

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS CAMPUS PICPUS

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

***L'urgence et l'humain, quand l'un ne va pas sans
l'autre***

Mémoire de fin d'étude présenté en vue de l'obtention du
Diplôme d'État d'Infirmier par :

MARIE BLANC

Promotion : 2020 – 2023
Date de remise : 30/05/2023

Sous la direction de
Madame Patricia Klausner

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 tout d'abord à remercier Madame Patricia Klausner, ma Directrice de mémoire pour sa bienveillance, ses conseils et son accompagnement durant la construction de ce travail.

Je souhaite aussi remercier l'ensemble des formateurs de l'Institut de formation qui m'ont accompagné durant ses trois années de formation et qui m'ont permis d'acquérir les savoirs nécessaires à la réalisation de ce travail.

Merci également à Madame Stéphanie Dias et Madame Amandine Morin, mes référentes de suivi pédagogique, qui au travers de leur exigence concernant les nombreuses analyses de situations réalisées m'ont permis de développer une réflexivité, ainsi que la méthode nécessaire à la construction d'un écrit tel que celui du mémoire de fin d'études.

Je tiens aussi à remercier, les trois infirmiers qui ont participé à mes entretiens, merci pour leur disponibilité, leur bienveillance et leurs échanges.

Je remercie également l'ensemble de personnes qui m'ont aidé à la construction de ce travail, merci à mes amis, qui ont rendu ces trois années de formation bien plus attractives. Merci à ma famille pour leur soutien et leurs encouragements.

Enfin, un grand merci à Briec, sans qui ce travail aurait été sûrement plus difficile, merci pour sa relecture, son soutien inconditionnel et ses encouragements.

« La communication est une science difficile. Ce n'est pas une science exacte. Ça s'apprend et ça se cultive »

Jean-Luc Lagardère

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	SITUATION D'APPEL.....	1
1.	DESCRIPTION DE LA SITUATION.....	1
2.	EXPLORATION DE LA SITUATION.....	3
3.	QUESTION DE DEPART.....	3
III.	CADRE DE REFERENCES.....	4
1.	LA SITUATION D'URGENCE.....	4
a.	<i>Définition de l'urgence</i>	4
b.	<i>L'infirmier face à l'urgence</i>	4
i.	Cadre législatif.....	4
ii.	Référentiel de compétence.....	5
2.	LE SOIN RELATIONNEL.....	6
a.	<i>Le concept de soins</i>	6
b.	<i>La communication</i>	7
i.	Le concept de communication.....	7
ii.	Communication verbale.....	8
iii.	Communication non-verbale.....	8
c.	<i>Relation soignant-soigné</i>	11
i.	Concept de relation soignant-soigné.....	11
ii.	Contre transfert soignant.....	12
IV.	ENQUETE EXPLORATOIRE.....	12
1.	PLAN DE RECHERCHE.....	12
a.	<i>Choix de la méthode et outils d'enquête</i>	12
b.	<i>Sélection de l'échantillon</i>	13
c.	<i>Réalisation</i>	13
2.	ANALYSE DES RESULTATS.....	13
a.	<i>Méthodes d'analyse</i>	13
i.	Analyse thématique.....	14
1.	L'urgence vitale.....	14
2.	Les soins relationnels.....	16
3.	La relation soignant-soigné.....	18
ii.	Analyse transversale.....	21
1.	La représentation de l'urgence vitale en réanimation.....	21
2.	Les clés de la gestion de l'urgence vitale en réanimation.....	21
3.	Les soins relationnels en situation d'urgence vitale en réanimation.....	22
4.	La relation soignant-soigné en situation d'urgence vitale en réanimation.....	22
iii.	Analyse corrélative.....	23
b.	<i>Limite de l'enquête</i>	26
V.	PROBLEMATISATION ET QUESTION DE RECHERCHE.....	27
VI.	CONCLUSION.....	29
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	30

I. Introduction

Après trois années de formation en soins infirmiers riches de connaissances et de rencontres, il est temps de conclure cette formation par la réalisation d'un mémoire de fin d'études.

Ce travail est fondé sur une situation de stage vécue en troisième année de formation, elle s'est déroulée dans un service de réanimation. Cette spécialité était nouvelle pour moi, mais faisait partie des services que je souhaitais découvrir. C'est un service riche tant par la multitude de soins que par la diversité des pathologies rencontrées.

J'ai choisi cette situation, car en tant que future professionnelle de santé, il est important pour moi de me questionner sur les pratiques que je peux rencontrer. Avec ce travail, je souhaite comprendre et analyser la place des soins relationnels lors d'une urgence vitale. Cette réflexion est en lien avec mon projet professionnel, en effet, je souhaite travailler dans un service de réanimation par la suite.

Je vais dans un premier temps, présenter ma situation d'appel. Puis, je vais développer mon questionnement initial qui m'a conduit à ma question de départ. Par la suite, je vais expliciter mon cadre de référence. Enfin, je vais présenter l'ensemble de mon enquête exploratoire avec premièrement la méthode utilisée puis l'analyse des résultats en comparaison avec mon cadre de référence. Cette analyse va me permettre de développer une question de recherche. Je terminerai par conclure sur l'ensemble de mon travail.

II. Situation d'appel

1. Description de la situation

Monsieur W., âgé de quatre-vingt-un ans, vient d'être hospitalisé pour un sepsis sévère, il est marbré stade 5, avec une saturation à 90 % et une température à 38,5°C. À son arrivée, Monsieur W est un patient communicant et calme. À 2h30, lorsque je reviens le voir avec ma tutrice, son état s'est dégradé, il ne parvient plus à me répondre, il bouge les lèvres,

mais aucun son ne sort, il semble comprendre la situation, car il s'agace de ne pas pouvoir nous répondre. Devant l'aggravation de son état, le médecin décide de poser un cathéter veineux central et un artériel en fémoral, puis de l'intuber. À ce moment, l'ensemble de l'équipe soignante est dans la chambre du patient, un infirmier prépare des lignes pour les cathéters et un autre prépare le matériel d'intubation ainsi que les drogues qui seront nécessaires.

Le médecin et l'interne sont en difficulté pour insérer les cathéters. Un troisième infirmier et deux aides-soignants sont dans la chambre, ils sont là en soutien, en attendant que les cathéters soient posés pour réaliser l'intubation. Durant cette situation, aucun soignant ni moi ne communiquons avec le patient. Chaque professionnel réalise des soins techniques ou est en attente pour aider à la suite des soins. Seul le médecin entre en communication avec lui, pour lui demander d'arrêter de bouger. En effet, le patient s'agite et cherche à prendre le champ stérile qu'il a sur l'aîne pour se couvrir le haut du corps rendant la pose des cathéters difficile. Le médecin nous demande de lui tenir les membres. C'est à ce moment que je me rapproche du patient, je viens sous le champ stérile mettre ses mains dans les miennes, pour ne pas qu'il perçoive le geste comme une contrainte, mais plus comme un accompagnement. De plus, je profite de cette proximité, pour d'abord lui expliquer le geste qui est en train d'être effectué, car cela n'avait pas été fait. Le patient me regarde dans les yeux, mais ne me répond pas. Il s'agite de nouveau et l'équipe lui répète qu'il faut arrêter de bouger et que sinon ils ne vont jamais y arriver. Je demande à l'un des aides-soignants un drap pour couvrir le haut du corps du patient, malgré sa température cela pourrait faciliter le geste et le confort du patient, limitant ainsi peut-être son agitation, mais l'aide-soignant me dit que c'est inutile. Je reste donc proche du patient en lui expliquant qu'on le prend en charge le mieux possible. En même temps, les médecins ont réussi à mettre en place les cathéters. De suite, la dynamique change et l'ensemble de l'équipe se prépare pour l'intubation, les thérapeutiques sont prêtes, le matériel pour l'intubation aussi. Étant placée à côté du respirateur, je dois laisser ma place à un infirmier pour qu'il assiste l'intubation et mette en marche le respirateur. Le médecin dit au patient « *On va vous endormir là monsieur* », l'infirmier administre la sédation, l'intubation à lieu à 3 h 15. À 3 h 30, le patient fait un arrêt cardiaque, après dix minutes de réanimation cardiopulmonaire, le patient est stabilisé. On apprendra le soir suivant que le patient est décédé dans la journée.

2. Exploration de la situation

Tout d'abord, cette situation m'interpelle et me questionne sur la notion d'urgence. En effet, la situation est arrivée, car nous sommes dans le contexte de l'urgence vitale, les soins apportés au patient sont dans cette situation, des soins vitaux. Il faut savoir que « *La sepsis sévère et le choc septique sont les complications redoutées de tout processus infectieux. Malheureusement, leurs survenues sont de nos jours encore grevées d'une morbidité et d'une mortalité très élevées* » (Calandra, 2005). De par sa mortalité toujours très élevée, cette pathologie reste très redoutée par les soignants.

De plus, dans cette situation, l'ensemble des soignants sont dans une dynamique de primauté de la vie et cela se fait en réalisant des gestes techniques. En effet, combiner gestes techniques et rapidité de prise en charge dans une situation urgente semble être la prise en charge la plus efficace pour le patient. Les soins techniques s'intègrent dans la prise en charge globale du patient, mais un autre aspect y est aussi rattaché, ce sont les soins relationnels. En mettant au premier plan les soins techniques, les soins relationnels semblent eux être mis sur un second plan.

Dans cette situation, on peut alors se demander quelle est la place accordée aux soins relationnels ? Il semble, en effet, majeur de maintenir la vie et donc de performer avec des gestes techniques. Mais dans cette situation est-il possible d'allier soins techniques et soins relationnels ? Ainsi, on peut se demander si la relation soignant-soigné ne s'est pas établie différemment. Le manque de communication verbale signifie-t-il une absence de relation ? Est-il possible pour autant de considérer que les soins techniques et relationnels soient dissociables de la pratique infirmière ? Comment les soins relationnels et techniques peuvent s'intriquer entre eux lors d'une urgence vitale ?

3. Question de départ

L'ensemble de cette réflexion m'amène à me poser la question suivante : ***En quoi la relation soignant-soigné peut-elle être modifiée par l'urgence vitale ?***

III. Cadre de références

1. La situation d'urgence

a. Définition de l'urgence

Le dictionnaire des concepts infirmiers de Margot Paillard utilise la définition d'Éric Revue, médecin urgentiste, selon lui, « *L'urgence relève de l'absence de prise en charge rapide qui pourrait avoir des conséquences physiques et psychiques durables* » (Paillard, 2021, p. 554). Il existe une notion de rapidité de prise en charge lorsqu'on évoque l'urgence. Bernard Valade donne une définition dans ce sens : « *L'urgence désigne la nécessité d'une intervention rapide, sans laquelle un préjudice irréparable sera créé. Elle se rapporte à ce qui requiert une décision et une action immédiate* » (Valade, 2007). La prise en charge optimale semble être une prise en charge efficace du patient en un minimum de temps. Cette notion de temps et donc de rapidité nécessaire, va être accentuée par le degré de l'urgence. L'urgence vitale, elle, est une situation médicale grave, qui sans une intervention rapide, met en danger immédiat la vie du patient. L'HAS définit l'urgence vitale comme, « *Une situation où la vie du patient est en danger imminent et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés* » (HAS, 2022). L'urgence générale nécessite une prise en charge rapide, mais le risque vital n'est pas premièrement établi, alors que l'urgence vitale, est une situation dans laquelle le pronostic vital est engagé et qui ne peut se résoudre sans une intervention rapide et immédiate des équipes médicales.

b. L'infirmier face à l'urgence

i. Cadre législatif

L'ensemble des actes infirmiers sont régis par plusieurs articles (Articles R4311-1 à D4311-15-2) du CSP. Dans le cadre d'une situation d'urgence, l'infirmier est autorisé à réaliser un certain nombre d'actes qui sont notifiés (*Annexe II*). Ces actes dépendent de son rôle propre et de son rôle sur prescription, ainsi l'infirmier est habilité à mettre en œuvre les protocoles d'urgence établis dans le service. La particularité de la situation d'urgence, est que l'infirmier peut réaliser des actes sur prescription orale. La législation encadre aussi l'infirmier lorsqu'il

est seul à faire face à une situation d'urgence, selon l'article R4311-14, « *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* » (CSP, 2021). L'article R4311-2, indique lui la nécessité d'allier soins techniques et soins relationnels dans la prise en charge du patient : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* » (CSP, 2021). La profession infirmière est très réglementée et l'ensemble des actes autorisés sont indiqués dans le CSP. Les articles disposent de nombreux actes possibles à réaliser, l'ensemble est soumis à l'interprétation de chacun. La loi est là pour donner un cadre réglementaire aux pratiques infirmières, mais tous les actes n'y sont pas décrits, de plus, une certaine interprétation de leur part est possible. Un outil vient en complément du cadre législatif et vient aider le professionnel à définir son champ de compétence, il a été développé par le ministère de la Santé, c'est le référentiel de compétence infirmier.

ii. Référentiel de compétence

La réforme de 2009 vise à favoriser l'apprentissage par compétence, à ce titre, un référentiel de compétence est utilisé pour guider la formation initiale des infirmiers, ainsi que pour l'évaluation de leurs compétences tout au long de leur carrière. Il est décrit que, « *Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'État ne se substituent pas au cadre réglementaire [...]. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels* » (BO Santé, 2009). Ainsi, selon ce référentiel, l'infirmier diplômé d'État est en capacité dans une situation d'urgence de : « *Évaluer les risques dans une situation d'urgence [...] et déterminer les mesures prioritaires* », « *Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations* », « *Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles* ». Le référentiel de compétence est un inventaire détaillé des compétences de l'infirmier, il détaille son savoir-faire technique, relationnel ainsi que ses aptitudes, pour accomplir un acte de manière efficace. D'après le référentiel de compétence de l'infirmier en médecine d'urgence, la définition de la compétence, « *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 qualités » (Boivin et al., 2009). Dans ce même référentiel, Guy Le Boterf en donne une définition plus détaillée, selon lui, la compétence constitue quatre savoirs : « Savoir mobiliser, il faut savoir les mettre en œuvre quand il le faut et dans les circonstances appropriées », « Savoir combiner, sélectionner les éléments nécessaires dans le répertoire des ressources, les organiser et les employer », « Savoir transférer, toute compétence est transférable ou adaptable » et « Savoir-faire éprouvé et reconnu, la compétence suppose la mise à l'épreuve de la réalité » (Le Boterf, 2002). Ainsi, chaque professionnel tout au long de son parcours est amené à développer et construire un ensemble de compétences selon ses connaissances, ses ressources et sa motivation, le tout dans un environnement spécifique.

2. Le soin relationnel

a. Le concept de soins

En médecine, le soin est défini comme, « *Un ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale* » (Académie de médecine, 2023). Le soin inclut deux notions principales, les soins relationnels et les soins curatifs liés aux soins techniques. C'est ce que développe en 1982 Marie-Françoise Collière, il faut d'après elle, « *Discerner la nature des soins qui relèvent des soins coutumiers et habituels [...], des soins de réparation* » (Collière, 1982). Le concept de soin est à interroger dans un ensemble, il prend aussi en compte l'environnement spécifique de chaque situation. En effet, le soin intègre l'individu dans sa singularité et dans sa globalité en prenant en compte ses ressources physiques et psychiques. Les soins relationnels, sont d'après Christine Paillard, « *Des interventions verbales ou non verbales visant à établir une communication en vue d'apporter aide et soutien psychologique à une personne* » (Paillard, 2018, p. 409). Le fondateur de l'association de psychologie humaniste Jacques Salomé ajoute que pour lui se sont, « *L'ensemble des attitudes, des comportements spécifiques et volontaristes, des actes, des paroles, tant réalistes que symboliques, qui sont proposés par un soignant, à une personne. Cela pour lui permettre de s'entendre elle-même, d'être écoutée et entendue, de se relier à son histoire, de rendre la relation soignant-soigné plus aidante* » (Salomé, 1988). Les soins relationnels font partie intégrante de la prise en charge globale du patient, ils sont pourtant souvent

délaissés au profit des soins techniques, définis par Effie J. Taylor comme, « *L'adaptation de la thérapeutique prescrite et du traitement préventif aux besoins physiques et psychiques* » (Taylor, 1934). En effet, selon Françoise Acker, « *Une partie de plus en plus importante des soins relationnels n'est plus assurée par les infirmières des services qui pratiquent les soins techniques* » (ACKER, 2005). Les soins relationnels sont à la base de toute relation de soin et permettent d'humaniser les soins dit techniques, de plus, selon l'article R4311-2, les soins infirmiers doivent intégrer qualité technique et relationnelle (CSP, 2021). Le plus souvent, c'est un ensemble, ou un soin technique est possible et accepté par le patient parce qu'il lui a été présenté à l'aide du soin relationnel.

Lors d'une urgence vitale les soins qui sont réalisés ont pour objectif immédiat le maintien de vie du patient, ils sont donc essentiellement techniques. Les soins relationnels quant à eux sont souvent mis au second plan, sans pour autant être inexistantes. Dans ces situations, des outils sont disponibles pour réaliser des soins relationnels, c'est le cas de la communication.

b. La communication

i. Le concept de communication

La communication désigne l'action de transmettre un message entre un initiateur et un ou plusieurs destinataires à l'aide d'un ou plusieurs outils. Chaque interaction sociale repose sur la communication, Thérèse Psiuk dit : « *On ne peut pas ne pas communiquer et même le silence est significatif* » (Psiuk, 2008). Il existe de nombreux modèles de communication, c'est en 1949, que le modèle principal a émergé, c'est celui de Warren WEAVER et Claude SHANNON (Weaver & Shannon, 1949). Il en ressort un schéma (*Annexe III*), selon lequel la communication est décomposée en plusieurs étapes ; la source d'information énonce un message que l'émetteur va coder en un signal, le message est acheminé par un canal de communication, puis va être décodé par le récepteur qui reconstitue le message et le transmet au destinataire. Sur ce schéma, le bruit représente toutes les sources d'interférences qui sont susceptibles de détériorer la transmission du message et donc de la communication. L'ensemble des messages sont transmis à l'aide d'un canal tel que le langage écrit, oral, tactile ou corporel. Dans le cadre du soin, l'ensemble de ces canaux peuvent être utilisés. Dans ce travail seul la communication verbale et non-verbale va être

développée, car ce sont les deux méthodes de communication majoritairement mises en place lors de la relation soignant-soigné.

ii. Communication verbale

La communication verbale est celle qui passe par l'utilisation d'un langage, elle repose sur le fait que la source et le destinataire du message utilise le même langage. C'est l'outil qui est principalement utilisé pour la transmission du message soignant-soigné. Selon Margot Phaneuf, « *Par sa clarté et sa signification, la communication verbale est l'instrument particulier de la transmission de l'information* », elle ajoute, « *C'est aussi par ce canal verbal que passe, en partie [...], la création d'un partenariat de soins avec le client* » (Phaneuf, 2016, pp. 54-55). C'est donc, le moyen de partage d'information le plus utilisé dans le soin, mais elle suppose que le destinataire du message soit à même de le recevoir et de le comprendre. Selon deux études d'Albert Mehrabian en 1967, seul 7 % de la communication passe par le langage verbal, c'est-à-dire le sens pur des mots transmis, alors que 93 % de message est transmis par le langage non-verbal (Mehrabian & Ferris, 1967; Mehrabian & Wiener, 1967). Afin de transmettre un message sans ambiguïté, il convient d'exprimer un message verbal et non-verbal concordant, c'est ce que Carl Rogers nomme la congruence. Selon lui, c'est « *Le terme que nous avons employé pour indiquer une correspondance exacte entre l'expérience et la prise de conscience. Ce terme peut aussi désigner d'une façon plus large l'accord de l'expérience, de la conscience et de la communication* » (Rogers, 1968). Cela consiste pour l'initiateur du message à transmettre les mêmes informations par ces paroles que par son langage corporel.

iii. Communication non-verbale

La communication non-verbale est l'échange d'informations passant par tous les moyens excepté les mots, Jacques Corraze en donne une définition : « *Ensemble des moyens de communication existant entre les individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets)* » (Corraze, 1992). Cette communication non-verbale qu'elle soit consciente ou inconsciente inclut différentes composantes, telles que : le para-verbal avec les aspects de la voix, par exemple le rythme

ou le volume, et le langage corporel avec les gestes, la posture, l'expression faciale, le regard ainsi que le toucher. Toujours selon Albert Mehrabian, sur les 93 % de l'information qui passe par le langage non-verbal, 38 % sont transmis par le para-verbal et 55 % sont transmis par ce que l'interlocuteur perçoit visuellement (Mehrabian & Ferris, 1967; Mehrabian & Wiener, 1967). Il y a donc une importance majeure du langage corporel dans le partage d'informations entre le soignant et le patient. Selon Margot Phaneuf, « *Nos yeux, notre visage et notre corps expriment nos pensées et nos émotions de manière souvent plus éloquente que nos paroles [...]. La communication non verbale révèle une bonne partie de ce que nous exprimons volontairement et même involontairement* » (Phaneuf, 2016, p. 62).

Les outils de la communication non-verbale sont très nombreux, dans le cadre de l'urgence vitale, il existe plusieurs moyens de communication qui peuvent être mis en place telle que le regard, le toucher, l'expression faciale et la posture.

