



Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

## **Émotions du soignant en situation d'urgence vitale**

CREVIER Marie  
Formation infirmière  
Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

## **Diplôme d'Etat Infirmier**

### **Travaux de fin d'études : Émotions du soignant en situation d'urgence vitale**

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

**Le 21 avril 2020**

**Signature de l'étudiant :**

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

## Remerciements

Un grand merci à ma famille, notamment mes parents qui m'ont soutenue et encouragée depuis le début de mes études.

Merci à ma marraine qui, sans le savoir, m'a transmis un intérêt pour les métiers de la santé et le goût de travailler auprès des autres.

Merci à Aurélia qui a été la première à me faire découvrir ce beau métier, bien avant que je débute ces études.

Merci à mes amis pour leur soutien précieux.

Merci à mes amies et collègues de promotion : Amélie, Audrey, Océane et Pauline pour leur soutien et les moments partagés durant ces trois années de formation.

Merci à mes parents pour leur relecture bienveillante et clairvoyante.

Merci à Pascale, ma formatrice référente, pour m'avoir accompagnée et encouragée tout le long de ma formation.

Merci à Catherine, ma formatrice référente du MIRSI, de m'avoir guidée et accompagnée pour le présent travail.

Merci aux formateurs de l'IFSI qui m'ont transmis leurs connaissances, savoir-faire et savoir-être.

Merci aux professionnels de santé que j'ai rencontrés lors de mes stages qui m'ont témoigné leur savoir-faire et savoir-être auprès des patients. Merci pour leur patience et leur dévouement.

Merci aux deux infirmières rencontrées pour les entretiens. Merci pour leur disponibilité et leur témoignage d'expérience.

Merci aux patients que j'ai rencontrés et soignés durant ces trois années.

# Sommaire

Introduction.....	1
L'émergence de la question de départ.....	2
1. Les situations d'appel.....	2
2. Les questionnements.....	2
3. La question de départ.....	3
Le cadre théorique.....	4
1. L'urgence vitale.....	4
1.1. Définition.....	4
1.2. L'urgence vitale intra-hospitalière.....	4
1.3. L'arrêt cardio-respiratoire.....	5
2. Les émotions.....	5
2.1. Définition.....	5
2.2. Les réactions physiologiques et comportementales.....	6
2.3. Les fonctions des émotions.....	7
2.4. Le stress.....	7
3. Le soignant.....	8
3.1. L'infirmier lors d'une urgence vitale.....	8
3.2. L'impact de la situation d'urgence sur le soignant.....	9
3.3. Les stratégies d'ajustement et d'adaptation : gestion des émotions.....	9
4. Le prendre soin.....	12
4.1. Définition.....	12
4.2. Le prendre soin d'une situation d'urgence.....	12
4.3. L'interaction des émotions dans le prendre soin.....	13
L'enquête exploratoire de terrain.....	14
1. Le dispositif méthodologique du recueil de données.....	14
2. L'analyse des entretiens.....	16
La discussion.....	22
1. L'urgence et la temporalité.....	22
2. Des compétences et des soins.....	22
3. L'impact sur l'organisation et sur la prise en soin.....	24
4. Les facteurs émotionnels.....	25
5. Les difficultés rencontrées.....	26
6. L'empreinte émotionnelle.....	27
7. Les manifestations des émotions.....	28
8. L'impact sur le soignant.....	29
9. Des moyens pour gérer les émotions.....	29
10. Les mécanismes de défense.....	30
11. La dimension de l'équipe comme ressource.....	30
Conclusion.....	32
Bibliographie.....	34
Annexes.....	37

## Introduction

Dans le cadre des Unités d'Enseignement du semestre 6 : l'UE 3.4 "Initiation à la Démarche de Recherche" et l'UE 5.6 "Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles" correspondant aux compétences 7 "Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle" et compétence 8 "Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques", s'inscrit ce présent MIRSI.

Le Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers est un travail d'une année autour d'une question de recherche qui a suscité réflexion. Il vient aussi clore les trois années de formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du CHU de Pontchaillou à Rennes.

Ce travail de recherche porte sur les émotions des soignants en situation d'urgence vitale. Dans ce sujet, je souhaite comprendre l'impact que peuvent avoir les émotions des soignants dans le prendre soin du patient durant une urgence vitale.

