les rater. Avoir confiance dans sa propre technique te permet de te dire, ça je maîtrise, inconsciemment ton esprit se libère pour faire autre chose être disponible pour autre chose. Si déjà tu dis je sais qu'il faut que mon soin soit fait comme ça dans cet ordre, j'ai confiance en moi, tu sais que ton soin entre guillemet va être réussi du coup tu as du temps pour te concentrer à rassurer les patients, à parler, expliquer, et effectivement ça met les gens en confiance et du coup ça les rend coopérants aux soins parce qu'il y a des gens quand on arrive chez eux ils n'ont pas envie qu'on les soigne, mais il faut. Le fait d'avoir mis une relation de qualité et de confiance ne serait-ce que dans le soin technique...euh... au final le médecin il parle au patient mais après c'est toi en tant infirmier qui est plus près du patient. L'ambulancier il va t'aider à faire l'électro, préparer ton matériel pour perfuser mais ce n'est pas lui qui est le plus dans la relation avec le patient. Donc ça aide le patient à comprendre ce qu'il lui arrive, et à le rendre coopérant aux soins.

Question 5 : Comment établissez-vous une relation soignant-soigné dans vos prises en charge préhospitalières ?

... Euh... Déjà à mon arrivée, je me présente au patient bonjour je suis Cécile l'infirmière du SAMU, déjà ça crée une proximité avec le patient, ça permet au patient d'établir la fonction, ça aide les patients, je sais qui c'est. Après tout dépend de l'âge des gens, je ne vais pas parler de la même façon à un enfant, un adulte qu'à une personne âgée. Il faut adapter son langage au patient. Ce qui aide à rassurer aussi, c'est ne pas éloigner les proches quand ils sont présents,

ça ne me gêne pas de techniquer un patient avec la famille à côté , on intervient chez eux on rentre dans leur intimité, il ne faut pas l'oublier, ça aide aussi à établir une bonne relation soignant-soigné.

Question de relance : sur quoi vous appuyez vous ? les moyens que vous utilisez ?

Je m'appuie beaucoup sur le langage, je parle facilement, j'essaie de mettre les gens à l'aise en utilisant par exemple l'humour quand je vois que les patients sont réceptifs avec cette méthode malgré la gravité. Et je ne mens jamais au patient : si c'est grave je leur dis. En fonction de la situation, j'adapte mes méthodes d'approche pour aider à faire les soins et j'écoute les patients quand ils veulent parler. Euh...Après je pense que la relation soignante-soigné ça passe vraiment par se présenter , d'être avenant et de dire aux gens qu'on est là pour les aider en réalisant des gestes adaptés à leur état de gravité.

Question 6 : Quels sont au regard de votre expérience, les facteurs pouvant favoriser une relation dans une situation d'urgence vitale ?

Pouvant favoriser... les facteurs...Ce qui favorise la relation, c'est déjà de maîtriser la technique propre à l'urgence, de connaître son matériel, son emplacement dans le camion, toutes les possibilités des thérapeutiques au SMUR. D'avoir confiance en soi, en sa technique, ses capacités et ses limites. C'est important de se dire aussi que l'on travaille en équipe nous ne sommes pas seules, le médecin est présent également et on est deux pour un patient pendant un certain temps. On lui est dédié. L'équipe fait beaucoup, on peut se permettre d'être plus présent pour le patient quand tu sais que ton équipe a confiance en toi et vice versa. L'équipe te permet aussi de faire du relationnel, en te permettant de te dégager de quelques actes. ...euh...Comme l'ECG, si l'ambulancier est formé, il peut réaliser l'acte pendant que toi tu favorises cette relation avec le patient. L'expérience, la maîtrise et la capacité relationnelle favorise pour moi une bonne relation.

Question 7 : Dans quelle mesure l'expérience professionnelle facilite une relation soignant-soigné dans les situations d'urgence vitales ?