Le regard a un rôle prépondérant dans la communication non-verbale, c'est le premier geste de rencontre entre deux personnes. Selon Margot Phaneuf, « *En présence d'une personne souffrante ou agonisante, devant le climat émouvant d'une situation, il arrive que les mots vous manquent pour transmettre ce que vous ressentez. Le regard peut alors prendre le relais et exprimer votre compassion et votre volonté d'aide* » (Phaneuf, 2016, p. 68). Dans l'urgence vitale, le regard est un moyen d'être authentique et de communiquer son empathie au patient, pouvant compenser l'absence de paroles. Le toucher aussi, est un moyen de réassurance souvent utilisé pour communiquer son empathie au patient, avec un sens important pour les patients ayant besoin de réconfort, « *C'est un comportement non verbal très puissant qui devient ainsi une expérience à caractère intime et personnel [...]. Lorsque la personne est souffrante ou à une déception particulière et que votre main se porte vers elle pour lui témoigner votre compréhension, les paroles deviennent parfois superflues* » (Phaneuf, 2016, p. 82). Un autre outil de la communication non-verbale qui accompagne la plupart de nos communications verbales est l'expression faciale. Antoine Bioy dit : « *Le visage a une place prépondérante dans notre communication* » (Bioy et al., 2013), c'est lui principalement que l'on regarde quand on s'adresse à une personne. Que cela soit volontaire ou involontaire, le visage est un outil universel de transmission notamment des six émotions primaires. Selon Margot Phaneuf, « *Le visage est mouvant et expressif. Il transmet nos*

réactions à ce que nous voyons, entendons et percevons intérieurement. Volontairement ou involontairement, les traits du visage entrent en jeu pour communiquer à l'entourage » (Phaneuf, 2016, p. 71). Enfin, le dernier moyen de communication non-verbale présenté est la posture, en effet, « *Les mouvements et les attitudes du corps, particulièrement ceux du tronc, manifestent, eux aussi, nos intentions, nos réactions et nos émotions* » (Phaneuf, 2016, p. 74). La posture accompagnée de ces mouvements, de ces gestes est le vecteur inconscient de notre ressenti. Antoine Bioy dit des gestes que ce sont : « *Des attitudes anodines et inconscientes qui peuvent transmettre des messages forts* » (Bioy et al., 2013). Ainsi, selon nos gestes et notre posture, on peut communiquer de nombreuses informations au patient, il est donc nécessaire d'accorder une importance au langage non-verbal utilisé pour ne pas être contradictoire dans le message envoyé au patient.

Voici, quelques outils de communication non-verbale possible à utiliser lors d'une situation d'urgence vitale, mais de nombreux autres peuvent être mis en place. Pour communiquer de façon efficace, il faut avoir une communication verbale de qualité en accord avec une communication non-verbale appropriée. Selon Jean-Claude Abric, « *La prise en compte de la dimension non-verbale de la communication permet de souligner un point essentiel : la qualité d'une communication dépend à la fois de ce que je dis et de la manière dont je le dis. La préparation d'une communication et la qualité de l'interaction nécessitent un travail à la fois sur le fond et sur la forme du message* » (Abric, 2019). La communication non-verbale est donc un outil de transmission du ressenti du soignant, il vient le plus souvent en complément d'un message verbal, mais selon les situations, la communication non-verbale seule paraît être tout aussi efficace à la transmission d'un message global ou d'une intention envers le patient.

La communication sous ces différentes formes et donc un outil qui semble indispensable à la prise en soin du patient, selon Christine Berlemont et Marie-Anne Jolly : « *Si communiquer, c'est être en relation avec autrui et si la relation de soin se construit par la qualité de la communication, la place de cette dernière apparaît comme l'engrenage central d'un ensemble. Le soin, la relation et la communication sont liés et interdépendants, les maîtriser permet de proposer une prise en soin individualisée globale de qualité à toute personne soigné* » (Berlemont & Jolly, 2020).

c. Relation soignant-soigné

i. Concept de relation soignant-soigné

La relation est le lien entre deux personnes, le dictionnaire Larousse en donne la définition suivante : « Ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles » (Larousse, 2023). Alexandre Manoukian lui en donne une définition générale, « C'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (Manoukian & Massebeuf, 2008). Dans le contexte du soin infirmier, la relation se fait entre le patient et l'infirmier, on parle alors de relation soignant-soigné. Selon Marguerite Potier, c'est un « Lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé » (Potier & Loraux, 2002). Un lien s'établit entre un soignant avec l'intention de prendre soin et un soigné ayant un besoin d'aide. La relation soignant-soigné est défini par Christine Paillard comme une, « Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin » (Paillard, 2021, p. 426). La relation soignant-soigné, comme le concept de relation suppose la mise en place d'une forme de communication et la création d'un partenariat entre deux individus interdépendants, son objectif global est l'aide et le soutien à la personne soignée.

Louis Malabeuf a défini quatre types de relations, la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de compréhension et la relation d'aide. Deux de ces relations sont principalement mises en œuvre dans le cadre de l'urgence vitale. C'est le cas de la relation de compréhension encore appelée relation de soutien, « Elle s'exprime dans un début d'empathie. Elle passe généralement par une écoute attentive, par une tentative de dédramatisation des situations » (Malabeuf, 1992). C'est une relation basée sur la perception du ressenti du patient par le soignant. La relation d'aide quant à elle est plus tournée sur l'accompagnement et la prise en charge du patient, Monique Formarier la définit ainsi : « La relation d'aide, qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui » (Formarier, 2007).

ii. Contre transfert soignant

La relation soignant-soigné peut être impactée par les affects et les préjugés du soignant, c'est ce que Freud nomme le contre-transfert, c'est selon lui : « *L'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste* » (Freud, 1910). Des auteurs ont fait le lien avec la pratique infirmière, « *Le soin mobilise les affects de l'infirmière. Celle-ci est donc confrontée à des phénomènes contre transférentiels qu'il lui faut prendre en compte sous peine de se brûler de l'intérieur (burnout), de rentrer dans des jeux pervers (sauveteur-victime), voire de devenir maltraitante. L'infirmière doit pouvoir repérer les points aveugles qui l'empêchent d'être empathique* » (Molière & Friard, 2012). Afin de minimiser l'impact de la subjectivité du soignant, les infirmiers peuvent faire des analyses des pratiques leur permettant de prendre conscience de leurs pensées ou de leurs actions.

IV. Enquête exploratoire

1. Plan de recherche

a. Choix de la méthode et outils d'enquête

Mon sujet de mémoire s'inscrit dans la thématique des sciences humaines et sociales, visant à comprendre des attitudes ou des comportements de la population infirmière en situation d'urgence. La recherche qualitative me semble être la plus appropriée car, ce type de recherche vise à comprendre et à interpréter des phénomènes sociaux, y compris ceux liés à la santé (Huston & Rowan, 1998). Afin de réaliser ce travail de recherche, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs, c'est l'outil d'enquête qui me paraît le plus approprié car, il permet d'étudier un phénomène dans son ensemble, avec des réponses libres de la part des personnes interrogées. Cela permet de collecter des données qualitatives et de laisser la personne interrogée répondre librement à la question donnée, mais aussi d'évaluer son ressenti, ses émotions et sa subjectivité. De plus, ce type d'entretien autorise le chercheur à relancer l'interlocuteur, ce qui permet d'approfondir le sujet, de rendre plus interactif l'échange, mais aussi de faire émerger de nouvelles hypothèses de travail. Les entretiens semi-directifs se basent sur un guide d'entretien composé de six questions ouvertes, de plus,

afin d'être reproductible entre les différents entretiens, certaines questions de relance ont été établies en amont (*Annexe IV*). Ce guide d'entretien a été réalisé en lien avec mon cadre conceptuel (*Annexe V*).

b. Sélection de l'échantillon

La population cible de l'étude est des infirmiers de réanimation des hôpitaux parisiens, sans sélection spécifique liée à l'âge ou à l'expérience. L'échantillon est composé de trois volontaires, sans sélection particulière, l'échantillonnage est donc non probabiliste et à participation volontaire.

c. Réalisation

J'ai choisi de réaliser mes entretiens dans un service de réanimation médicale d'un hôpital public parisien. En effet, c'est un service pouvant accueillir des patients en choc septique. L'ensemble des trois entretiens ont été d'une durée de 25 à 30 minutes.

Afin de pouvoir réaliser mes entretiens, une demande à la direction des soins de l'hôpital ainsi qu'au cadre du service a été déposée. Le cadre du service a reçu en amont le guide d'entretien (*Annexe IV*), ainsi que la thématique de recherche, sans transmission aux personnes interrogées. Les entretiens ont débuté avec une explication du déroulé, puis, la garantie de l'anonymat des échanges a été donnée aux participants et leur consentement afin de pouvoir faire un enregistrement audio de l'entretien a été recueilli.

2. Analyse des résultats

a. Méthodes d'analyse

Afin d'exploiter au mieux les résultats obtenus, j'ai réalisé trois niveaux d'analyse, une analyse thématique, une analyse longitudinale, ainsi qu'une analyse transversale.

i. Analyse thématique

Dans cette analyse, il s'agit de dégager les éléments caractéristiques du discours de chaque infirmier en rapport avec les thèmes de ma question de départ. L'ensemble de la synthèse de l'analyse thématique de l'IDE 1, IDE 2 et IDE 3 est disponible en annexe (*Annexe IX, Annexe X, Annexe XI*).

1. L'urgence vitale

À la question qu'est-ce que pour vous l'urgence vitale, l'IDE 1 (*Annexe VI*) met en avant plusieurs notions, la rapidité avec l'immédiateté de la prise en charge « *Il faut agir maintenant tout de suite* » (l. 49), avec la présence du risque vital imminent, « *Si on n'agit pas immédiatement le pronostic vital de la personne est engagé* » (l. 44 - 45). Selon elle, l'ensemble de l'urgence est régi par la temporalité de la situation, « *C'est une notion de temps* » (l. 53). Concernant les actions à mettre en place lors de l'urgence vitale, l'IDE 1 évoque principalement la notion d'équipe, « *Il faut d'abord appeler à l'aide car on ne peut pas y arriver seul* » (l. 59), « *C'est vraiment une histoire d'équipe* » (l. 65). Il y a aussi une idée d'organisation optimale et de leadership, « *Tu délègues les tâches pour ne pas être noyé sous le technique* » (l. 112 - 113), « *Il y a le médecin souvent qui est le chef d'orchestre et qui va dire ce qu'il y à faire* » (l. 67 - 68). Cette situation requiert une technicité importante, « *C'est du remplissage, des antibiotiques, des médicaments qu'il faut faire extrêmement vite, voilà* » (l. 52 - 53), « *Actions techniques* » (l. 104). Elle évoque aussi l'importance de l'expérience, « *On fait les choses bien que quand on les fait souvent* » (l. 93 - 94), « *En même temps que l'on fait les choses, comme on sait les faire, on peut prendre le temps d'expliquer au patient* » (l. 102 - 103). Elle lie également cette habitude de gestion de la situation à la formation et notamment à la simulation « *Faire des simulations [...] s'entraîner pour que le jour J sur le patient, tout se fasse automatiquement* » (l. 105 - 107). Enfin, elle parle de la notion d'efficacité dans ces situations « *Si c'est une urgence vitale ou il ne faut pas perdre une seconde alors on va directement mettre les bons gestes en place* » (l. 61 - 63).

Pour l'IDE 2 (*Annexe VII*), le concept d'urgence vitale lui évoque plusieurs notions, le risque vital, « *L'objectif en situation d'urgence vitale va être de maintenir la vie du patient* » (l. 48 - 49). Mais aussi la nécessité de mettre rapidement des actions en place, « *Si on entreprend*

aucune action, le patient va mourir » (l. 35 - 36). Ainsi que la notion de technicité, « *Administrer des médicaments, ici intubé, poser les cathéters* » (l. 36 - 37), « *C'est principalement des soins techniques* » (l. 47 - 48). Concernant les éléments de la gestion de l'urgence l'IDE 2 identifie plusieurs facteurs importants : la présence de l'équipe « *On n'est jamais seul dans ces situations* » (l. 74) et de son organisation, « *C'est toujours organisé plus ou moins de la même façon* » (l. 45). L'importance du leader dans l'organisation, « *On voit avec le médecin ce qu'il y a à faire, puis on agit par ordre de priorité. En général, c'est lui le chef d'orchestre* » (l. 43 - 44). Mais aussi l'expérience, « *L'expérience ça aide dans les situations d'urgence, car tu sais ce qu'il y a à faire, tu sais déjà ce qu'il va falloir que tu prépares et que tu fasses* » (l. 74 - 76), l'expérience semble faciliter l'anticipation. Elle accorde une place à la réassurance du patient pour faciliter la prise en charge, « *C'est 50 % du travail, parce qu'un patient qui est rassuré ou en tout cas pas angoissé il va faciliter sa prise en charge* » (l. 78 - 79). Ainsi qu'au débriefing post-urgence pour améliorer ces pratiques « *On essaye d'en parler, il faut, parce que si tu fais et qu'au final, tu te dis : ouais, ça a été, j'aurais pas pu faire mieux sans chercher à s'améliorer, on progresse pas* » (l. 157 - 159).

Enfin, pour le dernier IDE (*Annexe VIII*), la représentation de l'urgence vitale, fait apparaître plusieurs notions, la rapidité et la technicité, « *Tu vas devoir agir vite, mettre en œuvre très rapidement des thérapeutiques* » (l. 46 - 48). Il évoque aussi la temporalité dans l'urgence vitale, « *C'est une notion de temps quand tu détermènes l'urgence vitale* » (l. 57) et de mise en jeu du pronostic vital, « *C'est toutes les situations qui vont mettre en danger imminent le patient* » (l. 56). Pour l'IDE 3, les clés de la gestion de l'urgence vitale s'articulent selon plusieurs axes : la notion d'équipe, « *Il faut savoir être en capacité d'aller chercher de l'aide [...] sinon tu n'arriveras pas à régler les choses* » (l. 65 - 68). Cela intègre la notion d'organisation, « *Bien se répartir les rôles en équipe* » (l. 80), mais aussi la notion de communication « *Communiquer entre équipes, pour que tout le monde est la même conscience de situation, et que les gens puissent se répartir les tâches* » (l. 131 - 133). La notion de leadership, « *Il y a toujours un leader qui va voilà distribuer les rôles, être plus en recul et pouvoir analyser ce qui se passe* » (l. 84 - 85). De plus, il développe aussi l'intérêt de l'expérience « *On va probablement mieux gérer son stress quand on connaît une situation qu'on a déjà vue, et qu'on sait qu'on est apte à la gérer. Avec l'expérience, aussi, on va pouvoir mieux anticiper* » (l. 142 - 144). C'est aussi le cas selon lui de la formation, « *La*

formation c'est un atout supplémentaire [...] pour gérer ce genre de choses [...] c'est toujours bien d'être carré sur ce que tu fais [...] comme pour savoir travailler mieux en équipe et donc être plus efficace » (l. 152 - 158). La formation permet selon lui de développer, l'efficacité, mais aussi l'amélioration des pratiques, « *Tu as beau être le meilleur soignant possible [...], tu auras énormément de choses qui vont biaiser quand tu es dans l'urgence [...] et donc tout ça, ça va être amélioré par la formation en simulation* » (l. 158 - 163). Il évoque aussi, les débriefings « *Pouvoir dire qu'est-ce qu'on a bien fait ensemble, qu'est-ce qu'on a pas bien fait [...]. Voilà la capacité à se remettre en question* » (l. 165 - 170). Enfin, il accorde une importance à la réassurance du patient « *Si le patient, il est encore conscient, lui expliquer ce qu'il se passe, parce que ça peut être très anxiogène* » (l. 78 - 80) et ce avec un objectif aussi d'augmenter l'efficacité de la prise en charge.

2. Les soins relationnels

Pour l'IDE 1, le concept de soins relationnel, c'est principalement une notion de communication et d'explication, « *Vraiment beaucoup de communication, de mises à niveau, d'explications* » (l. 10), « *Le soin relationnel c'est vraiment prendre le temps d'expliquer* » (l. 20 - 21). Elle ajoute l'idée de l'accompagnement, du bien-être « *Une espèce de bulle de bien-être autour du soin technique* » (l. 10 - 11), de proxémie « *Les moments où on est proche du patient ou on essaye de faire des soins pour les apaiser* » (l. 7 - 8). Elle identifie plusieurs obstacles au soin relationnel : l'altération de la communication et l'altération de la compréhension « *La barrière de la langue [...]. Le handicap mental [...] l'encéphalopathie dû aux médicaments, du coup les gens ne comprennent vraiment pas ce qu'on leur dit* » (l. 30 - 37). La priorisation des soins mettant les soins relationnels au second plan « *Ce qui nous intéresse beaucoup c'est les chiffres, contrairement au ressenti du patient à ce moment-là* » (l. 84 - 85), avec une mise à l'écart des affects, le coping soignant « *C'est une barrière pour nous aussi, on se met une protection du fait de dire si on n'y arrive pas le patient va mourir* » (l. 74 - 75). Pourtant, concernant les soins relationnels lors de l'urgence, elle fait part de l'importance de la communication et de l'accompagnement, « *Mais c'est vrai que pour intuber un patient il faut avoir fait un minimum de soin relationnel* » (l. 180 - 181), « *Toutes les situations d'urgences peuvent inclure du soin relationnel* » (l. 185).

Pour l'IDE 2, le concept de soin relationnel fait émerger des notions telles que la relation, « *C'est la relation qu'on a avec le patient* » (l. 5), la relation de compréhension, « *Savoir ses attentes et nous de pouvoir lui expliquer des choses, ce qui se passe, mais aussi chercher à comprendre son ressenti* » (l. 22 - 24), ainsi que la communication, « *Le principal du soin relationnel passe par la communication* » (l. 21). Mais aussi, la notion de réassurance, « *Si j'explique pas, ou que je rassure pas le patient angoissé, bah je vais avoir plus de mal à faire mon soin* » (l. 14 - 16). Concernant les obstacles au soin relationnel, elle évoque des situations ou des états provoquant l'altération de la communication, « *L'urgence. (Silence), heu, et l'état de conscience du patient, les patients psy, les patients qui sont dans le coma* » (l. 28 - 29), l'autre obstacle est la priorisation des soins liés à l'urgence « *On gère d'abord l'urgence et après on gère le patient avec le côté relationnel* » (l. 30). Pour ce qui est du soin relationnel lors de l'urgence vitale, elle évoque le concept de communication et de gestion du temps, « *En général, il y a pas ou très peu de communication avec le patient [...]. Est-ce voilà, on a le temps de prendre deux minutes pour lui expliquer* » (l. 53 - 55). Mais aussi la notion d'équipe, « *Ça dépend des gens avec qui on est il y a un gros rôle aussi de l'équipe* » (l. 64). Il y a aussi une place pour la réassurance, « *On essaye d'expliquer au maximum aux patients qui peut nous comprendre ce qu'on va faire* » (l. 57 - 58), « *On explique on rassure* » (l. 62 - 63).

Enfin, pour l'IDE 3, concernant le concept de soin relationnel, il évoque la notion de relation de compréhension, « *Être attentif à tous les besoins du patient, à ce qu'il va exprimer* » (l. 6 - 7). Le concept de relation avec les techniques associées, « *C'est de l'écoute active, de la réassurance, de la reformulation ou tout ce genre de choses* » (l. 9 - 10). Mais aussi, la communication, « *Il faut communiquer, il faut être attentif, il faut laisser la place au patient pour exprimer ce qu'il a besoin* » (l. 23 - 24). Pour lui, les obstacles au soin relationnel peuvent venir, du patient de par une altération de la communication, « *Des maladies qui vont altérer certaines communications [...], tu vas avoir la barrière de la langue* » (l. 29 - 31), ou du soignant de par des préjugés, « *Le soignant lui peut aussi [...], arriver avec une idée en tête dans la chambre* » (l. 32 - 33). Pour terminer, les soins relationnels lors de l'urgence vitale, font apparaître plusieurs notions, dont la communication, « *La communication entre le patient ou entre les soignants, c'est du temps qui va permettre d'être plus efficace et meilleur dans les soins* » (l. 134 - 136), c'est lié pour lui la gestion du temps « *Il faut savoir prendre le temps* »

de se poser même 10 secondes dire au patient, il se passe ça » (l. 125 - 126), et à la réassurance « Je pense que c'est très difficile à vivre pour les patients, donc il faut communiquer avec lui » (l. 105 - 106).

3. La relation soignant-soigné

Pour l'IDE 1, la mise en place de cette relation est spécifique en réanimation de par les changements importants vécus par le patient, « *La pathologie change tellement vite qu'il faut tout le temps réexpliquer* » (l. 124 - 125), cela requiert la notion de communication, « *Il faut tout le temps, [...], leur réexpliquer ce qu'il s'est passé au début* » (l. 121 - 122). De part, la temporalité, « *On passe beaucoup, beaucoup de temps avec nos patients* » (l. 128), enfin l'ensemble permet selon elle de développer la notion de relation de confiance « *Il nous voit nous et ça créer un lien très fort tout de suite et ça devient vite une relation de confiance* » (l. 129 - 130). Concernant la relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale, elle développe la notion de priorisation des soins, « *On se concentre sur le technique et on oublie parfois un petit peu le côté relationnel, parce qu'il y a beaucoup de choses à gérer en même temps* » (l. 147 - 149), c'est lié, selon elle à la d'expérience, « *La gestion de l'urgence quand elle est faite souvent et qu'on connaît les algorithmes, on peut laisser la place du coup à la relation avec le patient* » (l. 94 - 95), cela permet donc une meilleure gestion des soins. La relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale est mise en place par la communication, « *Il n'y a pas besoin de rentrer dans les gros détails de tout expliquer, mais en tout cas les choses simples, basiques par des petits mots et juste lui expliquer. [...]* Je pense que ça suffit et ça c'est faisable » (l. 160 - 161). Concernant les facteurs favorisant la relation lors de l'urgence vitale, elle identifie trois grands axes, que sont : l'expérience, « *Tu vois une intubation c'est une situation d'urgence vitale, mais en vrai, tu vois quand tu en fait tous les jours il n'y a plus rien qui te stresse quoi* » (l. 177 - 178), « *En même temps que l'on fait les choses, comme on sait les faire on peut prendre le temps d'expliquer au patient* » (l.102 - 103). L'organisation, « *Si tout le monde sait ce qu'il à faire, bah en fait comme c'est fluide, [...], là tu te concentres plus sur le patient comme un soin lambda en fait* » (l. 173 - 175). Ainsi que, la formation, pour acquérir des automatismes dans la réalisation des soins, « *S'entraîner, s'entraîner pour que le jour J sur le patient, tout se fasse automatiquement et que tu prennes le temps de communiquer avec lui* » (l.106 - 108). Enfin, les facteurs limitants

la relation soignant-soigné, sont pour elle, l'urgence et donc la présence du risque vital, « *Ça va être l'urgence* » (l. 169) ainsi que l'altération de la communication, liée à, « *L'état de conscience* » (l. 169), ou lié au soignant, « *La seule personne que tu n'écoutes pas c'est celle qui fait le moins de bruit, c'est-à-dire, c'est le patient* » (l. 171 - 173).