Durant l'exercice professionnel, chaque soignant est susceptible d'être confronté au moins une fois à une urgence mettant en jeu le pronostic vital du patient. Ceci, qu'importe le service dans lequel il exerce. Il paraît donc intéressant d'étudier la situation d'urgence vitale durant laquelle la gestion émotionnelle peut s'avérer être complexe. Aussi, il semble important de s'intéresser aux émotions ressenties par le soignant durant une telle situation.

En tant que future professionnelle en soins infirmiers, il me semble intéressant de me pencher sur la question de l'urgence, une situation qui confronte les soignants à leurs émotions et à leurs pratiques. De plus, il est essentiel d'approfondir la dimension des émotions afin d'adapter ma posture professionnelle, notamment dans une perspective éventuelle d'exercer comme infirmière dans le cadre d'interventions humanitaires au niveau international.

Après avoir décrit les deux situations d'appel rencontrées en stage, je relèverai les questionnements soulevés pour aboutir à une question de départ.

Une recherche sur les concepts relatifs au sujet sera ensuite détaillée, permettant un premier niveau de compréhension. Puis, ces données seront confrontées à la réalité du terrain auprès des professionnels de santé par des entretiens. Une description de la méthodologie précisera l'approche choisie pour ce faire.

L'analyse des entretiens sera effectuée pour, ensuite, la confronter à la théorie ainsi qu'à ma posture professionnelle dans une discussion qui permettra de donner des éléments de réponse à la question de départ et, probablement, ouvrir sur d'autres questionnements et une question de recherche.

## **L'émergence de la question de départ**

Il s'agit de décrire les deux situations d'appel rencontrées. Une version longue de ces deux situations se trouve en Annexes (Annexe I et Annexe II).

### **1. Les situations d'appel**

La première situation se déroule en stage en unité de soins intensifs de cardiologie.

Un patient fait un arrêt cardio-respiratoire. Il ne fait pas partie de mon secteur de prise en soin. Les actions vont très vite, il y a beaucoup de soignants autour du patient. Chacun s'active à réaliser un soin.

A un moment donné, une infirmière me suggère de relayer sa collègue et de réaliser des compressions thoraciques. Durant l'action, je suis concentrée sur le massage cardiaque en lui-même. Je ne me sens pas angoissée car je sais qu'il y a du monde autour pour m'aider si besoin. Je ne ressens pas d'émotion particulière, je me sens très concentrée sur ce que j'ai à faire. J'évite de regarder le patient pour ne pas provoquer d'émotions.

Au bout de quelques minutes, le rythme cardiaque redevient sinusal. Chacun retourne à ses soins pour prendre en charge les patients le reste de la matinée.

La seconde situation est similaire et se déroule dans le même service de soins.

Il s'agit d'un arrêt cardio-respiratoire qui a lieu tôt le matin durant les transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe de jour à laquelle je fais partie. Je ne connais pas le patient. Je me propose directement d'effectuer les compressions thoraciques afin que l'infirmier, arrivé le premier dans la chambre, puisse réaliser un autre soin.

Je suis ensuite relayée par l'infirmier l'ayant pris en charge la nuit. J'observe une détermination dans ses gestes : il a un rythme de compression très rapide. Il se dit démuné de ne pas avoir repéré des signes d'un éventuel risque dans la nuit.

En apprenant l'âge du patient (56 ans), je ressens de l'étonnement puis de la tristesse lorsque le médecin dit vouloir arrêter la réanimation. Les soignants reprennent par la suite leurs activités de soin.

### **2. Les questionnements**

Ces deux situations soulèvent des questionnements relatifs aux émotions des soignants en situation d'urgence vitale.

Dans la seconde situation, sachant l'âge du patient, je me suis projetée sur l'âge qu'ont mes parents. Est-ce que cela m'a permis de m'impliquer davantage dans le soin que j'avais à faire ? Est-ce que cela a eu un impact sur l'émotion de tristesse que j'ai pu ressentir par la

suite lors de l'arrêt de la réanimation ? En quoi connaître l'âge du patient impacte la gestion d'une situation d'urgence ? Il s'agit de se demander aussi, en quoi la connaissance du patient (son âge, son histoire de vie, sa famille, ...) impacte, freine ou aide la prise en charge en situation d'urgence vitale ?

De plus, l'infirmier ayant pris en soin le patient toute la nuit s'est montré déterminé, avec une volonté de ne pas passer le relais lors des compressions thoraciques. Est-ce qu'un soignant peut se sentir démuni pour gérer une situation d'urgence lorsqu'il connaît le patient ? A quel moment faut-il demander de l'aide ? Est-ce que les soignants qui connaissent le patient auront tendance à s'impliquer davantage ou plutôt à ne pas s'impliquer ? Avait-il des émotions particulières ? Quelles étaient-elles ? De quelle façon se manifestaient-elles ?