L'expérience ça fait tout, ça revient à ce qu'on a dit tout à l'heure. L'expérience aussi te permet d'acquérir de l'aisance dans la maîtrise du soin, dans les médicaments que tu utilises au smur. L'expérience ça te permet aussi de connaître le déroulé d'une intervention, de se dire il va falloir que là je réalise à l'arrivée mon approche du patient, l'ECG, la pose de voie veineuse, l'expérience te permet d'être efficace. La relation soignant soigné ne se fait pas qu'avec le patient, mais ça te permet aussi de prendre en compte l'entourage en préhospitalier, on ne peut pas le laisser de côté. Te sentir à l'aise dans le déroulé des interventions te permet aussi de savoir quand tu peux te détacher pour entretenir une relation avec le patient, la famille et l'entourage. Avec l'expérience on arrive à allier soins techniques et soins relationnels avec l'expérience ce qui fait de toi une bonne infirmière.

Question 8 : Peut-on dire que la relation soignant-soigné dans l'urgence préhospitalière est différente de celle à l'hôpital ?

Je dirai que c'est complètement différent même, à l'hôpital on a un premier contact rapidement avec le patient le temps de l'installation par exemple, le contexte est plus posé, mais la charge de travail est très importante mettant de côté parfois cet aspect relationnel. ...euh ... A l'hôpital les prises en charge sont systématisées, les choses sont cadrées tu es dans un cadre entre guillemets parfait, tu connais le service tu es dans une zone de confort. Il n'y a pas trop de place à l'imprévu, sauf si le patient décompense. Le plus, tu as toujours tes collègues qui peuvent venir t'aider si tu n'arrives pas à réaliser un acte. En préhospitalier, le cadre exercice est différent, tu es la seule infirmière, si tu ne peux pas par exemple pose une VVP le patient ne recevra pas les thérapeutiques. Les médecins ne réalisent pas souvent cet acte. Tu dois t'adapter au cadre où tu es, à l'environnement. Il faut s'adapter aussi au fait que tu intervies dans l'intimité des gens à un moment où ils n'ont pas prévu, c'est très perturbant pour eux. Il faut détailler tout aux patients, car les patients sont emmenés en fonction de leurs pathologies sur des hôpitaux loin de chez eux. Avoir un seul patient en charge au SMUR te permet vraiment de faire du relationnel plus facilement qu'à l'hôpital. Tu te concentres réellement que sur ce patient et tu n'as pas à te dire tiens j'ai 5 patients en attente encore et 4 en box. Le préhospitalier est plus confortable pour établir une relation soignant-soigné malgré la gravité. Mais parfois le patient n'a pas envie de parler et il faut respecter cela.

Question 9 : Au fur et à mesure de vos prises en soin, ajustez-vous vos soins relationnels ?

Au départ, le soin relationnel est plus sommaire, ...euh ... tu expliques ce que tu vas faire et c'est concis car tu as des choses à faire, tu dois être aux aguets. Les informations que le médecin va te transmettre que le patient va te dire. Il faut être concentrée dans les 10-15 premières minutes, le relationnel sera simple. Une fois que tu as une voie veineuse périphérique, en cas d'aggravation tu peux administrer les thérapeutiques plus facilement du coup ça te permet d'être plus tranquille et te dégager et faire du relationnel avec le patient . En Smur cette voie veineuse c'est ta voie de secours tu auras beau faire du relationnel avec ton patient s'il n'est pas perfusé tu ne pourras pas le sauver juste par tes paroles. Mais le relationnel évolue au cours de ta prise en charge, c'est sûr. Parfois juste notre présence rassure le patient et te permet d'avoir une relation de qualité avec lui.

Question 10 : Avez-vous des formations continues incluant la démarche relationnelle dans votre pratique professionnelle ?

...euh... J'en ai eu mais pas spécifiques pour le smur, mais j'ai eu une formation pour le relationnel aux urgences. J'ai eu une formation toucher-massage mais je n'arrive pas à le mettre en place dans ma pratique professionnelle au smur.

Question de relance : est-ce que cette formation vous a permis de favoriser un bon relationnel en préhospitalier?

Effectivement, la formation sur le relationnel aux urgences m'a permis d'avoir une autre vision de ma pratique professionnelle en SMUR et d'avoir une meilleure posture relationnelle avec les patients.

Question 11 : Auriez-vous quelque chose à ajouter que je n'ai pas évoqué mais qui vous semble important?

...euh... Oui. Je voulais juste rebondir et dire que l'équipe est importante, tu ne t'auto-suffis pas pour faire du relationnel, il n'y a pas que l'infirmière et ce qu'elle est qui compte. L'ensemble de l'équipe aide au relationnel avec les patients.