Pour l'IDE 2, cette relation est basée sur deux notions qui se rejoignent, premièrement la temporalité, « *On passe beaucoup de temps avec eux* » (l. 84 - 85) et la relation de confiance, elle dit, « *Quand tu es là 12 heures, il faut créer une relation de confiance* » (l. 85 - 86), la relation de confiance se crée plus facilement de par la longue durée de la prise. Pour elle, les termes associés à la relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale sont la communication et l'efficacité, « *Il faut réussir à communiquer avec le patient, en lui apportant des éléments pour qu'il puisse connaître la suite de sa prise en charge* » (l. 120 - 122), « *Qu'elle soit efficace, qu'on dise le principal, [...] être clair, concise, efficace* » (l. 117 - 120). Concernant la mise en place de cette relation lors de l'urgence vitale, elle évoque trois concepts qui sont interconnectés entre eux : la communication, « *Je dirais principalement la communication verbale ou non verbale avec le toucher par exemple* » (l. 132 - 133). La réassurance, « *Avoir une présence et rassurer le patient* » (l. 125 - 126), « *Le côté réassurance avec le toucher et le langage non verbal* » (l. 134 - 135). Et l'organisation, « *Il faut qu'il y ait quelqu'un toujours à côté pour le rassurer, si la personne est anxieuse* » (l. 123 - 124). Concernant la relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale, elle identifie trois facteurs favorisant. L'expérience, « *L'expérience professionnelle car au début on est la tête dans le guidon. Tu réfléchis que à tes soins techniques [...], tu n'as pas le temps pour autre chose* » (l. 69 - 71). La formation, « *Ça peut être une bonne façon d'appréhender les choses, de se focaliser sur les soins techniques pour réussir à les connaître au maximum et peut-être laisser plus de place, du coup aux soins relationnels* » (l. 145 - 149). La notion d'équipe est un facteur favorisant, mais aussi limitant d'après elle, c'est un atout selon, « *L'équipe avec laquelle on tourne selon la personnalité de chacun* » (l. 142) et un facteur limitant, « *Avec des collègues stressés, parce que le stress il est transmis et aux patients et à l'équipe soignante* » (l. 144 - 145). L'autre facteur limitant c'est l'altération de la communication, « *Je pense aux patients avec qui on ne peut pas trop communiquer les patients dans le coma les patients psy* » (l. 149 - 150).

À la question concernant la mise en place de la relation soignant-soigné, l'IDE 3 parle essentiellement de la communication, « *Les patients il faut leur répéter tous les jours pourquoi ils sont là et s'assurer qu'ils le sachent* » (l. 187 - 189). Concernant la relation lors de l'urgence, elle passe selon lui encore par la communication. « *C'est pas parce que tu es en urgence vitale que tu ne dois pas parler à ton patient* » (l. 225 - 226). Mais aussi par une certaine priorisation des soins, au profil des soins techniques, délaissant la relation « *Bah, le spectre de l'urgence vitale, ça peut vite faire un biais sur cette relation* » (l. 209), « *Elle peut être moins présente et on peut vite l'oublier* » (l. 212). Pour lui, la mise en place de la relation lors de l'urgence vitale est dépendante de l'organisation, il faut selon lui « *Identifier une personne qui se concentre sur le patient pour lui expliquer* » (l. 243 - 244), « *Une personne qui soit un peu en retrait des soins [...] De l'action et qui puisse avoir cette vision qu'on n'oublie pas le patient dans notre prise en charge de l'urgence vitale* » (l. 214 - 216). L'IDE 3 identifie quatre facteurs favorisant la relation lors de l'urgence vitale : la formation, afin de combiner les soins, « *Les deux doivent être présent dans une urgence vitale, le soin technique et le soin relationnel et c'est pour ça qu'il faut être entraîné* » (l. 228 - 229), « *Tu vas pouvoir travailler ces problématiques de communication, que ce soit entre équipe ou avec le patient* » (l. 254 - 255). L'équipe, « *Tu peux clairement infuser dans tes pratiques de service ces attentions aux soins relationnels pendant les situations d'urgences vitales* » (l. 256 - 257), « *En parler entre équipes et [...] ne pas négliger le soin relationnel* » (l. 264 - 265). L'expérience, « *On va probablement mieux gérer son stress quand on connaît une situation qu'on a déjà vue, et qu'on sait qu'on est apte à la gérer* » (l. 142 - 143). Et enfin, l'organisation et le leadership, « *Une personne qui soit un peu en retrait [...] et qui puisse avoir cette vision qu'on oublie pas le patient dans notre prise en charge de l'urgence vitale* » (l. 214 - 216). Concernant les facteurs limitant cette relation, il évoque la brutalité de l'urgence et le risque vital, « *Ce qui limite souvent la relation c'est l'urgence [...] quand ton patient s'aggrave d'un coup, on veut mettre en place les soins salvateurs en premier lieu* » (l. 278 - 280). Mais aussi l'altération de la communication, « *Le patient avec qui on arrive pas à communiquer, si le patient est en état de choc ou autres, qu'il est confus, ou dans le coma* » (l. 284 - 285).

ii. Analyse transversale

Dans cette analyse il s'agit de mettre en relation les entretiens, et de comparer les propos de chaque infirmier au regard de chaque thème pour en identifier les tendances communes et différentes. Un tableau récapitulatif (*Annexe XII*) ainsi que la retranscription des entretiens IDE (*Annexe VI, Annexe VII, Annexe VIII*) sont disponibles.

1. La représentation de l'urgence vitale en réanimation

La représentation de l'urgence est liée pour les trois IDE au danger imminent dont fait preuve le patient est au risque vital qu'il encourt. Elle est de plus liée pour l'IDE 1 et l'IDE 3 à la question de rapidité, mais aussi à la notion de temporalité. l'IDE 2 et l'IDE 3 parlent tous deux de la notion de technicité, en effet, ils réalisent une multitude de soins principalement techniques pour maintenir la vie du patient.

2. Les clés de la gestion de l'urgence vitale en réanimation

Les trois soignants partagent de nombreux concepts en communs quant à la gestion de l'urgence, cela fait appel à une nécessité d'organisation ce qu'ils lient aussi à la notion d'équipe. Ils identifient tous le besoin d'avoir un Leader, une personne à la tête du groupe qui va gérer l'intervention. De plus, ils accordent une place importante à l'expérience, pour gérer au mieux l'urgence vitale. Enfin, ils s'accordent pour dire qu'il est important de communiquer avec le patient lors de l'urgence vitale. Les autres clés de la gestion de l'urgence vitale sont pour l'IDE 1 et l'IDE 3 la rapidité, mais aussi l'efficacité, la rapidité seule n'est pas suffisante. L'ensemble est amélioré selon eux par la formation. L'IDE 2 et l'IDE 3, mettent eux en avant d'autres notions, telle que l'anticipation, qu'ils lient à l'expérience, car elle va selon eux permettre de prévoir les actions à réaliser. Ils s'appuient de plus sur la nécessité de réaliser des débriefings post-urgence et ce afin de tendre vers une amélioration de leurs pratiques soignantes.

3. Les soins relationnels en situation d'urgence vitale en réanimation

Concernant le concept des soins relationnels, l'ensemble des IDE le mettent en lien avec la communication. Pour l'IDE 1 et l'IDE 2, l'objectif de cette communication est l'explication au patient de la situation qui est en train de se dérouler. L'IDE 2 et l'IDE 3, mettent ce concept de soins relationnels en lien avec la relation et plus particulièrement avec la relation de compréhension définie par Malabeuf. Dans une optique similaire cela passe aussi selon eux par de la réassurance, afin de combler les besoins psychiques du patient. Il existe pour autant des obstacles à la réalisation des soins relationnels, les trois IDE s'accordent à dire que l'altération de la communication et/ou de la compréhension est un obstacle, tel que la barrière de la langue ou le coma. L'IDE 1 et l'IDE 2 expliquent que lors d'une urgence, ils ont tendance à privilégier les soins techniques et donc par priorisation des soins à limiter les soins relationnels. Outre les obstacles liés à la situation, les obstacles peuvent venir du soignant lui-même, l'IDE 1 parle du mécanisme de coping, sorte de barrière psychologique afin de se protéger de la situation. Enfin, les soins relationnels lors de l'urgence vitale, sont liés à la communication pour les trois soignants avec principalement pour eux, une explication de la situation. L'IDE 1 elle, exprime la notion d'accompagnement nécessaire du patient et ce malgré la situation d'urgence. Pour l'IDE 2 et l'IDE 3 les soins relationnels sont possibles à mettre en place lors de l'urgence, c'est une question de gestion du temps, il faut selon eux savoir prendre le temps de les réaliser en utilisant par exemple de la réassurance. De plus, cela facilite une plus grande efficacité de la prise en charge selon l'IDE 3.

4. La relation soignant-soigné en situation d'urgence vitale en réanimation

La mise en place de la relation soignant-soigné en réanimation se fait de façon différente selon les trois infirmiers. Pour l'IDE 1 et l'IDE 2 elle passe par la relation de confiance et son lien avec la temporalité, en effet, selon elles le temps long passé avec les patients facilite la mise en place de la relation de confiance. Pour l'IDE 1 et l'IDE 3 cela passe par l'explication et par la communication. Cette relation fait appel à d'autres notions lors de l'urgence vitale, l'IDE 2 et l'IDE 3 mettent en avant l'importance de la communication, et ce, malgré la situation d'urgence. Pourtant, ils affirment aussi que par la priorisation des soins au profit des soins techniques, la relation est plus difficile à mettre en place. Pour l'IDE 2 cette relation se doit

d'être efficace. Concernant les moyens de mettre en place la relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale, les trois infirmiers s'accordent à dire que la communication est un des moyens principaux. L'IDE 2 met en lien la communication non-verbale, comme le toucher, avec la réassurance, elle le lie aussi à l'organisation de la situation, pour elle, il faut une personne qui soit dédiée au soutien de la personne, c'est aussi une idée partagée par l'IDE 3. Il existe pour les trois professionnels, des facteurs qui permettent de faciliter la relation soignant-soigné lors de l'urgence. Ils identifient tous l'expérience et la formation comme facteur principal. Selon eux, cela permet de maîtriser les actions à réaliser, de pouvoir les anticiper et donc de se laisser plus de temps pour la relation avec le patient. Dans la même optique, L'IDE 1 et L'IDE 3 identifient en plus l'organisation comme moyen facilitant la relation. Un autre facteur est présenté par l'IDE 2 et l'IDE 3, c'est l'équipe, de par l'esprit de l'équipe lors de la prise en charge, mais aussi de par les pratiques communes qui peuvent être mise en place et donc du soin relationnel au cœur de la pratique.

Enfin, il existe aussi des facteurs qui, à l'inverse limitent la relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale, et les trois infirmiers sont en accord pour dire que l'altération de la communication est le principal. L'IDE 1 et l'IDE 3, ajoutent l'impact de la présence du risque vital et de fait la priorisation des soins vitaux qui est faite. Pour terminer, l'IDE 2 elle inclut l'équipe comme facteur facilitant, mais aussi comme facteur limitant la relation soignant-soigné en fonction du stress qui peut être généré selon ses membres.

iii. Analyse corrélative

Concernant la représentation de l'urgence vitale en réanimation, selon les différentes réponses des IDE, trois concepts ont émergés : la rapidité, la temporalité et la technicité. La définition de Bernard Valade va dans ce sens, il parle de rapidité de prise en charge (Valade, 2007). Valérie Wolff elle, évoque le concept de temporalité dans cette situation lorsqu'elle dit : « *Les soignants tendent à aller vite pour évaluer un maximum de situations [...]. La crainte est celle d'une mauvaise gestion du temps qui précipiterait la mort d'un patient* » (Wolff, 2016). Enfin, le concept de technicité est lié à la rapidité nécessaire des soins (HAS, 2022). L'ensemble de ces concepts va dans le sens de la législation qui décrit de nombreux soins techniques à réaliser lors d'une situation d'urgence. Les IDE ont aussi

identifié de nombreux facteurs permettant selon eux, une gestion optimale de l'urgence vitale. Les principaux s'articulent autour de la notion d'organisation de la prise en charge de l'urgence, incluant beaucoup d'autres concepts, tel que l'équipe avec la présence d'un leader, la communication, la rapidité, mais surtout l'efficacité ainsi que l'anticipation. Ce sont les mêmes concepts qui sont évoqués par Florence Policard, elle dit de l'organisation que c'est : « *Comment on interagit ensemble et comment on gère le problème ensemble* » (Policard, 2014). Elle ajoute que pour cela, il faut une équipe et un leader : « *Chacun des acteurs a un rôle à jouer [...]. Il s'agit de se coordonner et, généralement, pour l'un des membres, de prendre le leadership* ». Il faut aussi d'après elle de la communication entre les membres de l'équipe afin d'être efficace dans la prise en charge, « *La communication interpersonnelle va être un facteur majeur d'efficacité, elle va jouer un rôle central afin que chaque acteur [...] puisse avoir néanmoins conscience de l'évolution globale de la situation* ». Les infirmiers évoquent aussi la notion d'expérience, de formation, de débriefing et d'amélioration des pratiques comme outils à la gestion de l'urgence vitale. Toujours selon Florence Policard, « *L'expérience est non seulement à l'origine de la connaissance mais elle en est le socle* ». Dans la même tonalité, Guy Le Boterf parle de compétence construit par l'expérience (Le Boterf, 2002). Ainsi, l'expérience permet de développer ses connaissances, mais aussi ses compétences. De plus, deux infirmiers mettent l'accent sur l'importance de la formation par la simulation, c'est ce que Florence Policard dit aussi « *La formation par la simulation est un dispositif qui offre l'opportunité de travailler sur les savoir-être et sur la dimension collaborative des soins. Ces dimensions sont particulièrement mises en exergue dès lors qu'il s'agit de gérer une situation d'urgence* ». Enfin, le débriefing est un outil permettant de mettre en avant les points positifs et les dysfonctionnements, « *Les professionnels partagent leur connaissance et savoir-faire et en tirent des enseignements* » (HAS, 2016), cela va avec le principe d'amélioration des pratiques abordé par certains des infirmiers, en effet, l'utilisation du débriefing, s'accompagne d'une amélioration de 25% des performances (Tannenbaum & Cerasoli, 2013).

Pour ce qui est des soins relationnels, les IDE interrogés font appel à des notions similaires que cela concerne la pratique infirmière courante ou des situations d'urgence vitale, ils évoquent : la communication, la relation, la réassurance et l'accompagnement. Leur vision des soins relationnels se rapproche de la définition de Jacques Salomé, c'est pour lui

« *L'ensemble des attitudes, des comportements spécifiques et volontaristes, des actes, des paroles, tant réalistes que symboliques, qui sont proposés par un soignant, à une personne. Cela pour lui permettre de s'entendre elle-même, d'être écoutée et entendue* » (Salomé, 1988), il aborde donc la notion de communication, de relation et d'accompagnement. L'intérêt des IDE pour la communication dans la relation de soin est aussi partagé par Margot Phaneuf, c'est pour elle « *L'instrument privilégié de la transmission de l'information et de nos échanges* » (Phaneuf, 2016, pp. 54-55). Cet instrument peut être verbal et non-verbal, pourtant seul une IDE parle de la communication non-verbale avec le toucher, or les outils de communication non-verbaux peuvent être nombreux comme le développe Margot PHANEuf. Ce type de communication représente 93 % de l'information transmise (Mehrabian & Ferris, 1967; Mehrabian & Wiener, 1967), c'est donc une partie non-négligeable de la communication qui est possible à mettre en place. Deux des infirmiers parlent de réassurance comme soin relationnel lors de l'urgence vitale cela en lien avec la notion de relation de compréhension développée par Cécile Furstenberg, « *Les soins relationnels sont primordiaux et délicats. Ils ouvrent à la relation, permettent au sujet souffrant, enfermé dans sa solitude d'être entendu et de pouvoir se sentir sécurisé par la réponse soignante accompagnante* » (Furstenberg, 2011). Il existe néanmoins des obstacles au soin relationnel, pour les trois IDE l'altération de la communication en est le principal, car la communication est l'outil principalement utilisé pour les soins relationnels, or comme le dit Yves Gineste, « *Lorsqu'il n'y a pas de feed-back, cette énergie s'épuise vite et l'émetteur arrête d'émettre son message* » (Gineste et al., 2008). De plus de par la situation d'urgence, les infirmiers identifient la notion de priorisation des soins au profil des soins techniques, c'est aussi ce qu'identifie Valérie Wolff, « *Les soignants tendent à aller vite pour évaluer un maximum de situations en focalisant leur attention sur celles qui engagent les pronostics vitaux et fonctionnels* » et ce sont les soins techniques qui permettent de pallier aux risques fonctionnels (Wolff, 2016). Enfin, une autre notion peut être un obstacle au soin relationnel, c'est les stratégies de coping décrit par Richard Lazarus et Susan Folkman comme, « *L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* » (Lazarus & Folkman, 1984), les soignants se protègent en évitant le contact avec le patient.

Enfin, la dernière thématique abordée concerne la relation soignant-soigné en situation d'urgence vitale en réanimation. Elle passe pour les infirmiers, par la relation de confiance et la communication. La relation de confiance est souvent abordée, mais c'est une relation dynamique entre le soignant et le soigné qui n'est pas si évidente à mettre en place, selon Patrick Sureau « *Elle suppose une réciprocité, un choix engagé de la part du soignant comme du patient* » (Sureau, 2018). Comme pour le soin relationnel, la communication est encore une fois le vecteur principal de la relation soignant-soigné, Monique Formarier dit : « *Les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques* » (Formarier, 2007). Cette relation est aussi mise en place selon les infirmiers par la réassurance et par l'organisation, Marguerite Potier va plus loin, en ne limitant pas l'interaction avec le patient à la réassurance, mais en évoquant que cette relation soignant-soigné nécessite : « *Un engagement personnel de l'infirmière [...], le malade étant accepté sans jugement de valeur. Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu et un minimum de disponibilité* ». (Potier & Loraux, 2002). L'organisation des soins permet de laisser la place à une relation avec le patient. C'est un des facteurs favorisant la relation, les autres identifiés par les infirmiers sont des facteurs entrant dans la gestion de l'urgence vitale, ils évoquent l'expérience, la formation et l'équipe. L'expérience permet de connaître la suite de la prise en charge, de maîtriser les gestes techniques par automatisme et donc de laisser une place à la relation avec le patient. Cela est amplifié par la formation qui apprend au professionnel à collaborer avec l'équipe et à gérer une situation à plusieurs en sachant ce qu'il reste à faire pour une situation donnée. Selon les infirmiers, la relation soignant-soigné peut être limitée selon l'état du patient par l'altération de la communication, l'urgence et donc la présence du risque vital et la nécessité de la priorisation des soins, les obstacles identifiés se rapprochent de ceux évoqués et développés pour les obstacles au soin relationnel.

b. Limite de l'enquête

Tout d'abord, il existe plusieurs biais de sélection de l'échantillon, j'ai contacté de nombreux services de réanimation, mais seul un a accepté que je vienne réaliser mes entretiens. L'échantillonnage a été réalisé sur la base du volontariat et de la disponibilité de chacun, seuls des infirmiers souhaitant participer ont été entendus. De plus, seuls trois infirmiers ont

participé, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats obtenus, en effet, selon une étude, il faudrait entre 23 et 40 personnes pour une étude qualitative (Marshall et al., 2013). Pour autant, cela donne une tendance et permet d'amorcer un processus de réflexion. Concernant l'entretien, il est canalisé par un guide d'entretien, qui permet de poser les mêmes questions à chacun, mais les questions de relance elles, se font en fonction des réponses reçues, ainsi elles sont plus difficilement standardisables. D'autre part, la durée des entretiens était limitée par le travail des infirmiers. Enfin, pour ce qui est de l'analyse, elle reste subjective, car elle dépend notamment de l'interprétation que le chercheur fait de ce que disent les professionnels. De plus, leur propos dépend de ce qu'ils perçoivent, de leurs vécus, d'une part, mais aussi de ce qu'ils ont envie de communiquer ou non.

V. Problématisation et question de recherche

Ma question de départ était la suivante : « **En quoi la relation soignant-soigné peut-elle être modifiée par l'urgence vitale ?** » Au travers de cette question, je souhaitais comprendre si l'urgence vitale de par ces caractéristiques et ces obligations modifiait la relation entre le soignant et le patient et plus particulièrement si elle interférait dans les soins relationnels qui lui étaient apportés.