Dans les deux situations les équipes se sont montrées très réactives face à l'urgence. Étonnement, elles ont repris et enchaîné leurs activités de soins comme s'il ne s'était rien passé, malgré l'issue de la réanimation pour une des deux situations. J'ai fait comme elles, mais j'étais envahie encore par l'émotion, le stress que je ressentais dans mon corps, au regard de la gravité des situations. Ce qui amène les questions suivantes : était-ce par habitude, par nécessité au regard de la charge de travail ? Les soignants étaient-ils troublés comme moi ? Quels étaient leurs ressentis ? Était-ce un mécanisme de défense ? Pouvaient-ils s'autoriser une pause ou avaient-ils envie ou besoin d'en avoir une ?

### **3. La question de départ**

Ces interrogations, issues des situations d'appel, m'ont amenée à approfondir la question de départ suivante :

#### **En quoi les émotions des soignants impactent-elles le prendre soin d'une situation d'urgence vitale ?**

Par cette question, il s'agit d'investiguer les émotions ressenties et la place qu'elles ont durant une situation d'urgence vitale. La question consiste également à comprendre les mécanismes mis en place par le soignant pour gérer ses émotions. Enfin, il s'agit d'explorer l'impact que peut avoir une telle situation sur le soignant et sur le prendre soin du patient.

## **Le cadre théorique**

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à la question de départ, il convient de commencer par explorer les quatre concepts principaux auxquels elle fait référence : l'urgence vitale, les émotions, le soignant et le prendre soin.

### **1. L'urgence vitale**

Il s'agit tout d'abord d'identifier et de définir le contexte dans lequel se déroulent les deux situations de départ développées précédemment : une urgence vitale.

#### **1.1. Définition**

Selon le dictionnaire Larousse, l'urgence est définie comme une "nécessité d'agir vite" mais aussi définie par une "situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement" (Urgence, s.d.). L'Académie de Médecine la définit comme une "situation d'un patient à soigner sans délais" (Urgence, 2020). De plus, Éric Revue, cité par Christine Paillard, explique : "l'urgence relève de l'absence de prise en charge rapide et qui pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables". Il ajoute : "En pratique, la notion d'urgence se définit par tout ce qui est à l'origine d'une situation clinique imprévue : douleur aiguë, malaise, traumatisme, détresse médicale, sociale ou psychologique" (2018, p.451).

Les deux situations d'appel se déroulant dans des services de soin d'un établissement hospitalier, il convient d'explorer l'organisation d'une urgence au sein de cette structure.

#### **1.2. L'urgence vitale intra-hospitalière**

L'organisation des urgences au sein d'un établissement hospitalier nécessite la mise en place de certains systèmes développés par la suite.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), citée par C. Mazon et Y. Kerrou (2017, p.20), tout nouveau diplômé a bénéficié d'une formation institutionnelle obligatoire, nommée : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU). Composée de deux niveaux, le second est adressé aux professionnels paramédicaux et médecins. La formation, théorique et pratique, permet d'attester la capacité de la personne à prendre en charge une urgence vitale (Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence).

Ensuite, le traitement de l'alerte est un appel vers un numéro dédié et repérable, unique à l'établissement, simple et facilement mémorisable. L'appel d'une "urgence vitale" permet de contacter un médecin présent en continuité dans l'établissement. Lorsqu'il y a absence de présence médicale, l'appel est adressé au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 2004).

De plus, présent et disponible dans tous les services et unités, le chariot d'urgence contient le matériel nécessaire à la réanimation. Sa localisation est signalée et doit être connue de tous (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 2004).

Enfin, selon l'Article R4311-14 du Code de la santé publique, l'infirmier est habilité à évaluer une situation d'urgence, mettre en œuvre un protocole médical de soins d'urgences et décider des soins à prodiguer en absence de protocole et de présence médicale.

Ces dispositifs mis en place à l'hôpital : la formation, le traitement de l'appel, le chariot d'urgence et les protocoles permettent de gérer une urgence vitale.