7. Annexe n°7 : Verbatim entretien IDE Léna

Durée de l'entretien : 15 minutes

Lieu : SMUR Haguenau en Alsace

Identité: Léna, 25 ans

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter ?

(silence de quelques secondes et un petit rire) Je m'appelle Léna, j'ai 25 ans. Je suis infirmière urgentiste depuis un an. Mon parcours n'est pas commun puisqu'avant de devenir infirmière je travaillais en tant que sapeur-pompier chez les sapeurs-pompiers de Paris. Cela m'a donné une première expérience dans le secours préhospitalier. J'ai quitté la BSPP (Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris) après un an chez eux et je suis devenue ARM (Assistante de Régulation Médicale) au SAMU 93 (Service d'Aide Médicale d'Urgence) durant 2 ans et demi avant d'intégrer l'IFSI. J'y ai appris l'ensemble des moyens de secours de la chaîne de secours français. Euh...en parallèle de mon métier, je me suis engagée en tant que réserviste au régiment médical de l'armée de terre. Cela m'a appris (entre autres...) la prise en charge pré hospitalière d'un blessé de guerre en zone de conflit.

Question 2 : Qu'est-ce qu'une situation d'urgence vitale pour vous ?

Alors c'est une urgence que l'on doit traiter en priorité avec des actions associant rapidité et efficacité, car le ou les individus concernés risquent leurs vies à très court terme. En d'autres termes, le pronostic vital du patient est engagé. Cela peut être dû soit à un malaise, une maladie, ou à un traumatisme. L'urgence vitale nécessite des gestes de prompt secours associés à l'administration de thérapeutiques d'urgence. Elle est à distinguer de l'urgence relative.

Question 3 : Que représentent les soins relationnels pour vous et leur place dans votre pratique professionnelle en préhospitalier ?

Les soins relationnels sont d'autant plus importants en préhospitalier (bien que plus courts dans la durée que dans un service conventionnel) car ils permettent d'établir une relation de

confiance. Nous pouvons aussi bien intervenir sur la voie publique qu'au domicile du patient. Autrement dit, dans la vie privée du patient, dans son intimité. Le patient est souvent déjà très inquiet par sa pathologie.

Question 4 : Que pensez-vous de l'influence des soins techniques sur le soin relationnel ? et pourquoi ?

Alors (silence de quelques secondes)... euh... je dirai que pour moi cela dépend de la situation et des patients. Mais idéalement, si l'ensemble des gestes effectués sont expliqués et que l'on se montre rassurant, cela passe toujours mieux que si on surprend le patient avec nos soins techniques sans explications préalables.

Question 5 : Comment établissez-vous une relation soignant-soigné dans vos prises en charge préhospitalières ? (sur quoi vous appuyez-vous ? les moyens que vous utilisez ?)

Tout d'abord, à notre arrivée sur les lieux, je me mets à hauteur du patient puis je me présente (mon prénom et ma fonction). Je lui explique tout ce que je fais. Je suis à l'écoute, et je réponds aux questions sans mentir. Souvent, pendant la surveillance, une fois la « phase aigüe » passée, je m'intéresse au mode de vie de la personne, des personnes

Question de relance : sur quoi vous appuyez vous ? les moyens que vous utilisez ?

J'utilise le regard et le toucher. (Silence)

Question 6 : Quels sont au regard de votre expérience, les facteurs pouvant favoriser une relation dans une situation d'urgence vitale ?

Dans l'aspect purement « communication verbale », pour qu'il y ait un échange suffisant il faut que nous parlions la même langue et que la personne parle et entende. Pour ce qui est lié à la situation, l'idéal, c'est le calme. Qu'il y ait le moins de monde possible dans la pièce et un ou deux interlocuteurs seulement (médecin /infirmier).

Question 7 : Dans quelle mesure l'expérience professionnelle facilite une relation soignant-soigné dans les situations d'urgence vitales ?

Dans la mesure où la situation a déjà été vécue (bien que quelques éléments diffèrent), on est plus serein sur les gestes techniques et on peut se concentrer davantage sur les soins relationnels. Ce n'est pas une chose facile de communiquer avec un patient, plus on a d'expérience sur cela, plus on est à l'aise dans nos échanges.

Question 8 : Peut-on dire que la relation soignant-soigné dans l'urgence préhospitalière est différente de celle à l'hôpital ?