J'ai pour cela, réalisé un développement théorique, en appuyant ma réflexion sur de nombreux écrits. Dans un premier temps, ma réflexion s'est faite autour du concept de l'urgence et du cadre qui régit les pratiques infirmières, d'un point de vue de la législation, mais aussi du référentiel de compétence. Un point important a été fait concernant l'importance du développement des savoirs liés aux compétences. Par la suite, j'ai développé le concept de soin relationnel et celui de la relation soignant-soigné. Cette notion de soin relationnel, s'intègre dans la relation soignant-soigné décrit par Malaboef, sous le nom de la relation de soutien (Menaut, 2009). C'est une relation qui est établie avec le patient par le biais de la communication, mais aussi par la disponibilité du soignant et du patient, afin de créer un partenariat de soin et de réduire ou en tout cas de limiter de manière durable la souffrance psychique du patient.

Après l'analyse des entretiens infirmiers, il en est ressorti de nombreux facteurs favorisant les soins relationnels dans l'urgence vitale tels que : la communication, l'organisation, la formation, l'expérience ou encore l'équipe. A contrario, des obstacles aux soins relationnels ont aussi émergé, de nombreux sont liés au caractère urgent et donc temporel de la situation, c'est-à-dire, une prise en charge limitée en termes de temps. Mais aussi, par un le mécanisme de coping, sorte de protection inconsciente, que peuvent mettre en place les soignants pour se protéger. Pourtant, bien qu'il semble évidemment nécessaire de réussir à se protéger en tant qu'individu, il est aussi nécessaire de réussir à apporter l'aide et le soutien psychologique dont a besoin le patient dans une situation aussi grave. Ainsi, comment est-il possible d'allier les soins techniques et les soins relationnels dans une situation d'urgence vitale sans se mettre en danger ? Il est décrit que tous les soins sous-tendent une part de relationnel (Gérardin, 2010), les soins relationnels semblent donc indissociables du soin. D'après les entretiens, l'outil principalement utilisé pour la relation quelle qu'elle soit, est la communication. Lors de l'urgence vitale la communication verbale est parfois difficile à mettre en place, pour autant la communication non-verbale, bien qu'elle soit moins précise, permet tout de même de transmettre une intention au patient. Elle est possible en théorie à mettre en place tout en continuant à communiquer avec l'équipe et à réaliser des gestes techniques. Ils s'accordent à dire que la relation de soutien peut être limitée dans une situation d'urgence vitale par de multiples facteurs. Pour autant, ils mettent tous en avant l'importance de l'organisation, de l'expérience et de la formation comme atouts principaux à la gestion de ce type de situation mais aussi comme outils favorisant la mise en place de la relation de soutien avec le patient.

Ainsi, en partant de ma question de départ et en m'appuyant sur l'ensemble de mon analyse, j'ai pu aboutir après cette phase de problématisation à la question de recherche suivante :

En quoi la formation par la simulation chez des infirmiers d'expérience variable permet-elle de développer des compétences nécessaires à la relation de soutien lors de l'urgence vitale ?

VI. Conclusion

Après plusieurs mois de travail, je conclus ce mémoire de fin d'études, il avait pour objectif d'analyser l'impact de l'urgence vitale sur la relation soignant-soigné.

Les soins relationnels et donc la relation de soutien est applicable dans toutes les situations et ce même en situation d'urgence vitale. Le temps est souvent un des obstacles qui est mis en avant, il a été montré dans l'analyse qu'un soin relationnel n'était pas forcément un soin chronophage et qu'il pouvait venir en complément d'un soin technique en cours de réalisation.

La relation soignant-soigné n'est pas pour autant mise à l'écart, l'ensemble des professionnels s'accordent à dire qu'il faut prendre le temps d'écouter le patient et de le rassurer. Il a été établi que la communication est le moyen le plus facile de mettre en place cette relation. Pour autant, la communication requiert de la disponibilité de la part du soignant et pour certains professionnels cela reste difficile, car ils sont mentalement occupés à la réalisation des soins techniques. La prise en soin du patient en urgence vitale est complexe, il faut réussir à mettre en place énormément de ressources au même moment. Les soins techniques s'apprennent et sont transposables d'un patient à l'autre, mais chaque relation de soin est unique et nécessite d'être mise en place. La combinaison des compétences relationnelles et techniques sont nécessaires. Pour cela, il en est ressorti des moyens permettant l'enrichissement des pratiques, c'est le cas notamment de la formation par la simulation. En effet, la formation par simulation vise à développer les compétences techniques mais aussi en grande partie les compétences dites non-techniques.

Je pense que ce travail a contribué à la construction de mon identité professionnelle. En effet, à travers ce travail d'initiation à la recherche, j'ai pu développer ma posture réflexive au travers d'une situation que j'ai vécue personnellement. Souhaitant par la suite travailler en réanimation, je pense que cette réflexion sera transposable à de futures situations professionnelles rencontrées, tout en me permettant de prendre en charge différemment le patient accueilli.

VII. Bibliographie

Article de magazine

ACKER, Françoise. Infirmières : des pratiques en redéfinition. *Sciences humaines Hors-série* [en ligne]. 2005. N° 48, pp. 48. [Consulté le 29 décembre 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.scienceshumaines.com/infirmieres-des-pratiques-en-redefinition_fr_13818.html

Article de revue

CALANDRA, Thierry. Revue Médicale Suisse : Sepsis sévère et choc septique. DELALOYE, Julie (éd.), Revue Médicale Suisse [en ligne]. 2005. Vol. 2, n° 60, pp. 896-902. [Consulté le 27 février 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-60/sepsis-severe-et-choc-septique>

FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers [en ligne]. 2007a. Vol. N° 89, n° 2, pp. 33-42. [Consulté le 24 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

FURSTENBERG, Cécile. La clé des soins relationnels : la sollicitude en chemin au domicile. Recherche en soins infirmiers [en ligne]. 1 décembre 2011. Vol. N° 107, n° 4, pp. 76-82. [Consulté le 24 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-76.htm>

GÉRARDIN, Pascale. Le soin relationnel en gériatrie. Soins gérontologie. Décembre 2010. Vol. 15, n° 86, pp. 24-26.

GINESTE, Yves, MARESCOTTI, Rosette et PELLISSIER, Jérôme. L'humanité dans les soins: Recherche en soins infirmiers [en ligne]. 1 septembre 2008. Vol. N° 94, n° 3, pp. 42-55. [Consulté le 13 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-3-page42.htm>

LE BOTERF, Guy. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Soins cadres [en ligne]. février 2002. N° n° 41, pp. 20-22. [Consulté le 17 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>

MALABEUF, Louis. La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte. 1992. N° 4, pp. 4-6.

MARSHALL, Bryan, CARDON, Peter, PODDAR, Amit et FONTENOT, Renee. Does Sample Size Matter in Qualitative Research ? : A Review of Qualitative Interviews in is Research. Journal of Computer Information Systems [en ligne]. septembre 2013.

Vol. 54, n° 1, pp. 11-22. [Consulté le 25 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/08874417.2013.11645667>

MEHRABIAN, Albert et FERRIS, Susan R. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology* [en ligne]. 1967. Vol. 31, n° 3, pp. 248-252. [Consulté le 28 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0024648>

MEHRABIAN, Albert et WIENER, Morton. Decoding of inconsistent communications. *Journal of Personality and Social Psychology* [en ligne]. 1967. Vol. 6, n° 1, pp. 109-114. [Consulté le 28 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0024532>

MENAUT, Hervé. Les soins relationnels existent-ils ? VST - Vie sociale et traitements [en ligne]. 2009. Vol. 101, n° 1, pp. 78. [Consulté le 28 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm>

POLICARD, Florence. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives : Recherche en soins infirmiers [en ligne]. 1 juin 2014. Vol. N° 117, n° 2, pp. 33-49. [Consulté le 20 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-2-page-33.htm>

PSIUK, Thérèse. L'espace intime du soin. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. 1 juin 2008. Vol. N° 93, n° 2, pp. 14-16. [Consulté le 29 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-14.htm>

SUREAU, Patrick. De la confiance dans la relation de soin. *Soins* [en ligne]. Avril 2018. Vol. 63, n° 824, pp. 44-46. [Consulté le 21 mai 2023]. Disponible à l'adresse : https://ethna.net/medias/fichiers_ressources_documentaires/67-de-la-confiance-dans-la-relation-de-soin-p.-sureau-fichiers/soins_avr.2018-confiance-des-relations_p.sureau.pdf

TANNENBAUM, Scott I. et CERASOLI, Christopher P. Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society* [en ligne]. février 2013. Vol. 55, n° 1, pp. 231-245. [Consulté le 26 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23516804/>

TAYLOR, Effie J. Of What Is the Nature of Nursing? *The American Journal of Nursing* [en ligne]. Mai 1934. Vol. 34, n° 5, pp. 476. [Consulté le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.jstor.org/stable/3413120?origin=crossref&seq=4>

WOLFF, Valérie. Le sens de l'urgence à l'hôpital. *BioéthiqueOnline* [en ligne]. 27 mars 2016. Vol. 5, pp. 5. [Consulté le 28 décembre 2022]. Disponible à l'adresse : <http://id.erudit.org/iderudit/1044295ar>

Documents

- BOIVIN, Michèle et al., Référentiel de compétences de l'infirmier(e) en Médecine d'Urgence. [en ligne]. Juin 2008. p.10. Société française de médecine d'urgence. [Consulté le 12 avril 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf
- BO Santé, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, Référentiel de compétence Annexe II. [en ligne]. 15 août 2009. pp 266-267. [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

Ouvrages

- ABRIC, Jean-Claude. Chapitre 4: la dimension non verbale de la communication. In : Psychologie de la communication. [en ligne]. 3e édition. Dunod, 2019. pp. 59-69. [Consulté le 1 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-communication--9782100790937-page-59.htm>
- BERLEMONT, Christine et JOLLY, Marie-Anne. Chapitre 11. Le domaine du soin. In : Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. [en ligne]. Dunod, 2020. pp. 177-191. [Consulté le 29 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/construire-la-communication-therapeutique-2020--9782100801374-page-177.htm>
- BIOY, Antoine, BOURGEOIS, Françoise et NÈGRE, Isabelle. La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques. 3e éd. Paris : Bréal, 2013. Étudiants en IFSI. p. 55-56.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. Promouvoir la vie. Paris : InterEditions, 1982. pp. 241-246
- CORRAZE, Jacques. Les communications non-verbales. PUF. 1992. p. 15.
- FREUD, Sigmund. La technique psychanalytique. Paris : Presses universitaires de France, 1910. p. 33.
- LAZARUS, Richard S. et FOLKMAN, Susan. Stress, appraisal, and coping. 11. [print.]. New York : Springer, 1984.
- MANOUKIAN, Alexandre et MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné. 3e éd. Paris : Lamarre, 2008. Soigner et accompagner. p. 223.
- MOLIÈRE, Françoise et FRIARD, Dominique. Contre-transfert: In : Les concepts en sciences infirmières. [en ligne]. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012. pp. 325-327. [Consulté le 16 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info>

/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition-2012—9782953331134page-325.htm

PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 698 définitions, 1890 références bibliographiques, 1518 citations. 4e édition. Gournay-sur-Marne : Setes, 2018.

PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné 718 définitions, 2116 références bibliographiques, 227 citations. 5e éd. Gournay-sur-Marne : Setes éditions, 2021.

PHANEUF, Margot. La relation soignant-soigné - L'accompagnement thérapeutique. 2ème édition. Chenelière Éducation, 2016. Soins infirmiers.

POTIER, Marguerite et LORAU, Nicole. Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002. Les fondamentaux. p. 281.

ROGERS, Carl. Le développement de la personne. Dunod. 1968. Organisation et sciences humaines. p. 223.

SALOMÉ, Jacques. Apprivoiser la tendresse. Thonex. Suisse, 1988. Jouvence.

VALADE, Bernard. L'urgence médicale : de la pratique à la pensée. In : La gouvernance des innovations médicales. [en ligne]. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France, 2007. pp. 85-96. La Politique éclatée. [Consulté le 17 décembre 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/la-gouvernance-des-innovations-medicales--9782130562627-p-85.htm>

WEAVER, Warren et SHANNON, Claude. Recent contributions to the mathematical theory of communication. In : The Mathematical Theory of Communication. [en ligne]. 1949. pp. 1-12. [Consulté le 28 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <http://www.sietmanagement.fr/wp-content/uploads/2016/04/Weaver1949.pdf>

Rapports

HAS. Briefing et debriefing [en ligne]. Outils d'amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine, 2016. [Consulté le 08 mai 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2657908/fr/briefing-et-debriefing

HAS. Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification, fiche pédagogique, Urgence vitale [en ligne]. Haute Autorité de Santé, 2022. [Consulté le 17 décembre 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf

Page web

LAROUSSE, Éditions. Définitions : relations - Dictionnaire de français Larousse. [en ligne]. [Consulté le 4 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845rerelations> - Définitions Français: Retrouvez la définition de relations, ainsi que les expressions... - synonymes, homonymes, difficultés, citations.

Code de la Santé publique. Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-2). [en ligne]. 2021. [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/

Académie de Médecine. Dictionnaire médical [en ligne]. 2023. [Consulté le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=soins>

Tables des annexes

TABLES DES ANNEXES	I
ANNEXE I : LISTE DES ABREVIATIONS	II
ANNEXE II : TEXTES LEGISLATIFS RELATIFS AUX ACTES INFIRMIERS DANS UNE SITUATION D'URGENCE	III
ANNEXE III : SCHEMA DE LA COMMUNICATION SELON LE MODELE DE CLADE SHANNON ET WARREN WEAVER (1949)	IV
ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN.....	V
ANNEXE V : LIEN ENTRE LE GUIDE D'ENTRETIEN ET LE CADRE CONCEPTUEL.....	VII
ANNEXE VI : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'INFIRMIER 1.....	VII
ANNEXE VII : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'INFIRMIER 2.....	XIII
ANNEXE VIII : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'INFIRMIER 3.....	XVIII
ANNEXE IX : TABLEAU DE L'ANALYSE THEMATIQUE DE L'ENTRETIEN DE L'INFIRMIER 1	XXVII
ANNEXE X : TABLEAU DE L'ANALYSE THEMATIQUE DE L'ENTRETIEN DE L'INFIRMIER 2	XXXI
ANNEXE XI : TABLEAU DE L'ANALYSE THEMATIQUE DE L'ENTRETIEN DE L'INFIRMIER 3	XXXIV
ANNEXE XII : TABLEAU DE L'ANALYSE TRANSVERSALE DES ENTRETIENS INFIRMIERS.....	XXXIX

Annexe I : Liste des abréviations

CSP : Code de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier diplômé d'État

Annexe II : Textes législatifs relatifs aux actes infirmiers dans une situation d'urgence

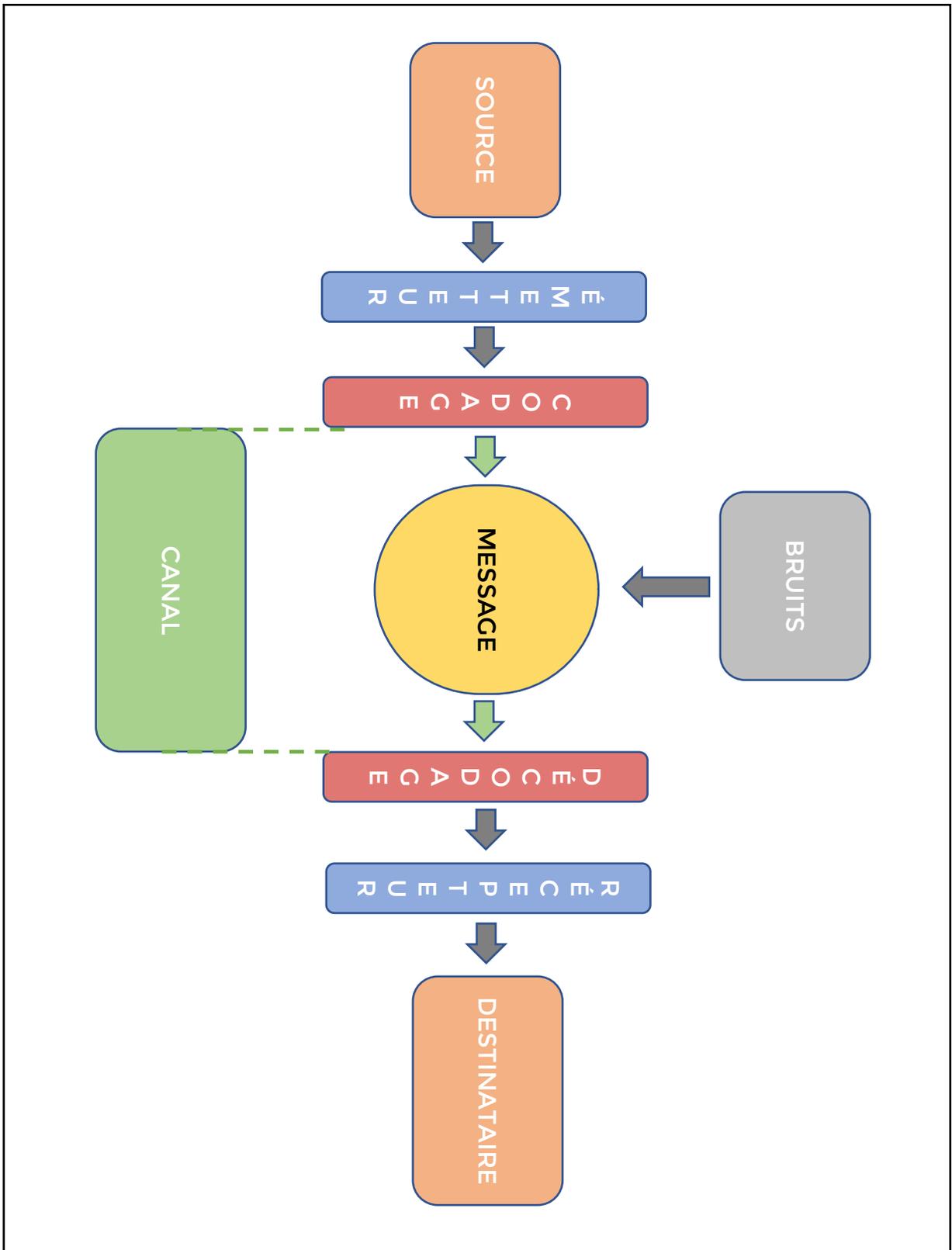
Type de rôle infirmiers	Articles du CSP 2021	Extraits
Rôle propre	R4311-5 ¹	<p>« Accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement »</p> <p>« Aspirations des sécrétions de la personne [...] »</p> <p>« Ventilation manuelle instrumentale par masque [...] »</p> <p>« Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance [...] »</p> <p>« Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments [...] »</p> <p>« Aide et soutien psychologique ».</p>
Rôle sur prescription médicale	R4311-14 ²	« En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable »
	R4311-7 ³	« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription [...] qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée »

¹ Article R4311-5 du code de la santé publique, 2021

² Article R4311-14 du code de la santé publique, 2021

³ Article R4311-7 du code de la santé publique, 2022

Annexe III : Schéma de la communication selon le modèle de Clade Shannon et Warren Weaver (1949)



Annexe IV : Guide d'entretien

Marie BLANC étudiante en troisième année à l'IFSI PCIPUS à Paris. Je souhaite dans le cadre de mon travail de fin d'étude, réaliser des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers de réanimation ayant pour thème les soins relationnels. Les entretiens anonymisés, d'une durée de 30 minutes pourront être enregistrés en audio après accord avec les infirmiers interrogés. L'analyse de ces entretiens me permettront d'élaborer une problématique et une question de recherche.

Questions :

1. Qu'est-ce que pour vous les soins relationnels dans la pratique infirmière ?

Question de relance :

- Quels soins incluriez-vous dans le terme « soins relationnels » ?
- Quels soins relationnels faites-vous en réanimation ?
- Y-a-t-il des obstacles aux soins relationnels ?
- Est-ce que vous incluriez la communication dans les soins relationnels ?

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

3. Pouvez-vous me décrire ce que vous pouvez mettre en place lors d'une situation d'urgence vitale ?

Question de relance :

- Quelles sont vos priorités dans cette situation ?
- Quelle est la place du patient dans cette situation ?
- Quels peuvent être les facilitateurs à la gestion de l'urgence vitale ?

4. Comment décririez-vous la spécificité de la relation soignant-soigné en réanimation ?

Question de relance :

- Pour quelles raisons est-elle spécifique selon vous ?
- Comment la mettez-vous en place ?

5. Comment définiriez-vous la relation soignant-soigné lors d'une urgence vitale ?

Question de relance :

- Au vu du contexte de l'urgence vitale diriez-vous qu'il y a une place pour cette relation ?
- Comment la mettez-vous en place et par quels moyens ?
- Existe-il des facteurs facilitants ou limitants cette relation ?
- Est-ce que vous diriez qu'elle est toujours possible à mettre en place ?
- Pour vous est-ce que la relation dans ce contexte est exclusivement défini par la communication ou vous la mettez en place par d'autres moyens ?

6. Avez-vous des choses à ajouter ?

Question de relance :

- Avez-vous des questions ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de participer à cet entretien.

Annexe V : Lien entre le guide d'entretien et le cadre conceptuel

N°	Questions	Lien avec le cadre conceptuel
1	<p>Qu' est-ce que pour vous les soins relationnels dans la pratique infirmière ?</p> <p>Question de relance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels soins incluriez-vous dans le terme « soins relationnels » ? - Quels soins relationnels faites-vous en réanimation ? - Y-a-t-il des obstacles aux soins relationnels ? <p>Est-ce que vous incluriez la communication dans les soins relationnels ?</p>	<p>Le soin relationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le concept de soin - La communication
2	<p>Qu' est-ce que pour vous une situation d' urgence vitale ?</p>	<p>La situation d' urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le concept de l' urgence
3	<p>Pouvez-vous me décrire ce que vous pouvez mettre en place lors d' une situation d' urgence vitale ?</p> <p>Question de relance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont vos priorités dans cette situation ? - Quelle est la place du patient dans cette situation ? - Quels peuvent être les facilitateurs à la gestion de l' urgence vitale ? 	<p>La situation d' urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - L' infirmier face à l'urgence

N°	Questions	Lien avec le cadre conceptuel
4	<p>Comment décrivez-vous la spécificité de la relation soignant-soigné en réanimation ?</p> <p>Question de relance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour quelles raisons est-elle spécifique selon vous ? - Comment la mettez-vous en place ? 	<p>Le soin relationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation soignant-soigné
5	<p>Comment définiriez-vous la relation soignant-soigné lors d' une urgence vitale ?</p> <p>Question de relance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au vu du contexte de l' urgence vitale diriez-vous qu' il y a une place pour cette relation ? - Comment la mettez-vous en place et par quels moyens ? - Existe-il des facteurs facilitateurs ou limitants cette relation ? - Est-ce que vous diriez qu' elle est toujours possible à mettre en place ? <p>Pour vous est-ce que la relation dans ce contexte est exclusivement défini par la communication ou vous la mettez en place par d' autres moyens ?</p>	<p>La situation d' urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - L' infirmière face à l' urgence <p>Le soin relationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - La communication - Relation soignant-soigné
6	<p>Avez-vous des choses à ajouter ?</p> <p>Question de relance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous des questions ? 	

Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec l'infirmier 1

1. Qu'est-ce que pour vous les soins relationnels dans la pratique infirmière ?

5 De façon général les soins relationnels, c'est beaucoup la communication, heu, le langage adapté à la personne avec qui on est. Ce que je mets aussi dans les soins relationnels, c'est tous les soins de confort, genre nursing et tout ça. Les moments où on est proche du patient ou on essaye de faire des soins pour les apaiser. Ça passe aussi par l'explication de tous les soins qu'on fait, voilà. Les soins relationnels, oui c'est
10 ça, vraiment beaucoup de communication, de mises à niveau, d'explications, une espèce de bulle de bien-être autour du soin technique. Qui passe principalement par la communication et l'explication de tous ce qu'on fait, de tous l'environnement, surtout en réanimation.

15 Question de relance : Est-ce qu'il y a des soins relationnels plus spécifique à la réanimation ?

Oui, je pense, notamment, on utilise quand même pas mal de machines, de dialyse, de plasmaphérèse et ce sont des machines qui font souvent peur, car les gens ont
20 une idée très précise de ce que c'est via la télévision surtout. Dans le soin relationnel, c'est vraiment prendre le temps d'expliquer à quoi sert la machine, comment ça va se passer. Quand y a des soins très invasifs comme la fibroscopie, la pose de cathéters centraux, ce sont des soins douloureux et des soins qui nécessite une approche différente, qu'un simple soin de pansements ou un truc comme ça, c'est des soins qui
25 font peur, donc l'approche relationnel est spécifique

Question de relance : Est-ce que vous diriez qu'il y a des obstacles aux soins relationnels ?

30 Oui, la barrière de la langue première étape, quand on ne parle pas la même langue, c'est vite compliqué parce que on a beau expliquer, heu, quand on n'est pas compris par la personne d'en face et vice versa, quand on ne comprend pas les questions que

l'on nous pose, il y a des moyens de s'adapter. Le handicap mental, quand il y a des gens qui sont atteints de pathologies lourdes, genre trisomie mais aussi juste un petit
35 déficit, trouver un langage adapté mais tout en restant professionnel et pas en les infantilisant tout ça. Chez nous une grosse chose, c'est l'encéphalopathie dû aux médicaments, du coup les gens ne comprennent vraiment pas ce qu'on leur dit et on est obligé de leur faire des soins sans vraiment pouvoir leur expliquer. Donc là, le soin relationnel là-dessus à part la réassurance physique, heu, de je vous tiens la main
40 mais sinon après non.

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

Une situation d'urgence vitale, c'est une situation où si on n'agit pas immédiatement
45 le pronostic vital de la personne est engagé, donc ça va au-delà de l'arrêt cardiaque, heu, pure et dure. Donc oui, l'arrêt cardiaque est le plus gros qui puissent arriver, mais il y a aussi toutes les situations de chocs où les patients sont très hypotendus, très tachycardes, avec beaucoup de fièvre et qui sont très vides. Ça pour moi c'est des situations d'urgence vitale, et là il faut agir vite maintenant tout de suite (silence) sinon
50 la personne malheureusement va décéder. C'est principalement une notion de temps, ce sont des actions hyper rapides qu'il faut faire tout de suite et qu'on a pas le temps de laisser traîner quoi, c'est du remplissage, des antibiotiques, des médicaments qu'il faut faire extrêmement vite, voilà, oui c'est une notion de temps.

3. Pouvez-vous me décrire ce que vous pouvez mettre en place lors d'une situation d'urgence vitale ?

Pour moi lors de l'urgence vitale, déjà ça dépend si on est seul ou non, si on est seul je dirais qu'il faut d'abord appeler à l'aide car on ne peut pas y arriver seul dans ces
60 situations. Donc oui, appeler des collègues ne sert-ce que pour que de leurs côtés ils puissent prévenir le médecin etc. Nous de notre côté, heu, si c'est une urgence vitale ou il ne faut pas perdre une seconde alors on va directement mettre les bons gestes en place, mais avant de se lancer je dirais au moins crier dans le couloir histoire de ne pas se retrouver seul. Si je commence un massage sans alerter personne au bout de

65 3 minutes je serais épuisée. Donc c'est vraiment une histoire d'équipe et faut pas avoir peur d'appeler les collègues à la rescousse. Après quand on est tous dans la chambre il y a le médecin souvent qui est le chef d'orchestre et qui va dire ce qu'il y à faire et nous entre infirmier on se répartit les rôles assez facilement. Si on intube, il faut un aux drogues, l'autre au scope et un troisième est là pour faire le reste.

70

Question de relance : qu'elle est pour vous la place du patient dans cette situation ?

Bah, c'est vrai que c'est des situations où le patient est un petit peu oublié, occulté. Je pense que c'est une barrière pour nous aussi, on se met une protection du fait de dire
75 si on n'y arrive pas le patient va mourir, donc justement (silence) sans le vouloir des fois on occulte le côté humain et on se dit on va passer à la technique très, très vite comme ça on va lui sauver la vie, et après on discutera avec lui. Souvent c'est pas la bonne solution, (rire) parce que lui il est là quand même et si il est réveillé, il voit des petits hommes bleus s'agiter un petit peu partout, dans des termes souvent qu'il ne
80 comprennent pas. Parce qu'on emploie quand même beaucoup d'acronymes et de sigles et ça fait vite peur quand on n'y connaît rien, il voit un peu tout le monde parler très fort et s'agiter. D'un coup on est passé de deux infirmiers on est 10 enfin voilà c'est vrai qu'on oublie ce côté vivant et on a l'impression qu'on soigne juste une coquille vide en fait. Ce qui nous intéresse beaucoup c'est les chiffres, contrairement
85 au ressenti du patient à ce moment-là.

Question de relance : Est-ce que du point de vue de l'infirmier, il peut y avoir des facilitateurs à la gestion de l'urgence et donc à la combinaison de ces deux aspects là ?

90

Et bah, ça tombe extrêmement bien que tu en parles, et que tu interrogues XX et moi parce qu'on vient de faire un DU pour être formateur en simulation en santé et c'était l'objet un peu de notre mémoire. Ou en fait on fait les choses bien que quand on les fait souvent. La gestion de l'urgence quand elle est faite souvent et qu'on connaît les
95 algorithmes, on peut laisser la place du coup à la relation avec le patient. Alors que quand on ne fait pas souvent de soins d'urgence et qu'on prend en charge des

situations d'urgence vitale, on va se concentrer que sur le côté technique, parce qu'il ne faut rien oublier, parce qu'il faut sauver le patient alors que quand on a l'habitude de recevoir des chocs septiques, des arrêts cardiaques, patati patata. Le cerveau se met un peu en mode pilote automatique. C'est le côté 1 du cerveau qui se met un peu en pilote automatique sur ce qu'il faut faire pour sauver la vie du patient, et du coup on a notre partie 2 qui nous permet un peu plus de réfléchir, et en même temps que l'on fait les choses, comme on sait les faire on peut prendre le temps d'expliquer au patient, mais tout en continuant à faire nos actions techniques. Et un des gros facilitateurs, du coup, c'est la simulation, c'est-à-dire faire des simulations de temps en temps sur des patients qui arrivent en état de détresse vitale, et donc s'entraîner, s'entraîner (claque des doigts) pour que le jour J sur le patient, tout se fasse automatiquement et que tu prennes le temps de communiquer avec lui, voilà et le deuxième facilitateur, c'est de ne pas avoir peur d'appeler à l'aide pour ne pas être tout seul et donc déléguer les tâches, faire un peu ce qu'on appelle du Crew Resource Management, c'est-à-dire des compétences non techniques, toi tu fais ça, toi tu fais ça (elle montre du doigt), toi tu fais ça. Tu prends le leadership de ta chambre et tu délègues les tâches pour ne pas être noyé sous le technique et prendre le temps de faire du non technique, c'est-à-dire faire du relationnel avec le patient.

115

4. Comment décririez-vous la spécificité de la relation soignant-soigné en réanimation ?

Heu, spécificité, heu, c'est des patients qui sont souvent avec des gros problèmes qu'il faut expliquer, et en fait ce qui est spécifique, c'est qu'ils arrivent souvent dans un état très grave. Donc, il faut tout le temps, tout le temps, tout le temps, leur réexpliquer ce qu'il s'est passé au début, et en fait ils subissent des changements tellement importants tous les jours, que tous les jours, il faut refaire. Donc ça, c'est vraiment une spécificité propre, c'est que la pathologie change tellement vite qu'il faut tout le temps réexpliquer. Les familles sont omniprésentes et ne comprennent pas toujours ce qu'il se passe parce qu'elles ont plusieurs interlocuteurs, donc c'est pareil, ça rajoute une chose en plus à la relation et la spécificité aussi. Contrairement à d'autres services c'est qu'on passe beaucoup, beaucoup de temps avec nos patients, on n'en a que

125

trois, donc en fait on est toujours avec eux pendant 12 heures. Il nous voit nous et ça
130 créer un lien très fort tout de suite et ça devient vite une relation de confiance ou une
relation conflictuelle quand elle est là aussi, quand ça passe pas, ça passe pas
pendant 12 heures. Et ça c'est une grosse spécificité par rapport au service de salle,
c'est-à-dire qu'on n'en a que trois et qu'on est toujours avec eux.

135 Question de relance : Est-ce que la mise en place de cette relation va se faire de la
même façon ?

Il y a plus de temps, il y a plus d'interaction on est plus dans le contact. Ça ne veut pas
dire que l'infirmière d'ortho va avoir moins de relations avec son patient mais elle va
140 avoir moins d'interactions parce que forcément elle en a 10 de plus que nous donc
voilà.

**5. Comment définiriez-vous la relation soignant-soigné lors d'une urgence
vitale ?**

145 Heu, je la définirais de, heu (silence) de compliquée, de compliquée, c'est par rapport
à ce que je disais tout à l'heure. On se concentre sur le technique et on oublie parfois
un petit peu le côté relationnel, parce qu'il y a beaucoup de choses à gérer en même
temps. Heu, donc je dirais ouais compliquée, difficile quoi à travailler plus en un mot,
150 ça serait compliqué.

Question de relance : Est-ce qu'il y a quand même des moyens de la mettre en place
?

155 Oui, il y a des moyens de la mettre en place, heu, si, (silence) si des personnes
s'occupent de faire les seringues de si de ça, ça peut prendre deux minutes que ce
soit avec le médecin ou l'aide-soignant de lui expliquer au fur et à mesure ce qu'on va
faire : on va vous poser des cathéters, on va vous endormir, on va poser une machine.
Je pense que à ce moment-là, le patient est dans un état de mal-être plus plus. Donc,
160 il n'y a pas besoin de rentrer dans les gros détails de tout expliquer, mais en tout cas

les choses simples, basiques par des petits mots et juste lui expliquer que voilà, s'il sent une piqûre dans la jambe c'est normal on lui pose un cathéter et tout ça, des phrases simples et des mots-clés, je pense que ça suffit et ça c'est faisable. Il faut juste y penser en fait... voilà mais c'est faisable.

165

Question de relance : Quels seraient les facteurs favorisant et limitant la relation dans cette situation ?

Ça va être l'urgence, ça va être l'état de conscience, heu (silence), l'urgence, l'état de conscience, l'environnement, tu vois quand on est genre 10 dans la chambre, qu'il faut que tu écoutes le médecin, et qu'il faut que tu écoutes tes collègues patati patata. La seule personne que tu n'écoutes pas c'est celle qui fait le moins de bruit, c'est-à-dire, c'est le patient. Et, heu, facilitant, heu c'est que si tout le monde sait ce qu'il à faire, bah en fait comme c'est fluide, il y a moins de bruit, il y a moins de stress et du coup, là tu te concentres plus sur le patient comme un soin lambda en fait, sauf qu'en fait tu ne perds pas de vue que l'issue, elle n'est pas la même quand même, mais ça peut rouler de façon fluide. Tu vois une intubation c'est une situation d'urgence vitale, mais en vrai, tu vois quand tu en fait tous les jours il n'y a plus rien qui te stresse quoi. Tu arrives, Bim Bam Bam tu endors le patient tu l'intubes, tu le branches à la machine et c'est fini quoi. Mais c'est vrai que pour intuber un patient il faut avoir fait un minimum de soin relationnel avant, c'est-à-dire qu'il faut lui avoir expliqué s'il est en capacité de le comprendre que, il va être endormi, qu'on ne va pas le réveiller tout de suite c'est tout ça voilà. (Silence). Aucune situation hormis l'arrêt cardiaque parce que, bah, tu ne vas pas communiquer avec une personne qui est morte mais hormis l'arrêt cardiaque, toutes les situations d'urgences peuvent inclure du soin relationnel pour moi en tout cas.

175

180

185

6. Avez-vous des choses à ajouter ?

190 Non, non, des questions, non, c'est un bon sujet, heu, voilà.

Annexe VII : Retranscription de l'entretien avec l'infirmier 2

1. Qu'est-ce que pour vous les soins relationnels dans la pratique infirmière ?

5 C'est la relation qu'on a avec le patient. (Silence), la façon dont on lui parle, la façon dont on le soigne, la façon dont on fait attention à lui. Ouais, voilà.

Question de relance : Quels soins incluriez-vous dans le terme soit relationnel ?

10 Heu, les soins de nursing, les toilettes, heu, discuter avec le patient, le rassurer, lui expliquer ce qu'on fait, enfin, en vrai, tous pour moi. Quand on donne un médicament ou quoi. Je pense qu'il faut quand même parler expliquer ce qu'on fait, qu'est-ce qu'on met et tout ça quoi. Donc oui pour moi tous les soins sont soit des soins relationnels, soit doivent comprendre des soins relationnels. Genre quand je perfuse, si j'explique
15 pas, ou que je rassure pas le patient angoissé, bah je vais avoir plus de mal à faire mon soin.

Question de relance : Si je comprends bien, vous liez principalement les soins relationnels à la communication ?

20 Ouais, je pense que le principal du soin relationnel passe par la communication, c'est la façon la plus simple d'échanger avec le patient de savoir ses attentes et nous de pouvoir lui expliquer des choses, ce qui se passe, mais aussi chercher à comprendre son ressenti.

25

Question de relance : Est-ce qu'il y a pour vous des obstacles soins relationnels ?

Ouais, l'urgence. (Silence), heu, et l'état de conscience du patient, les patients psy, les patients qui sont dans le coma chez nous en réanimation. Et ici quand on a des
30 urgences, on gère d'abord l'urgence et après on gère le patient avec le côté relationnel. Donc oui un des freins je dirais que c'est l'urgence principalement.

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

35 L'urgence vitale, bah, c'est quand le patient a une défaillance et que si on entreprend aucune action, le patient va mourir. Donc, administrer des médicaments, ici intubé, poser les cathéters ou des choses comme ça, en gros tous ce qui permet de sauvegarder la vie.

40 **3. Pouvez-vous me décrire ce que vous pouvez mettre en place lors d'une urgence vitale ?**

(Silence) dans un premier temps, on voit avec le médecin ce qu'il y a à faire, puis on agit par ordre de priorité. En général, c'est lui le chef d'orchestre et nous ont fait la
45 tâche qui nous est attribuée. C'est toujours organisé plus ou moins de la même façon, soit on est plus attaché aux médicaments, soit on l'assiste. Puis on va être amené en gros à faire ce que lui nous demande, parmi tous les soins qu'on peut faire, c'est principalement des soins techniques car l'objectif en situation d'urgence vitale va être de maintenir la vie du patient.

50

Question de relance : Quelle est la place du patient dans cette situation ?

Ça dépend des situations d'urgence, mais en général, il y a pas ou très peu de communication avec le patient, mais je te dis ça dépend de l'urgence. Est-ce voilà, on
55 a le temps de prendre deux minutes pour lui expliquer ce qu'on va faire ou alors si c'est un arrêt cardiaque dans tous les cas la communication ne servira à rien ça dépend du degré d'urgence. Après on essaye d'expliquer au maximum aux patients qui peut nous comprendre ce qu'on va faire, si on doit l'intuber, bah, on lui explique que c'est l'affaire de quelques heures ou de quelques jours, vous allez-vous réveiller,
60 on essaye de rassurer même si on sait que ça peut très mal se passer (silence) on essaye de faire au mieux pour rassurer quoi. Après si c'est une urgence où la personne va rester consciente, genre si c'est juste une hémorragie digestive, on explique on rassure après, c'est le rôle est de l'infirmier et les soignants et même du médecin. Après ça dépend des gens avec qui on est il y a un gros rôle aussi de l'équipe.

65

Question de relance : Est-ce qu'il existe pour vous des facilitateurs à la gestion de l'urgence vitale ?

Oui, je pense qu'il peut y avoir l'expérience professionnelle car au début on est la tête dans le guidon. Tu réfléchis que à tes soins techniques, car c'est eux qui permettent que ton patient reste en vie, tu n'as pas le temps pour autre chose. En tout cas, toi tu n'accordes pas de place et ce que tu ne vas pas dire à ton patient dans ces cas-là ça peut être un de tes collègues ou quelqu'un d'autre qui gère à ta place. On n'est jamais seul dans ces situations. Je pense que oui, l'expérience ça aide dans les situations d'urgence, car tu sais ce qu'il y a à faire tu sais déjà ce qu'il va falloir que tu prépares et que tu fasses et dans ce cas, tu peux facilement, en tout cas plus facilement prendre 30 secondes pour expliquer à ton patient ce qui est en train de se passer et ce qu'il va se passer par la suite et c'est 50 % du travail, parce qu'un patient qui est rassuré ou en tous cas pas angoissé il va faciliter sa prise en charge.

80

4. Comment décririez-vous la spécificité de la relation soignant-soigné en réanimation ?

La spécificité de la relation ? Heu, elle est spécifique dans le sens où on passe beaucoup de temps avec eux. En plus on est en 12 heures nous, heu, quand tu es là 12 heures, il faut créer une relation de confiance. Il faut que ça se passe bien. Après est-ce qu'elle est spécifique ? je dirais que oui, car ce sont des patients qui restent souvent longtemps chez nous, il nous revoit souvent on est dans leur intimité, on peut pas faire pire (silence). Après moi j'ai fait que de la réanimation j'ai fait que ce service là, mais je pense que oui, c'est assez spécifique par rapport à la salle ou tu as plusieurs patients, tu n'as pas le même temps alors qu'ici on a que trois patients donc on a le temps. On peut plus facilement créer des liens avec les patients, que ce soit endormi, réveillé, parce que même endormi, ils nous entendent c'est pour ça qu'on continue à leur parler. Parfois il se réveille et ils se souviennent de nous donc en ça je dirais que c'est spécial.

95

Question de relance : Comment est mis en place cette relation soignant soigner selon vous ?

100 En général, ça commence par la présentation quand tu connais pas le patient tu essayes de savoir comment il va, heu, après c'est personnel enfin je pense que c'est personnel, ça dépend des caractères des fois. Par exemple, pendant les transmissions on a des a priori, on se transmet entre nous que des fois y a des patients plus compliqués que d'autres, des fois on nous transmet des mauvaises choses alors que
105 ça se passe super bien avec nous c'est personnel dépendant je pense, après parler dire ce qu'on fait, comme je le disais au début rassurer, dire ce qu'on fait après il y a aussi les familles qu'on voit, heu, qu'est-ce que je peux dire d'autres ? (Silence), voilà c'est principalement de la communication verbale. On fait beaucoup de soins de nurses quand ils sont dans le lit et qu'ils bougent pas. Donc, ça peut aussi passer par
110 le toucher, par le massage, les rassurer quand ils sont en train de l'entuber par exemple, juste leur toucher l'épaule et leur dire que ça va aller ou des choses comme ça.