Comme mentionné plus haut, la relation soignant-soigné est plus courte dans l'urgence préhospitalière que dans un service conventionnel. ...euh... Dans un service conventionnel il y a un suivi du patient, il peut y séjourner quelques jours. Tandis que dans le préhospitalier, nous sommes en contact durant quelques minutes/heures seulement. Alors, en préhospitalier nous entrons de façon inopinée dans son intimité. La particularité de l'urgence c'est qu'elle est inattendue. Aux urgences, je fais le gros du relationnel en box, quand je m'occupe d'eux. ...euh... Après je les laisse un peu, quand j'ai beaucoup de patients, il m'est difficile d'avoir un bon relationnel avec tous. La charge de travail n'est pas la même qu'en smur. Je suis toute seule pour un patient c'est vraiment confortable pour pouvoir avoir une bonne relation avec lui malgré l'urgence.

Question 9 : Au fur et à mesure de vos prises en soin, ajustez-vous vos soins relationnels ?

Oui, je suis plus à l'aise dans la communication depuis l'obtention de mon diplôme et ma pratique professionnelle, je l'adapte davantage au patient.

Question 10 : Avez-vous des formations continues incluant la démarche relationnelle dans votre pratique professionnelle ?

Il nous arrive de faire des cas concrets en salle de formation avec l'ensemble de l'équipe. Nous évaluons nos pratiques techniques mais aussi relationnelles. Cela est cependant de notre propre initiative.

Question de relance : est-ce que cette formation vous a permis de favoriser un bon relationnel en préhospitalier?

Oui, elle me permet d'améliorer mon regard sur ma pratique professionnelle

Question 11 : Auriez-vous quelque chose à ajouter que je n'ai pas évoqué mais qui vous semble important?

Oui, j'ai quand même une dernière chose à dire, le relationnel est important dans notre pratique professionnelle peut importe nos années de diplômes. Il ne peut que s'améliorer avec notre expérience.

« *Quand l'urgence ne doit pas occulter l'essentiel* »

Résumé : En France, chaque année environ 577 800 interventions sont effectuées par les structures mobile d'urgence et de réanimation. Ma question de recherche est : « *Quelle place l'infirmière accorde-t-elle aux soins relationnels en situations d'urgence vitale en préhospitalier ?* ». L'objectif de cette recherche est d'appréhender la dimension relationnelle du soin dans les situations d'urgence en préhospitalier et d'analyser l'association des gestes techniques et des soins relationnels mis en place par les infirmiers. Pour répondre à cette question, j'ai effectué de nombreuses recherches sur l'urgence vitale, la personne soignée, les soins relationnels, la relation de soutien, la relation de confiance et la communication. J'ai réalisé une enquête exploratoire qualitative avec trois infirmiers confrontés aux urgences préhospitalières, à l'aide de trois entretiens cadrés semi-dirigés. Au travers des entretiens, j'ai pu constater que l'instauration d'une relation soignant-soigné était primordiale dans la pratique en préhospitalier. De plus, l'expérience professionnelle est un facteur favorisant cette relation car les infirmiers peuvent allier soins techniques et soins relationnels. La dimension relationnelle aurait une plus-value dans les prises en charge en préhospitalier.

Mots clés : Infirmier, Soins relationnels, Urgence préhospitalière, Relation soignant-soigné

“When emergency should not hide the essential”

Abstract: In France, approximately 577,800 interventions are carried out each year by mobile emergency and resuscitation structures. My research question is "What place does the nurse give to relational care in vital emergency situations in pre-hospital settings? ». The aim of this research is to understand the relational dimension of care in prehospital emergency situations and to analyse the association of technical gestures and relational care implemented by nurses. To answer this question, I realized a qualitative exploratory on the vital emergency, the patient relational care, the supportive relationship, the relationship of trust and on communication. I directed an exploratory qualitative survey with three nurses confronted with prehospital emergencies, using three semi-directed framed interviews. Through the interviews, I was able to observe that the establishment of a nurse-patient relationship was essential in prehospital practice. Moreover, professional experience is a factor that promotes this relationship, as nurses can combine technical and relational care. The relational dimension would have an added value in prehospital care.

Keywords: Nurse, Relational care, Prehospital emergency, Nurse-patient relationship