5. Comment définiriez-vous la relation soignant-soigné lors d'une urgence vitale ?

(Silence), compliquée, heu, je pense qu'il faut qu'elle soit efficace, qu'on dise le principal, sans forcément inquiéter la personne, parce que par exemple une personne qu'on va mettre dans le coma et qu'il va être inquiète ça peut mal se passer ne serait-ce que par l'anxiété qu'elle va développer, ouais être clair, concise, efficace. Il faut
120 réussir à communiquer avec le patient, en lui apportant des éléments pour qu'il puisse connaître la suite de sa prise en charge, mais pas trop lui en dire pour pas qu'il soit trop inquiet, et que ça nuise à sa prise en charge. Il faut qu'il y ait quelqu'un toujours à côté pour le rassurer, si la personne est anxieuse, et après faire le côté médical avec
125 les soins quoi ça peut être par exemple juste de tenir la main, mais au moins avoir une présence et rassurer le patient.

130 Question de relance : Si je comprends bien, il y a quand même une place qui est
laissée pour la relation lors de l'urgence vitale. Par quel moyen est-elle principalement
mise en place ?

135 Bah, je dirais principalement la communication verbale ou non-verbale avec le toucher
par exemple. Comme je l'ai dit essayer de parler avec le patient en lui disant assez
d'informations mais pas trop non plus, et peut-être le côté réassurance avec le toucher
et le langage non-verbal par exemple. Des gens qui courent dans la chambre, qui
parlent fort ou tout ça, on se rend pas compte mais c'est forcément des choses qui
vont pas aider le patient à se sentir en sécurité ou rassuré en tout cas.

140 Question de relance : Est-ce que pour toi il y a des facteurs qui facilite ou qui limite la
relation soignant soigner dans cette situation ?

145 Bah l'expérience. l'équipe avec laquelle on tourne selon la personnalité de chacun, si
c'est des gens stressés ou non stressés. Le pire c'est de gérer une situation d'urgence
avec des collègues stressés, parce que le stress il est transmis et aux patients et à
l'équipe soignante. Après en termes de facteurs qui facilitent, tu peux aussi avoir la
formation, je sais qu'il y en a qui font de la simulation. Par exemple, ça peut être une
bonne façon d'appréhender les choses, de se focaliser sur les soins techniques pour
réussir à les connaître au maximum et peut-être laisser plus de place du coup aux
soins relationnels. Pour les facteurs qui limite comme je le disais, je pense aux patients
avec qui on ne peut pas trop communiquer les patients dans le coma les patients psy
par exemple.

6. Avez-vous des choses à ajouter ?

155 Quand y a des situations qui se passe mal ou en tout cas on a été beaucoup, on peut
être amenés à se poser des questions personnellement ou entre nous et il y a
forcément quelque chose un moment donné qui ne se fait pas bien. Ouais on essaye
d'en parler, il faut, parce que si tu fais et qu'au final tu te dis : ouais ça a été j'aurais
pas pu faire mieux sans chercher à s'améliorer on progressent pas.

Annexe VIII : Retranscription de l'entretien avec l'infirmier 3

1. Qu'est-ce que pour vous les soins relationnels dans la pratique infirmière ?

5 Okay, ça fait assez longtemps que je suis sorti du parcours théorique. Je sais pas le
soin relationnel pour moi, ça va être, être attentif à tous les besoins du patient, à ce
qu'il va exprimer, à quand on va se sentir une émotion, heu, une émotion on va aller
investiguer, que ce soit une émotion positive comme négative, heu, donc, heu après,
c'est un peu toutes les techniques qu'on a pu nous apprendre à l'IFSI, tu vois c'est de
10 l'écoute active, de la réassurance, de la reformulation ou tout ce genre de choses.
Aussi laisser la place aux patients pour parler, tu vois, pas lui poser pleins de questions
et tout, donc c'est ça je pense. S'il y a une définition, pour moi, comme ça, c'est être
attentif aux besoins du patient notamment les besoins assez psychiques qu'il va
exprimer ou qu'il va pas exprimer de façon claire. Des fois, il faut savoir un peu lire
15 entre les lignes, voilà.

Question de relance, quelle est la place de la communication dans le soin relationnel ?

20 Bah, oui il y a beaucoup de communication après la communication c'est un grand
terme aussi. Voilà comme je le disais parfois il exprime très clairement et parfois ils
vont communiquer autrement et effectivement et bah, ouais, clairement oui, la
communication, il faut communiquer, il faut être attentif, il faut laisser la place au patient
pour exprimer ce qu'il a besoin.

25

Question de relance, est-ce que vous diriez qu'il y a des obstacles aux soins relationnels ?

Bah, tu vas avoir tous les biais de communication, donc, heu, que ce soit des maladies
30 qui vont altérer certaines communications, enfin, la façon de communiquer, tu vas
avoir la barrière de la langue, tu vas avoir des états bah voilà comme on disait les
AVC, des coma ce genre de choses, heu, après le soignant lui peut aussi, heu,

(silence). Se faire ses propres idées, arriver avec une idée en tête dans la chambre parce que y a les transmissions. Je pense que les transmissions ça peut être un biais
35 pour ça, dans le sens où on va dire par exemple qu'un patient est chiant ou qu'il a été difficile toute la nuit. Du coup tu pars avec un a priori ou alors un patient ou ta collègue te dit ouais il dit qu'il a mal mais il a pas mal, tout ça c'est des biais, c'est des choses qui peuvent altérer ta façon, de faire le soin en général et le soin relationnel. Donc, pour moi, les obstacles peuvent venir du patient de par son état et du soignant, de par
40 ses préjugés ou ce qu'on peut lui avoir transmis.

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

C'est très large, globalement c'est très large mais ça doit être très précis une situation
45 d'urgence vitale. Bah, c'est une situation où la vie du patient, ou le pronostic vital du patient est mis en jeu, donc il peut y avoir pleins de causes, mais globalement ça va être des situations où tu vas devoir agir vite, mettre en œuvre très rapidement des thérapeutiques pour changer la direction, ou en tout cas changer l'état du patient ou tu sais que soit il va soit s'aggravé et que ça va aboutir à la mort, soit qu'il aura des
50 séquelles, heu, voilà.

Après on peut détailler plein de trucs, mais bon, globalement nous ici en réanimation on voit beaucoup de situation, tout ce qui est choc en général, après l'urgence vitale ouais, non, en fait toutes les situations en soi. Un patient psy qui exprime des idées
55 noires et qui menace de faire une TS c'est une situation d'urgence vitale aussi. En fait, c'est toutes les situations qui vont mettre en danger imminent le patient. En fait, je pense que c'est une notion de temps quand tu détermènes l'urgence vitale.

3. Pouvez-vous me décrire ce que vous pouvez mettre en place lors d'une situation d'urgence vitale ?

60

Tout dépend de l'urgence vitale, mais bon globalement les urgences vitales, tu as des choses qui sont très algorithmiques ou tu sais que pour telle situation il va falloir globalement telles choses. Souvent ça va dépendre de si tu es tout seul ou pas, s'il y

65 a une équipe avec toi tu vas pouvoir te répartir les tâches et commencer les soins très vite, mais si tu es tout seul et que tu es face à une urgence vitale, il faut savoir être en capacité d'aller chercher de l'aide avant de te consacrer dans le soin, parce que sinon tu n'arriveras pas à régler les choses. Donc, globalement c'est un peu comme les acronymes sur les arrêts cardiaques ou tu vas devoir déjà identifier que c'est une urgence vitale, heu, tu vas devoir mettre les gestes qui sauvent entre guillemets j'en sais rien, si ton patient par exemple il est en arrêt, et ben par exemple tu vas le masser. Si ton patient il est en énorme détresse respi, tu vas lui mettre de l'oxygène, mais ça, ça va être les premiers vraiment gestes mais encore une fois si tu fais ça avant d'appeler à l'aide c'est plus compliqué. Donc il faut je pense les deux premiers trucs 75 c'est ça c'est les premiers gestes qui vont entre guillemets sauver ou réduire le risque de complications, et appeler qui vont être pondérés en fonction, de si tu es tout seul ou pas voilà. Et après une fois que tu as du monde, et que tu as fait le basique qui réduit le risque au maximum, et bah il faut s'organiser dans les soins purs. Heu, si le patient il est encore conscient, lui expliquer ce qu'il se passe, parce que ça peut être 80 très anxiogène pour le patient comme pour l'équipe, bien se répartir les rôles en équipe pour pas qu'on fasse tous les choses en même temps et qu'on sache qui fait quoi et pourquoi on fait ça et à quel moment. Après il y a pleins de notions où idéalement il faut un leader qui prennent le leadership, donc, souvent le médecin si il y en a un, sinon ça peut être d'autres personnes mais il y a toujours un leader qui va voilà 85 distribuer les rôles, être plus en recul et pouvoir analyser ce qui se passe, parce que une fois que tu as la tête dans une urgence vitale vu qu'il y a beaucoup d'émotions chez les soignants dans ce genre de moment, et bah, des fois c'est difficile de sortir la tête hors de l'eau et de se rendre compte de tout ce qui se passe autour. Donc, voilà, il faut voilà, après les deux premières étapes qu'on a citées, il faut réussir, je pense à 90 bien répartir les rôles pour être le plus efficace possible, voilà.

Donc oui il y a une notion d'efficacité car le but c'est de donner le meilleur pronostic au patient et donc pour ça il faut être efficace, pour être efficace, y'a plein de moyens, y'a pas que des moyens de soins, il y a aussi beaucoup de moyens de travail en équipe 95 et de communication et ça c'est super important. Je pense que c'est ce qui est prépondérant, mais après les toutes premières étapes qui sont d'alerter si tu es tout

seul et de mettre en place les premiers soins qui vont être entre guillemets un peu salvateur je pense.

100 Question de relance dans cette situation, quelle est la place du patient selon vous ?

Et ben ça dépend, donc de son état, le patient il a toute sa place parce que c'est une urgence vitale mais qui le concerne lui, donc il faut qu'il soit conscient de ce qui se passe. Car comme on le disait c'est très anxiogène, enfin quand tu vois plein de
105 soignants arriver et que tu sais pas ce qui se passe, je pense que c'est très difficile à vivre pour les patients, donc il faut communiquer avec lui s'il est apte à le recevoir, et si tu as un doute, il faut quand même l'exprimer comme quand on fait des soins à des patients intubés ventilés ou qui sont sédatisés ou potentiellement tu te dis qu'ils vont rien entendre parce qu'ils ont des sédatifs ou des analgésiques voir plus. Et bah, de la
110 même façon, il faut quand même arriver à exprimer les choses auprès du patient je pense, heu, voilà. Il faut qu'il ait conscience de la situation et pourquoi il y a tant d'agitation, et dans l'idéal, c'est des situations où les gens sont assez calmes quand les choses sont bien gérées, mais qu'il ait conscience qu'il y a beaucoup de gens autour de lui, qu'on lui fasse des choses parfois désagréables, parce que c'est des
115 moments on va probablement essayer de poser des choses. Enfin, voilà, faire des soins invasifs parce qu'il faut un bilan, il faut une perf, j'en sais rien un pneumothorax tu vas essayer de l'exsuffler, il y a différentes choses, et donc il faut qu'il soit conscient de ça. Des fois, des urgences vitales, ton patient qui va être en tachycardie ventriculaire et il va falloir le choquer réveillé, il va falloir lui expliquer. Ton patient à qui
120 tu mets une intra-osseuse. Enfin, voilà c'est des choses où le patient a toute sa place, et il y a des fois où le patient il va avoir, je sais pas, s'il va influencer mais tu vois, sur une urgence vitale, sur un asthme aigu grave, si ton patient est totalement paniqué et qu'il ne comprend pas, je pense que ça peut majorer clairement pas les symptômes, mais sa récupération et ça va minorer l'efficacité de tout ce qu'on va lui proposer. Si lui, il
125 est anxieux, s'il est agité et tout, donc il y a des fois, il faut savoir prendre le temps de se poser même 10 secondes dire au patient, il se passe ça tac, tac, tac, tac, tac, et après ça empêche pas les soins de continuer, mais prendre un petit temps avec le patient et lui dire voilà, il se passe ça et ça, on va devoir vous faire ça, vous faire ça,

vous faire ça, vous nous dites ce qui se passe, nous on essaye de communiquer, je
130 pense que dans l'idéal c'est comme ça que ça doit se passer. Il faut des petits temps
pour communiquer. Dans la littérature c'est dit qu'il faut savoir prendre du temps pour
communiquer entre équipe, pour que tout le monde est la même conscience de
situation, et que les gens puissent se répartir les tâches comme on le disait, et tout, je
135 pense que c'est des temps, que ce soit la communication entre le patient ou entre les
soignants, c'est du temps qui vont permettre d'être plus efficace et meilleur dans les
soins qu'on prodigue aux gens, donc ce n'est pas du temps de perdu.

Question de relance, est-ce qu'il y a des facilitateurs à la gestion de l'urgence vitale ?

140 Bah je dirais l'expérience professionnelle, c'est quelque chose qui va niveler enfin qui
va permettre de, effectivement, d'améliorer certaines choses ou pas ça peut être un
faciliteateur dans le sens où on va probablement mieux gérer son stress quand on
connaît une situation qu'on a déjà vue, et qu'on sait qu'on est apte à la gérer. Avec
l'expérience aussi on va pouvoir mieux anticiper. Donc être plus calme ou autre, après
145 le biais c'est que des fois tu t'enfermes dans des sortes de tunnels ou tu te dis j'ai déjà
vu, donc c'est ça ou autres donc pour l'expérience je dirais ça. Après un autre
faciliteateur pour moi c'est la formation, c'est une certitude que ça améliore les choses,
il y a énormément d'écrits et ça se développe beaucoup la simulation pour gérer
l'urgence vitale. C'est des choses qui sont prépondérante, parce que justement ça fait
150 écho à la gestion de tout ce que je disais, la gestion du travail en équipe et donc ça
tend vers une meilleure efficacité ou tu peux travailler en équipe sur la communication
ou ce genre de choses, que ce soit en équipe ou avec le patient. Donc, la formation
c'est un atout supplémentaire et on devrait être formé tout le long de sa carrière pour
gérer ce genre de choses, qu'on gère probablement moins souvent, alors en
155 réanimation on a souvent des urgences vitales, mais quand bien même, c'est toujours
bien d'être carré sur ce que tu fais, que ce soit pour avoir tes algorithmes dont on
parlait tout à l'heure en-tête, comme pour savoir travailler mieux en équipe et donc être
plus efficace. Parce que, tu as beau être le meilleur soignant possible avec des
connaissances de fou et une technique irréprochable, heu, tu auras énormément de
160 choses qui vont biaiser quand tu es dans l'urgence, parce qu'il y a du stress, parce

que tu sais que ton patient il peut y passer rapidement, parce que voilà, il y a énormément de choses, parce que tu vas devoir travailler en équipe tous un instant T ensemble et donc tout ça, ça va être amélioré par la formation en simulation. Clairement c'est un des gros facilitateurs pour moi. Et après je pense aussi, c'est la
165 capacité poste urgence vitale à débriefer et pouvoir dire qu'est-ce qu'on a bien fait ensemble, qu'est-ce qu'on a pas bien fait, heu, à en parler au patient, peut-être aussi si jamais on a réussi à faire ce qu'on voulait alors des fois il y a des urgences vitales on n'arrive pas à sauver le patient, mais parce que ce n'est pas possible aussi parfois parce que on a pas été assez efficace, et que il y a probablement des marges
170 d'améliorations et donc voilà la capacité à se remettre en question. Et il y a beaucoup de choses dans la littérature où ils disent que les débriefings post urgence vitale c'est très bénéfique aux équipes, c'est très bénéfique aux patients par effet domino. Donc pour les facilitateurs, je dirais la formation théorique, la simulation, l'expérience clairement, après ça ne veut pas dire que parce que tu n'as pas d'expérience, tu ne
175 peux pas être bon et bien faire les choses loin de là mais, heu, mais la formation principalement ça aide.

4. Comment décrivez-vous la spécificité de la relation soignant-soigné en réanimation ?

180 (Silence), heu, bah les spécificités qui sont propres au service, c'est clairement on va voir des patients qui vont avoir des biais de communication, parfois que ce soit dû aux sédations, des encéphalopathies, qu'il soit un petit peu confus, on a beaucoup de confusion ou autres qui peuvent être passagères, donc il faut savoir gérer ça et donc
185 c'est des biais, ou tu vois, ou alors des choses qu'on va avoir expliqué pour nous en tant que soignant qu'on va avoir exprimé une fois, on va avoir l'impression que c'est acquis pour le patient, mais avec tout ce que je viens de citer bah, par exemple les patients il faut, leurs répéter tous les jours pourquoi ils sont là et s'assurer qu'ils le sachent, parce que de jour en jour, bah, ils vont être probablement mieux
190 cognitivement ou pas mais, bah, voilà la spécificité c'est qu'il faut être vigilant. Très souvent réexprimer les choses, même si certains patients nous disent ça je l'ai déjà entendu et tout, ça c'est la première spécificité. Après l'autre spécificité de la relation

soignant soigner, je pense que c'est dû au côté aigu de la réanimation, du fait d'un environnement parfois très technique, on va être on va moins se centrer sur le patient, et donc, il faut être vraiment vigilant à ça et à pas genre entre guillemets en schématisant écouter ses machines plus que le patient, à être vigilant aux deux et ça c'est ça. Le côté très aigu aussi les gens, moi ce que je dis souvent ça, on en parle souvent avec les collègues, les gens on ne se rend pas compte de ce qu'ils sont dans la vie normale, habituellement on a des gens qui sont actifs et tout, qui vont faire une maladie aiguë qui les conduit en réanimation et donc nous on voit souvent des gens qui sont très, très mal, au fond d'un lit alors qu'on se rend pas compte que c'est des gens qui normalement, cognitivement sont très bien et tout, et peut-être qu'on les négligent un peu plus ou autres je ne sais pas, voilà, ça c'est les spécificités de la relation soignant soigner en réa.

205

5. Comment définiriez-vous la relation soignant-soigné lors d'une urgence vitale ?

Bah, le spectre de l'urgence vitale, ça peut vite faire un biais sur cette relation, faire perdre le fil et c'est pour ça que ouais voilà, la relation elle doit être toujours présente ça c'est un impératif pour moi. Enfin, c'est une certitude mais il y a des biais qui font qu'il y'a des choses, elle peut être moins présente et on peut vite l'oublier et c'est pour ça qu'il y a beaucoup de mécanismes qu'il faut mettre en place sur de l'entraînement sur voilà, une personne qui soit un peu en retrait des soins ou en tout cas de l'action, pas du soin, de l'action et qui puisse avoir cette vision qu'on oublie pas le patient dans notre prise en charge de l'urgence vitale. Voilà, c'est ça. Forcément quand tu as quelque chose qui met en danger ton patient tu veux essayer de le résoudre, mais il faut aussi que les gens soient présents pour lui. Mais tu vois, au même titre que le débriefing post urgence vitale entre équipe, il faut réussir à débriefer exprimer avec le patient ce qui vient de se passer et lui laisser la place pour exprimer. Si ça va, comment vous sentez, est-ce que voilà, est-ce que vous voulez qu'on revienne sur des choses, il s'est passé beaucoup de choses dans un temps très court vous nous avez vu nous agiter voilà et lui laisser c'est ce qu'on disait au début, il faut réussir à laisser la porte ouverte à l'expression de ce que le patient peut avoir vécu aussi dans l'urgence vitale.

220

225 Pour en revenir à cette relation, c'est possible de la mettre en place. C'est pas parce que tu es en urgence vitale que tu ne dois pas parler à ton patient. Je pense que oui c'est à mettre en place mais c'est plus difficile parce que tu te concentres sur d'autres choses mais les deux doivent être présent dans une urgence vitale, le soin technique et le soin relationnel et c'est pour ça qu'il faut être entraîné.

230 C'est pour ça qu'il faut être conscient de tout ça et c'est des thématiques où il faut être conscient, il ne faut pas oublier le patient, ça peut être super traumatisant il y a beaucoup de trucs qui disent que poste réanimation alors c'est pas que du aux urgences vitales, mais il y a beaucoup d'anxiété, de dépression, de syndrome de stress post traumatique ou autres et donc c'est probablement des choses qui peuvent

235 atténués, pas éliminés, mais atténués. En tous cas, réduire le risque que ça se développe puisqu'une situation d'urgence, je pense que ça peut être très marquant, tu vois j'en ai jamais vécu en tant que patient (silence). Il y a du travail pendant et après.

Question de relance : Si je comprends bien, selon vous, lors de l'urgence vitale, il y a quand même une place pour les soins relationnels ?

240

Bah oui, dans l'idéal oui, si tu vises l'idéal et donc il faut viser l'idéal ça doit être mis en place et après par quel moyen je pense qu'il faut juste identifier des gens, identifier une personne qui se concentre sur le patient pour lui expliquer un petit peu, dans l'idéal

245 voilà. après comme je le disais, il y a une place pour la simulation, si tu regardes un peu dans la littérature la simulation c'est fait pour travailler tout ce qui est compétences non techniques, les facteurs humains, les interactions de tes soignants avec tout leur environnement, que ce soit leur environnement technique, organisationnel, mais aussi tes collègues et ton patient et donc c'est des problématiques qui ont toute leur place

250 dans des sessions de formation. Après, tu peux en parler sur des formations d'autres types, la simulation c'est un outil pédagogique parmi d'autres outils. Il y a plein de façons de former les gens mais l'avantage de la simulation, c'est que tu peux vraiment mettre tes professionnels dans des situations de soins, de façon assez immersive avec les mannequins hautes fidélités, et donc tu vas pouvoir travailler ces problématiques

255 de communication, que ce soit entre équipe ou avec le patient dans des situations urgentes ou non urgente. Et donc, tu peux clairement infuser dans tes pratiques de

service ces attentions aux soins relationnels pendant les situations d'urgences vitales à travers tes formations par la simulation, c'est une des perspectives qui peut clairement être atteignable, je pense que c'est un très bon sujet, enfin, c'est quelque chose qui est à développer. Effectivement, après je suis pas très renseigné sur l'impact du soins relationnels sur le patient pendant l'urgence vitale, mais de la représentation et de la réflexion qu'on peut se faire quand on réfléchit un petit peu, ça ne doit pas être négligé et donc ça doit être travaillé et donc effectivement la simulation, ça peut être un truc qui peut aider après juste en parler entre équipes et qu'il y est une politique de service qui soit axée vers ne pas négliger le soin relationnel. Après, tu peux faire d'autres moyens de formation ou je suis peut-être moins à l'aise avec d'autres trucs mais dire que ça existe et que ça ne doit pas être négligé, c'est déjà très bien, c'est un premier pas. Après, il faut mettre des choses en place et dans les choses à mettre en place et bah, il y a la formation, le débriefing post urgence vitale et là-dedans on doit voir si on a bien pris en compte le patient. Est-ce qu'on a bien communiqué avec lui, est-ce qu'il était au courant, après voilà, sur un arrêt cardiaque bon il est en arrêt cardiaque, mais ce n'est pas que l'arrêt cardiaque l'urgence vitale, il y a beaucoup d'urgence vitale ou le patient est présent et il ne faut pas le négliger voilà.

275 Question de relance : est-ce qu'il existe des facteurs limitants la relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale ?

Et bien je dirais principalement, ce qui limite souvent la relation c'est l'urgence brutale, c'est toujours brutal une urgence mais voilà l'urgence, quand ton patient s'aggrave d'un coup, on veut mettre en place les soins salvateurs en premier lieu surtout si on pas beaucoup de temps, tu vois. Après un autre facteur limitant qui peut être indépendant ou s'ajouter à l'urgence ça va être le patient avec qui on arrive pas à communiquer, si le patient est en état de choc ou autres, qu'il est confus, ou dans le coma. Voilà, je dirais ça principalement.

285

6. Avez-vous des choses à ajouter ?

Non, je ne crois pas.

Annexe IX : Tableau de l'analyse thématique de l'entretien de l'infirmier 1

Thème	Sous thème	Discours IDE	Thématique évoqué par l'IDE
L'urgence vitale	Représentation du concept de l'urgence vitale	<ul style="list-style-type: none"> - Si on n'agit pas immédiatement le pronostic vital de la personne est engagé. - Il faut agir vite maintenant tout de suite sinon la personne malheureusement va décéder. - C'est principalement une notion de temps. - actions hyper rapides qu'il faut faire tout de suite et qu'on a pas le temps de laisser traîner. 	<p>Temporalité</p> <p>Rapidité</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Il faut agir vite maintenant tout de suite sinon la personne malheureusement va décéder. 	Risque vital
	Les clés de la gestion de l'urgence vitale	<ul style="list-style-type: none"> - Appeler à l'aide car on ne peut pas y arriver seul dans ces situations. - C'est vraiment une histoire d'équipe et faut pas avoir peur d'appeler les collègues à la rescousse. 	Équipe
		<ul style="list-style-type: none"> - C'est le médecin souvent qui est le chef d'orchestre et qui va dire ce qu'il y a à faire et nous entre infirmier on se répartit les rôles assez facilement. 	Leader
		<ul style="list-style-type: none"> - Tu délègues les tâches pour ne pas être noyé sous le technique et prendre le temps de faire du non technique, c'est-à-dire faire du relationnel avec le patient. 	<p>Organisation</p> <p>Leader</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - C'est du remplissage, des antibiotiques, des médicaments qu'il faut faire extrêmement vite. - Ne pas être noyé sous le technique. - En continuant à faire nos actions techniques. 	Technicité
		<ul style="list-style-type: none"> - On fait les choses bien que quand on les fait souvent. La gestion de l'urgence quand elle est faite souvent et qu'on connaît les algorithmes, on peut laisser la place du coup à la relation avec le patient. - En même temps que l'on fait les choses, comme on sait les faire on peut prendre le temps d'expliquer au patient, mais tout en continuant à faire nos actions techniques. 	<p>Expérience</p> <p>Habitude</p>

		- Si c'est une urgence vitale ou il ne faut pas perdre une seconde alors on va directement mettre les bons gestes en place.	Efficacité
		- Faire des simulations et donc s'entraîner, s'entraîner pour que le jour J sur le patient, tout se fasse automatiquement et que tu prennes le temps de communiquer avec lui.	Formation
Les soins relationnels	Le concept de soin relationnel	- C'est beaucoup la communication, heu, le langage adapté. - Vraiment beaucoup de communication. - passe principalement par la communication.	Communication
		- De mises à niveau, d'explications. - L'explication de tous ce qu'on fait, de tous l'environnement. - Dans le soin relationnel, c'est vraiment prendre le temps d'expliquer.	Explication
		- Une espèce de bulle de bien-être autour du soin technique. - Quand y a des soins très invasifs, des soins douloureux, c'est des soins qui font peur, donc l'approche relationnel est spécifique.	Accompagnement
		- Les moments où on est proche du patient ou on essaye de faire des soins pour les apaiser.	Proxémie
		- Tous les soins de confort, genre nursing et tout ça.	Soin de confort
	Les obstacles au soin relationnel	- La barrière de la langue c'est vite compliqué, quand on ne comprend pas les questions que l'on nous pose. - Le handicap mental, trouver un langage adapté. - Les gens ne comprennent vraiment pas ce qu'on leur dit et on est obligé de leur faire des soins sans vraiment pouvoir leur expliquer. Donc là, le soin relationnel là-dessus à part la réassurance physique, heu, de je vous tiens la main mais sinon après non.	Altération de la communication Altération de la compréhension
		- Le patient est un petit peu oublié, occulté. Je pense que c'est une barrière pour nous aussi, on se met une protection du fait de dire si on n'y arrive pas le patient va mourir, donc justement (silence) sans le vouloir des fois on occulte le côté humain.	Coping

		- Ce qui nous intéresse beaucoup c'est les chiffres, contrairement au ressenti du patient à ce moment-là.	Priorisation des soins
	Les soins relationnels lors de l'urgence vitale	- Mais c'est vrai que pour intuber un patient il faut avoir fait un minimum de soin relationnel avant c'est-à-dire qu'il faut lui avoir expliqué. - Toutes les situations d'urgences peuvent inclure du soin relationnel pour moi en tout cas.	Communication Accompagnement
La relation soignant-soigné	Mise en place de la relation soignant-soigné en réanimation	- La pathologie change tellement vite qu'il faut tout le temps réexpliquer.	Communication
		- Il nous voit nous et ça créer un lien très fort tout de suite et ça devient vite une relation de confiance ou une relation conflictuelle.	Relation de confiance
		- On passe beaucoup, beaucoup de temps avec nos patients, on n'en a que trois, donc en fait on est toujours avec eux pendant 12 heures.	Temporalité
	La relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale	- On se concentre sur le technique et on oublie parfois un petit peu le côté relationnel, parce qu'il y a beaucoup de choses à gérer en même temps.	Priorisation des soins
		- La gestion de l'urgence quand elle est faite souvent et qu'on connaît les algorithmes, on peut laisser la place du coup à la relation avec le patient.	Expérience
	Mise en place de la relation lors de l'urgence vitale	- Ça peut prendre deux minutes de lui expliquer au fur et à mesure ce qu'on va faire. - Il n'y a pas besoin de rentrer dans les gros détails de tout expliquer, mais en tout cas les choses simples, basiques par des petits mots et juste lui expliquer. Je pense que ça suffit et ça c'est faisable. Il faut juste y penser en fait... voilà mais c'est faisable.	Communication
	Facteur favorisant la relation dans l'urgence vitale	- Une intubation c'est une situation d'urgence vitale, mais en vrai, tu vois quand tu en fait tous les jours il n'y a plus rien qui te stresse quoi. - En même temps que l'on fait les choses, comme on sait les faire on peut prendre le temps d'expliquer au patient, mais tout en continuant à faire nos actions techniques.	Expérience
- Si tout le monde sait ce qu'il à faire, bah en fait comme c'est fluide, il y a moins de bruit, il y a moins de stress et du coup, là tu te concentres plus sur le patient.		Organisation	

		<ul style="list-style-type: none"> - Faire des simulations [...], et donc s'entraîner. - S'entraîner pour que le jour J sur le patient, tout se fasse automatiquement et que tu prennes le temps de communiquer avec lui. 	Formation
	Facteur limitant la relation dans l'urgence vitale	- L'urgence.	Risque vital
		<ul style="list-style-type: none"> - L'état de conscience. - La seule personne que tu n'écoutes pas c'est celle qui fait le moins de bruit, c'est-à-dire, c'est le patient. 	Altération de la communication

Annexe X : Tableau de l'analyse thématique de l'entretien de l'infirmier 2

Thème	Sous thème	Discours IDE	thématique évoqué par l'IDE
L'urgence vitale	Représentation du concept de l'urgence vitale	- Si on entreprend aucune action, le patient va mourir	Rapidité
		- Administrer des médicaments, en gros tous ce qui permet de sauvegarder la vie. - Parmi tous les soins qu'on peut faire, c'est principalement des soins techniques car l'objectif en situation d'urgence vitale va être de maintenir la vie du patient.	Technicité
		- Le patient va mourir. - L'objectif en situation d'urgence vitale va être de maintenir la vie du patient.	Risque vital
	Les clés de la gestion de l'urgence vitale	- On voit avec le médecin ce qu'il y a à faire, puis on agit par ordre de priorité. En général, c'est lui le chef d'orchestre et nous ont fait la tâche qui nous est attribuée. - C'est toujours organisé plus ou moins de la même façon, soit on est plus attaché aux médicaments, soit on l'assiste. Puis on va être amené en gros à faire ce que lui nous demande.	Organisation Leader
		- On n'est jamais seul dans ces situations.	Équipe
		- L'expérience professionnelle car au début on est la tête dans le guidon. Tu réfléchis que à tes soins techniques, car c'est eux qui permettent que ton patient reste en vie, tu n'as pas le temps pour autre chose. - L'expérience ça aide dans les situations d'urgence, car tu sais ce qu'il y a à faire tu sais déjà ce qu'il va falloir que tu prépares et que tu fasses.	Expérience Anticipation
		- Expliquer à ton patient ce qui est en train de se passer et ce qu'il va se passer par la suite et c'est 50 % du travail, parce qu'un patient qui est rassuré ou en tous cas pas angoissé il va faciliter sa prise en charge.	Réassurance

		<ul style="list-style-type: none"> - Quand y a des situations qui se passe mal on essaye d'en parler, il faut, parce que si tu fais et qu'au final tu te dis : ouais ça a été j'aurais pas pu faire mieux sans chercher à s'améliorer on progressent pas. 	Débriefing
Les soins relationnels	Le concept de soin relationnel	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la relation qu'on a avec le patient. (Silence), la façon dont on lui parle, la façon dont on le soigne, la façon dont on fait attention à lui. 	Relation
		<ul style="list-style-type: none"> - Savoir ses attentes et nous de pouvoir lui expliquer des choses, ce qui se passe, mais aussi chercher à comprendre son ressenti. 	Relation de compréhension
		<ul style="list-style-type: none"> - Le principal du soin relationnel passe par la communication, c'est la façon la plus simple d'échanger avec le patient de savoir ses attentes et nous de pouvoir lui expliquer des choses, ce qui se passe, mais aussi chercher à comprendre son ressenti. - C'est la façon d'on on lui parle. 	Communication
		<ul style="list-style-type: none"> - C'est les soins de nursing, les toilettes. 	Soins de confort
		<ul style="list-style-type: none"> - Si j'explique pas, ou que je rassure pas le patient angoissé, bah je vais avoir plus de mal à faire mon soin. - Le rassurer, lui expliquer ce qu'on fait, enfin, en vrai, tous pour moi. Pour moi tous les soins sont soit des soins relationnels, soit doivent comprendre des soins relationnels. 	Réassurance
	Les obstacles au soin relationnel	<ul style="list-style-type: none"> - L'état de conscience du patient, les patients psy, les patients qui sont dans le coma chez nous en réanimation. 	Altération de la communication
		<ul style="list-style-type: none"> - Quand on a des urgences, on gère d'abord l'urgence et après on gère le patient avec le côté relationnel. 	Priorisation des soins
	Les soins relationnels lors de l'urgence vitale	<ul style="list-style-type: none"> - En général, il y a pas ou très peu de communication avec le patient. - On essaye d'expliquer au maximum aux patients qui peut nous comprendre ce qu'on va faire. 	Communication
		<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce voilà, on a le temps de prendre deux minutes pour lui expliquer ce qu'on va faire. 	Gestion du temps
		<ul style="list-style-type: none"> - On essaye de rassurer même si on sait que ça peut très mal se passer (silence) on essaye de faire au mieux pour rassurer quoi. 	Réassurance

		- Ça dépend des gens avec qui on est il y a un gros rôle aussi de l'équipe.	Équipe
La relation soignant-soigné	Mise en place de la relation soignant-soigné en réanimation	- Quand tu es là 12 heures, il faut créer une relation de confiance.	Relation de confiance
		- On peut plus facilement créer des liens avec les patients.	
	La relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale	- On passe beaucoup de temps avec eux.	Temporalité
		- Ici on a que trois patients donc on a le temps.	
	La relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale	- Je pense qu'il faut qu'elle soit efficace.	Efficacité
		- Qu'on dise le principal, sans forcément inquiéter la personne, être clair, concise, efficace.	Communication
	Mise en place de la relation lors de l'urgence vitale	- Il faut réussir à communiquer avec le patient, en lui apportant des éléments pour qu'il puisse connaître la suite de sa prise en charge.	Communication
		- Je dirais principalement la communication verbale ou non-verbale avec le toucher par exemple. Essayer de parler avec le patient.	Communication
		- Mais au moins avoir une présence et rassurer le patient.	Réassurance
	Facteur favorisant la relation dans l'urgence vitale	- Le côté réassurance avec le toucher et le langage non-verbal.	Organisation
		- Il faut qu'il y ait quelqu'un toujours à côté pour le rassurer.	
		- L'expérience professionnelle car au début on est la tête dans le guidon. Tu réfléchis que à tes soins techniques, car c'est eux qui permettent que ton patient reste en vie, tu n'as pas le temps pour autre chose.	Expérience
Facteur limitant la relation lors de l'urgence vitale	- La formation, je sais qu'il y en a qui font de la simulation. Par exemple, ça peut être une bonne façon d'appréhender les choses, de se focaliser sur les soins techniques pour réussir à les connaître au maximum et peut-être laisser plus de place du coup aux soins relationnels.	Formation	
	- L'équipe avec laquelle on tourne selon la personnalité de chacun.	Équipe	
	- Je pense aux patients avec qui on ne peut pas trop communiquer les patients dans le coma les patients psy.	Altération de la communication	
		- Le pire c'est de gérer une situation d'urgence avec des collègues stressés, parce que le stress il est transmis et aux patients et à l'équipe soignante.	Équipe

Annexe XI : Tableau de l'analyse thématique de l'entretien de l'infirmier 3

Thème	Sous thème	Discours IDE	thématique évoqué par l'IDE
L'urgence vitale	Représentation du concept de l'urgence vitale	- Ça va être des situations où tu vas devoir agir vite, mettre en œuvre très rapidement des thérapeutiques.	Rapidité
		- Toutes les situations qui vont mettre en danger imminent le patient.	Technique
		- C'est une notion de temps quand tu détermine l'urgence vitale.	Pronostic vital
		- Tu vas devoir mettre les gestes qui sauvent, qui vont entre guillemets sauver ou réduire le risque de complications.	Temporalité
		- Les urgences vitales, tu as des choses qui sont très algorithmiques ou tu sais que pour telle situation il va falloir globalement telles choses.	Efficacité
	Les clés de la gestion de l'urgence vitale	- Il faut savoir prendre du temps pour communiquer entre équipe, pour que tout le monde est la même conscience de situation, et que les gens puissent se répartir les tâches.	Communication inter-équipe
		- Une fois que tu as du monde, et que tu as fait le basique qui réduire le risque au maximum, et bah il faut s'organiser dans les soins purs.	Organisation
		- S'il y a une équipe avec toi tu vas pouvoir te répartir les tâches et commencer les soins très vite, mais si tu es tout seul et que tu es face à une urgence vitale, il faut savoir être en capacité d'aller chercher de l'aide.	Équipe
		- Bien se répartir les rôles en équipe pour pas qu'on fasse tous les choses en même temps et qu'on sache qui fait quoi.	
		- Idéalement il faut un leader qui prennent le leadership, donc, souvent le médecin s'il y en a un, sinon ça peut être d'autres personnes mais il y a toujours un leader qui va voilà distribuer les rôles, être plus en recul et pouvoir analyser ce qui se passe.	Leader

	<ul style="list-style-type: none"> - Heu, si le patient il est encore conscient, lui expliquer ce qu'il se passe, parce que ça peut être très anxiogène. - Si ton patient est totalement paniqué et qu'il ne comprend pas, je pense que ça va minoré l'efficacité de tout ce qu'on va lui proposer. 	Réassurance
	<ul style="list-style-type: none"> - Tu vas devoir mettre les gestes qui sauvent, qui vont entre guillemets sauver ou réduire le risque de complications. - Bien répartir les rôles pour être le plus efficace possible. - Il y a une notion d'efficacité car le but c'est de donner le meilleur pronostic au patient - pour être efficace, y'a plein de moyens, y'a pas que des moyens de soins, il y a aussi beaucoup de moyens de travail en équipe et de communication et ça c'est super important. 	Efficacité
	<ul style="list-style-type: none"> - On va probablement mieux gérer son stress quand on connaît une situation qu'on a déjà vue, et qu'on sait qu'on est apte à la gérer. 	Expérience
	<ul style="list-style-type: none"> - Avec l'expérience aussi on va pouvoir mieux anticiper. Les urgences vitales, tu as des choses qui sont très algorithmiques ou tu sais que pour telle situation il va falloir globalement telles choses. 	Anticipation
	<ul style="list-style-type: none"> - La formation, c'est une certitude que ça améliore les choses. - Ça tend vers une meilleure efficacité ou tu peux travailler en équipe sur la communication. - Donc, la formation c'est un atout supplémentaire, c'est toujours bien d'être carré sur ce que tu fais, que ce soit pour avoir tes algorithmes. - Travailler mieux en équipe et donc être plus efficace. 	Formation
	<ul style="list-style-type: none"> - Tu as beau être le meilleur soignant possible avec des connaissances de fou et une technique irréprochable, heu, tu auras énormément de choses qui vont biaiser quand tu es dans l'urgence [...], et donc tout ça, ça va être amélioré par la formation en simulation. 	Amélioration des pratiques
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité post urgence vitale à débriefer et pouvoir dire qu'est-ce qu'on a bien fait ensemble, qu'est-ce qu'on a pas bien. - Il y a probablement des marges d'améliorations et donc voilà la capacité à se remettre en question. 	Débriefing

		<ul style="list-style-type: none"> - Les débriefings post urgence vitale c'est très bénéfique aux équipes, c'est très bénéfique aux patients par effet domino. 	
Les soins relationnels	Le concept de soin relationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Être attentif à tous les besoins du patient, à ce qu'il va exprimer, à quand on va se sentir une émotion, heu, une émotion on va aller investiguer. - Aussi laisser la place aux patients pour parler, tu vois, pas lui poser pleins de questions et tout, donc c'est ça je pense. - C'est être attentif aux besoins du patient notamment les besoins assez psychiques qu'il va exprimer. 	Relation de compréhension
		<ul style="list-style-type: none"> - C'est un peu toutes les techniques, tu vois c'est de l'écoute active, de la réassurance, de la reformulation ou tout ce genre de choses. 	Relation
		<ul style="list-style-type: none"> - Il faut communiquer, il faut être attentif, il faut laisser la place au patient pour exprimer ce qu'il a besoin. 	Communication
	Les obstacles au soin relationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les biais de communication, donc, heu, que ce soit des maladies, la barrière de la langue. 	Altération de la communication
		<ul style="list-style-type: none"> - Après le soignant lui peut aussi, heu, (silence). Se faire ses propres idées, parce que y a les transmissions. - Tu pars avec un a priori [...], c'est des choses qui peuvent altérer ta façon, de faire le soin en général et le soin relationnel. 	Préjugés
	Les soins relationnels lors de l'urgence vitale	<ul style="list-style-type: none"> - C'est très anxiogène, enfin quand tu vois plein de soignants arriver et que tu sais pas ce qui se passe, je pense que c'est très difficile à vivre pour les patients, donc il faut communiquer avec lui. 	Réassurance
		<ul style="list-style-type: none"> - Il y a des fois, il faut savoir prendre le temps de se poser même 10 secondes dire au patient, il se passe ça tac, tac, tac, tac, tac, et après ça empêche pas les soins de continuer. 	Gestion du temps
		<ul style="list-style-type: none"> - Il faut qu'il ait conscience de la situation et pourquoi il y a tant d'agitation. - Des fois, des urgences vitales, ton patient qui va être en tachycardie ventriculaire et il va falloir le choquer réveillé, il va falloir lui expliquer. - La communication entre le patient ou entre les soignants, c'est du temps qui vont permettre d'être plus efficace et meilleur dans les soins qu'on prodigue aux gens, donc ce n'est pas du temps de perdu. 	Communication Explication

		<ul style="list-style-type: none"> - Je pense que dans l'idéal c'est comme ça que ça doit se passer. Il faut des petits temps pour communiquer. 	
La relation soignant-soigné	Mise en place de la relation soignant-soigné en réanimation	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients il faut leur répéter tous les jours pourquoi ils sont là et s'assurer qu'ils le sachent. - Très souvent réexprimer les choses. 	Communication
	La relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale	<ul style="list-style-type: none"> - Bah, le spectre de l'urgence vitale, ça peut vite faire un biais sur cette relation, faire perdre le fil et c'est pour ça que ouais voilà, la relation elle doit être toujours présente ça c'est un impératif pour moi. - Elle peut être moins présente et on peut vite l'oublier. 	Priorisation des soins
		<ul style="list-style-type: none"> - C'est pas parce que tu es en urgence vitale que tu ne dois pas parler à ton patient. 	Communication
	Mise en place de la relation lors de l'urgence vitale	<ul style="list-style-type: none"> - Je pense qu'il faut juste identifier des gens, identifier une personne qui se concentre sur le patient pour lui expliquer. - Une personne qui soit un peu en retrait des soins [...] De l'action et qui puisse avoir cette vision qu'on n'oublie pas le patient dans notre prise en charge de l'urgence vitale. 	Organisation
	Facteur favorisant la relation dans l'urgence vitale	<ul style="list-style-type: none"> - Les deux doivent être présent dans une urgence vitale, le soin technique et le soin relationnel et c'est pour ça qu'il faut être entraîné. - L'avantage de la simulation, c'est que tu peux vraiment mettre tes professionnels dans des situations de soins, de façon assez immersive [...] Et donc tu vas pouvoir travailler ces problématiques de communication, que ce soit entre équipe ou avec le patient. 	Formation
		<ul style="list-style-type: none"> - On va probablement mieux gérer son stress quand on connaît une situation qu'on a déjà vue, et qu'on sait qu'on est apte à la gérer. 	Expérience
<ul style="list-style-type: none"> - Tu peux clairement infuser dans tes pratiques de service ces attentions aux soins relationnels pendant les situations d'urgences vitales à travers tes formations par la simulation. - Juste en parler entre équipes et qu'il y est une politique de service qui soit axée vers ne pas négliger le soin relationnel. 		Équipe	

		- Une personne qui soit un peu en retrait des soins ou en tout cas de l'action, pas du soin, de l'action et qui puisse avoir cette vision qu'on oublie pas le patient dans notre prise en charge de l'urgence vitale.	Organisation
	Facteur limitant la relation dans l'urgence vitale	- Ce qui limite souvent la relation c'est l'urgence [...] quand ton patient s'aggrave d'un coup, on veut mettre en place les soins salvateurs en premier lieu surtout si on pas beaucoup de temps.	Risque vital
		- Le patient avec qui on arrive pas à communiquer, si le patient est en état de choc ou autres, qu'il est confus, ou dans le coma.	Altération de la communication

Annexe XII : Tableau de l'analyse transversale des entretiens infirmiers

Thème	Sous thème	IDE 1	IDE 2	IDE 3	Similitudes / différences
L'urgence vitale	Représentation du concept de l'urgence vitale	- « Il faut agir vite maintenant tout de suite » - « Action hyper rapides » - « On n'a pas le temps de laisser trainer »		- « Situations où tu vas devoir agir vite »	Rapidité
		- « Notion de temps »		- « C'est une notion de temps quand tu détermènes l'urgence vitale »	Temporalité
		- « Pronostic vital engagé »	- « Si on entreprend aucune action, le patient va mourir » - « Maintenir la vie du patient »	- « Toutes les situations qui vont mettre en danger imminent le patient »	Risque vital
			- « Principalement des soins techniques »	- « Mettre en œuvre très rapidement des thérapeutiques »	Technicité
	Les clés de la gestion de l'urgence vitale	- « Tu délègues les tâches pour ne pas être noyé sous le technique » - « Entre infirmier on se répartit les rôles assez facilement »	- « On agit par ordre de priorité » - « C'est toujours organisé plus ou moins de la même façon »	- « Tu vas pouvoir te répartir les tâches » - « Il faut s'organiser dans les soins purs » - « Bien se répartir les rôles en équipe »	Organisation
		- « Appeler à l'aide » - « On ne peut pas y arriver seul »	- « On n'est jamais seul dans ces situations »	- « Être en capacité d'aller chercher de l'aide »	Équipe

		- « C'est vraiment une histoire d'équipe et faut pas avoir peur d'appeler les collègues à la rescousse »			
				- « Prendre du temps pour communiquer entre équipe » - « Que les gens puissent se répartir les tâches »	Communication inter-équipe
		- « C'est le médecin souvent qui est le chef d'orchestre et qui va dire ce qu'il y à faire »	- « On voit avec le médecin ce qu'il y a à faire [...] En général, c'est lui le chef d'orchestre »	- « Il faut un leader qui prennent le leadership » - « Un leader qui va voilà distribuer les rôles, être plus en recul et pouvoir analyser ce qui se passe »	Leader
		- « Il ne faut pas perdre une seconde »		- « Commencer les soins très vite »	Rapidité
		- « On va directement mettre les bons gestes en place »		- « Tu vas devoir mettre les gestes qui sauvent » - « Bien répartir les rôles pour être le plus efficace possible » - « Le but c'est de donner le meilleur pronostic au patient » - « Pour être efficace [...] Il y a aussi beaucoup de moyens de travail en équipe et de communication »	Efficacité

		<ul style="list-style-type: none"> - « On fait les choses bien que quand on les fait souvent » - « On peut prendre le temps d'expliquer au patient, mais tout en continuant à faire nos actions techniques » 	<ul style="list-style-type: none"> - « L'expérience ça aide dans les situations d'urgence, car tu sais ce qu'il y a à faire » 	<ul style="list-style-type: none"> - « On va probablement mieux gérer son stress quand on connaît une situation qu'on a déjà vue, et qu'on sait qu'on est apte à la gérer » 	Expérience
			<ul style="list-style-type: none"> - « Tu sais déjà ce qu'il va falloir que tu prépares et que tu fasses » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Très algorithmiques ou tu sais que pour telle situation il va falloir globalement telles choses » - « Avec l'expérience aussi on va pouvoir mieux anticiper » 	Anticipation
	<ul style="list-style-type: none"> - « S'entraîner pour que le jour J sur le patient, tout se fasse automatiquement et que tu prennes le temps de communiquer avec lui » 		<ul style="list-style-type: none"> - « La formation, c'est une certitude que ça améliore les choses [...] Ça tend vers une meilleure efficacité ou tu peux travailler en équipe sur la communication » - « La formation c'est un atout supplémentaire [...] Pour savoir travailler mieux en équipe et donc être plus efficace » 	Formation	

			<ul style="list-style-type: none"> - « Si tu fais et qu'au final tu te dis : ouais ça a été j'aurais pas pu faire mieux sans chercher à s'améliorer on progressent pas » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Il y a probablement des marges d'améliorations et donc voilà la capacité à se remettre en question » 	Amélioration des pratiques
			<ul style="list-style-type: none"> - « Quand y a des situations qui se passent mal on essaye d'en parler » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Pouvoir dire qu'est-ce qu'on a bien fait ensemble, qu'est-ce qu'on a pas bien » - « Les débriefings post urgence vitale c'est très bénéfique aux équipes » 	Débriefing
		<ul style="list-style-type: none"> - « Prendre le temps de faire du non technique, c'est-à-dire faire du relationnel avec le patient » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Expliquer à ton patient ce qui est en train de se passer et ce qu'il va se passer par la suite » - « C'est 50 % du travail, parce qu'un patient qui est rassuré ou en tous cas pas angoissé il va faciliter sa prise en charge » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Lui expliquer ce qu'il se passe, parce que ça peut être très anxiogène » 	Communication
Les soins relationnels	Le concept de soin relationnel	<ul style="list-style-type: none"> - « C'est beaucoup la communication, heu, le langage adapté » - « Vraiment beaucoup de communication » - « Passe principalement par la communication » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Le principal du soin relationnel passe par la communication, c'est la façon la plus simple d'échanger avec le patient » - « C'est la façon d'on on lui parle » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Il faut communiquer » 	Communication

	<ul style="list-style-type: none"> - « De mises à niveau, d'explications » - « L'explication de tous ce qu'on fait, de tous l'environnement » - « Dans le soin relationnel, c'est vraiment prendre le temps d'expliquer » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Si j'explique pas, ou que je rassure pas le patient angoissé, bah je vais avoir plus de mal à faire mon soin » 		Explication
	<ul style="list-style-type: none"> - « Une espèce de bulle de bien-être autour du soin technique » 			Accompagnement
		<ul style="list-style-type: none"> - « C'est la relation qu'on a avec le patient. (Silence), la façon dont on lui parle, la façon dont on le soigne, la façon dont on fait attention à lui » 	<ul style="list-style-type: none"> - « C'est un peu toutes les techniques, tu vois c'est de l'écoute active, de la réassurance, de la reformulation ou tout ce genre de choses » 	Relation
		<ul style="list-style-type: none"> - « Savoir ses attentes et nous de pouvoir lui expliquer des choses, ce qui se passe, mais aussi chercher à comprendre son ressenti » - « La façon dont on le soigne, la façon dont on fait attention à lui » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Il faut être attentif, il faut laisser la place au patient pour exprimer » - « Laisser la place aux patients pour parler » - « C'est être attentif aux besoins du patient notamment les besoins assez psychiques » - « C'est de l'écoute active, de la réassurance, de la reformulation » 	Relation de compréhension
		<ul style="list-style-type: none"> - « Si j'explique pas, ou que je rassure pas le patient angoissé, bah je 	<ul style="list-style-type: none"> - « De la réassurance » 	Réassurance

			vais avoir plus de mal à faire mon soin » - « Le rassurer, lui expliquer ce qu'on fait, enfin »		
		- « Les moments où on est proche du patient ou on essaye de faire des soins pour les apaiser »			Proxémie
		- « Les soins de confort, genre nursing et tout ça »	- « C'est les soins de nursing, les toilettes »		Soins de confort
	Les obstacles au soin relationnel	- « La barrière de la langue » - « Le handicap mental » - « Les gens ne comprennent vraiment pas ce qu'on leur dit et on est obligé de leur faire des soins sans vraiment pouvoir leur expliquer »	- « L'état de conscience du patient, les patients psy, les patients qui sont dans le coma »	- « Tous les biais de communication, donc, heu, que ce soit des maladies, la barrière de la langue »	Altération de la communication Altération de la compréhension
		- « On se met une protection du fait de dire si on n'y arrive pas le patient va mourir, donc justement (silence) sans le vouloir des fois on occulte le côté humain »			Coping
		- « Ce qui nous intéresse beaucoup c'est les chiffres, contrairement au ressenti du patient à ce moment-là »	- « Quand on a des urgences, on gère d'abord l'urgence et après on gère le patient »		Priorisation des soins

			avec le côté relationnel »			
				<ul style="list-style-type: none"> - « Après le soignant lui peut aussi, heu, (silence). Se faire ses propres idées, parce que y a les transmissions » - « Tu pars avec un a priori [...], c'est des choses qui peuvent altérer ta façon, de faire le soin en général et le soin relationnel » 	Préjugés	
	Les soins relationnels lors de l'urgence vitale		<ul style="list-style-type: none"> - « On essaye de rassurer même si on sait que ça peut très mal se passer » 			Déni
		<ul style="list-style-type: none"> - « Toutes les situations d'urgences peuvent inclure du soin relationnel pour moi en tout cas » 				Accompagnement
		<ul style="list-style-type: none"> - « Mais c'est vrai que pour intuber un patient il faut avoir fait un minimum de soins relationnels avant c'est-à-dire qu'il faut lui avoir expliqué » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Il y a pas ou très peu de communication avec le patient » - « On essaye d'expliquer au maximum aux patients qui peut nous comprendre ce qu'on va faire » 	<ul style="list-style-type: none"> - « C'est très difficile à vivre pour les patients, donc il faut communiquer avec lui » - « Il va falloir le choquer réveillé, il va falloir lui expliquer » - « Il faut des petits temps pour communiquer » 	Communication	

				- « La communication entre le patient ou entre les soignants, c'est du temps qui va permettre d'être plus efficace et meilleur dans les soins »	
			- « Est-ce voilà, on a le temps de prendre deux minutes pour lui expliquer ce qu'on va faire »	- « Il faut savoir prendre le temps de se poser même 10 secondes dire au patient, il se passe ça »	Gestion du temps
			- « On essaye de faire au mieux pour rassurer quoi »	- « C'est très anxiogène, enfin quand tu vois plein de soignants arriver et que tu sais pas ce qui se passe » - « Si ton patient est totalement paniqué et qu'il ne comprend pas [...], ça va minoré l'efficacité »	Réassurance
La relation soignant-soigné	Mise en place de la relation soignant-soigné en réanimation	- « Il nous voit nous et ça créer un lien très fort tout de suite et ça devient vite une relation de confiance »	- « Quand tu es là 12 heures, il faut créer une relation de confiance » - « On peut plus facilement créer des liens avec les patients »		Relation de confiance
		- « La pathologie change tellement vite qu'il faut tout le temps réexpliquer »		- « Ils faut leurs répéter tous les jours pourquoi ils sont là et s'assurer qu'ils le sachent » - « Très souvent réexprimer les choses »	Communication

		<ul style="list-style-type: none"> - « On passe beaucoup beaucoup de temps avec nos patients » - « Il y a plus de temps, il y a plus d'interaction on est plus dans le contact » 	<ul style="list-style-type: none"> - « On passe beaucoup de temps avec eux » - « Ici on a que trois patients donc on a le temps » 		temporalité
	La relation soignant-soigné lors de l'urgence vitale		<ul style="list-style-type: none"> - « On dise le principal, - « Il faut réussir à communiquer avec le patient, en lui apportant des éléments pour qu'il puisse connaître la suite de sa prise en charge » 	<ul style="list-style-type: none"> - « C'est pas parce que tu es en urgence vitale que tu ne dois pas parler à ton patient » 	Communication
		<ul style="list-style-type: none"> - « On se concentre sur le technique et on oublie parfois un petit peu le côté relationnel, parce qu'il y a beaucoup de choses à gérer en même temps » 		<ul style="list-style-type: none"> - « Le spectre de l'urgence vitale, ça peut vite faire un biais sur cette relation, faire perdre le fil » - « Elle peut être moins présente et on peut vite l'oublier » 	Priorisation des soins
		<ul style="list-style-type: none"> - « La gestion de l'urgence quand elle est faite souvent et qu'on connaît les algorithmes, on peut laisser la place du coup à la relation avec le patient » 			Expérience
			<ul style="list-style-type: none"> - « Je pense qu'il faut qu'elle soit efficace » 		Efficacité

	Mise en place de la relation lors de l'urgence vitale	<ul style="list-style-type: none"> - « Ça peut prendre deux minutes de lui expliquer » - « Les choses simples, basiques par des petits mots et juste lui expliquer. Je pense que ça suffit et ça c'est faisable » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Je dirais principalement la communication verbale ou non-verbale. [...]. Essayer de parler avec le patient » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Qui se concentre sur le patient pour lui expliquer » 	Communication
			<ul style="list-style-type: none"> - « Mais au moins avoir une présence et rassurer le patient » - « Le côté réassurance avec le toucher et le langage non-verbal » 		Réassurance
			<ul style="list-style-type: none"> - « Il faut qu'il y ait quelqu'un toujours à côté pour le rassurer » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Je pense qu'il faut juste identifier des gens, identifier une personne qui se concentre sur le patient pour lui expliquer » - « Une personne qui soit un peu en retrait des soins [...] De l'action et qui puisse avoir cette vision qu'on n'oublie pas le patient dans notre prise en charge de l'urgence vitale » 	Organisation
	Facteur favorisant la relation dans l'urgence vitale	<ul style="list-style-type: none"> - « En même temps que l'on fait les choses, comme on sait les faire on peut prendre le temps d'expliquer » 	<ul style="list-style-type: none"> - « L'expérience professionnelle car au début on est la tête dans le guidon. Tu réfléchis que à tes soins techniques » 	<ul style="list-style-type: none"> - « On va probablement mieux gérer son stress quand on connaît une situation qu'on a déjà vue, et qu'on sait qu'on est apte à la gérer » 	Expérience

		- « Une intubation c'est une situation d'urgence vitale, mais en vrai, tu vois quand tu en fait tous les jours il n'y a plus rien qui te stresse »			
		- « Si tout le monde sait ce qu'il à faire, bah en fait comme c'est fluide, il y a moins de bruit, il y a moins de stress et du coup, là tu te concentres plus sur le patient »		- « Une personne qui soit un peu en retrait des soins ou en tout cas de l'action, pas du soin, de l'action et qui puisse avoir cette vision qu'on oublie pas le patient dans notre prise en charge de l'urgence vitale. »	Organisation
		- « Faire des simulations [...], et donc s'entraîner » - « S'entraîner pour que le jour J sur le patient, tout se fasse automatiquement et que tu prennes le temps de communiquer avec lui »	- « La formation, je sais qu'il y en a qui font de la simulation. Par exemple, ça peut être une bonne façon d'appréhender les choses, de se focaliser sur les soins techniques pour réussir à les connaître au maximum et peut-être laisser plus de place du coup aux soins relationnels.»	- « Les deux doivent être présent dans une urgence vitale, le soin technique et le soin relationnel et c'est pour ça qu'il faut être entraîné » - « Tu vas pouvoir travailler ces problématiques de communication »	Formation
			- « L'équipe avec laquelle on tourne selon la personnalité de chacun »	- « Tu peux clairement infuser dans tes pratiques de service [...] à travers tes formations par la simulation »	L'équipe

				- « En parler entre équipes et qu'il y est une politique de service qui soit axée vers ne pas négliger le soin relationnel »	
	Facteur limitant la relation dans l'urgence vitale	- « Ça va être l'urgence »		- « Ce qui limite souvent la relation c'est l'urgence [...] quand ton patient s'aggrave d'un coup, on veut mettre en place les soins salvateurs en premier lieu surtout si on pas beaucoup de temps »	Risque vital
		- « L'état de conscience » - « La seule personne que tu n'écoutes pas c'est celle qui fait le moins de bruit, c'est-à-dire, c'est le patient »	- « Je pense aux patients avec qui on ne peut pas trop communiquer les patients dans le coma les patients psy »	- « Le patient avec qui on arrive pas à communiquer, si le patient est en état de choc ou autres, qu'il est confus, ou dans le coma »	Altération de la communication
			- « Le pire c'est de gérer une situation d'urgence avec des collègues stressés, parce que le stress il est transmis et aux patients et à l'équipe soignante »		Équipe

Résumé / Abstract

L'urgence et l'humain, quand l'un ne va pas sans l'autre

Introduction : L'urgence vitale est une situation médicale grave, qui sans une intervention rapide, met en danger immédiat la vie du patient. Pour cela, lors d'une telle situation les principaux soins réalisés sont des soins techniques, laissant souvent de côté les soins relationnels. Une situation vécue en stage m'a amené à me questionner sur l'impact de l'urgence vitale sur la relation soignant-soigné en réanimation.

Objectif : Analyser comment la relation soignant-soigné peut être modifiée par l'urgence vitale.

Matériel et méthode : C'est une recherche quantitative, qui vise à comprendre des attitudes et des comportements, elle est réalisée avec des entretiens semi-directifs. La population cible est des infirmiers de réanimation d'un hôpital public parisien. L'échantillonnage est non probabiliste et à participation volontaire.

Résultats : La relation soignant-soigné est possible à mettre en place, principalement par la communication verbale et non-verbale avec une relation de soutien. La formation, l'expérience et la notion d'équipe et d'un leader favorise la relation dans l'urgence. A l'inverse il existe des facteurs limitant cette relation tel que l'état de conscience, le manque d'organisation et le manque d'expérience.

Conclusion : La relation de soutien requiert de nombreuses compétences pour être mise en place dans une situation tel que l'urgence vitale. Ainsi dans un travail futur, il serait intéressant de développer la place de la formation par la simulation afin de développer des compétences nécessaires à la relation de soutien lors de l'urgence vitale

Mots-clés : Urgence, soin relationnel, relation de soutien, relation soignant-soigné, communication

Emergency and Humanity: when one does not exist without the other

Introduction: Vital emergency is a serious medical situation that, without prompt intervention, immediately endangers the patient's life. Consequently, during such situations, the main focus is often on technical care, neglecting relational care. An experience encountered during my clinical placement led me to question the impact of vital emergency on the caregiver-patient relationship in the intensive care unit.

Objective: Analyze how the caregiver-patient relationship can be altered by vital emergency.

Methods: This is a quantitative research study aiming to understand attitudes and behaviors, conducted through semi-structured interviews. The target population consists of intensive care nurses from a public hospital in Paris. Non-probabilistic sampling is used, with voluntary participation.

Results: The caregiver-patient relationship can be established primarily through verbal and non-verbal communication, creating a supportive relationship. Training, experience, and the concept of teamwork and leadership contribute to fostering the relationship in emergency situations. Conversely, factors such as the patient's level of consciousness, lack of organization, and lack of experience can limit this relationship.

Conclusion: Establishing a supportive relationship requires numerous skills, particularly in vital emergency situations. Therefore, in future work, it would be interesting to explore the role of simulation-based training in developing the necessary skills for providing support during vital emergencies.

Keywords: Emergency, relational care, supportive relationship, caregiver-patient relationship, communication