### **1.3. L'arrêt cardio-respiratoire**

Il m'a semblé important d'explorer l'arrêt cardio-respiratoire, rencontré dans les deux situations de départ. Il s'agit de "l'urgence vitale par excellence" (M. Godet et C. Lenclud, 2011, p.47). Le patient est inconscient, en arrêt respiratoire et sans signes de vie (absence de pouls). Marie Godet, infirmière anesthésiste et Christophe Lenclud, médecin en service de réanimation médicale et toxicologique, parlent d'une prise en charge faite de gestes immédiats, codifiés et efficaces (2011, p.47).

Les différentes réglementations, les éléments d'organisation et les dispositifs mis à disposition auprès de l'équipe soignante sont autant d'éléments qui permettent une gestion plus fluide de la prise en soin d'une urgence vitale. Ceux-ci offrent un cadre qui laisse possiblement place à la gestion des émotions.

## **2. Les émotions**

### **2.1. Définition**

De nombreux auteurs développent et définissent la notion des émotions dans leurs ouvrages. Aussi, voici les définitions retenues. Selon le dictionnaire Larousse, l'émotion est définie comme un "trouble subit, une agitation passagère, causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc." mais aussi définie par une "réaction affective transitoire d'assez grande

intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement" (Émotion, s.d.).

On distingue six émotions primaires (joie, tristesse, peur, colère, dégoût, surprise) et les secondaires (sympathie, fierté, envie, honte, culpabilité) "qui découlent de la combinaison de plusieurs émotions primaires" (A. Gautier, 2016, p.29).

Pour F. Lelord et C. André cités par Christine Paillard, "l'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit), et comportementales (nos actions)" (2018, p.165). Les émotions provoqueraient des réactions visibles comme le disent G. Thines et A. Lempereur, qui sont également cités par Christine Paillard : "l'émotion est parfois considérée comme synonyme "d'affect", de "sentiment" ou encore comme un type de motivation, déclenchant de l'extérieur un ensemble de réactions organiques observables chez l'homme" (2018, p.165).

Les émotions provoquées par l'environnement sont ainsi sources de "réactions" visibles. Il s'agit d'approfondir les réactions physiologiques et comportementales des émotions que l'on pourrait éventuellement retrouver dans une situation d'urgence.

## **2.2. Les réactions physiologiques et comportementales**

R. Dantzer en 1988, cité par J. Cosnier : les émotions ne sont pas "purement cérébrales mais [peuvent] être accompagnées de modifications physiologiques et somatiques" (1994, p.11). Ces modifications sont rapides car selon P. Ekman et W. Friesen cités par J. Cosnier également, "les réactions physiologiques peuvent survenir en une fraction de seconde et les mimiques en quelques millisecondes". C'est une "mise en tension rapide [qui] sert à différencier les "émotions de base" des autres états affectifs, tels que les "grands sentiments" (1994, p.31).

Les manifestations physiologiques peuvent être : une "accélération ou ralentissement du cœur, les tremblements, l'horripilation, la transpiration, les modifications du diamètre pupillaire, l'envie d'uriner, la sécheresse de la bouche, la striction œsophagienne, les changements de couleur des téguments, les pleurs, les rires, etc." (J. Cosnier, 1994, p.15).

En plus des manifestations physiologiques, on retrouve les manifestations comportementales (C. Paillard, 2018, p.165). Celles-ci "sont variées selon la nature de l'affect : fuite, rapprochement, agression, exubérance, repli sur soi, etc., sans oublier les manifestations verbales qui sont une forme particulière de manifestations comportementales". Ces dernières sont souvent moins authentiques car plus contrôlées que les manifestations non verbales (J. Cosnier, 1994, p.14).

Nous venons de voir comment se manifestent les émotions, il s'agit de savoir à présent quel(s) rôle(s) elles peuvent avoir.

### **2.3. Les fonctions des émotions**

Les émotions ont différentes fonctions. L'émotion a tout d'abord une fonction adaptative favorisant la survie de l'individu et de l'espèce. Elle a aussi une fonction d'organisation à travers la motivation et l'orientation vers l'action (R. Dantzer, 2002, p.11). En effet, selon J. Cosnier (1994), les émotions peuvent être caractérisées par des états motivationnels qui influencent sur le comportement et la mise en action : "la peur est-elle liée à la tendance à la prise de distance de l'individu par rapport aux événements aversifs, comme la colère liée à la tendance et à la préparation à l'attaque" (p.154).

Robert Dantzer développe aussi la fonction de signal de l'émotion, par les manifestations verbales et non verbales explorées précédemment (2002, p.12). Ces expressions, provoquées par l'émotion ressentie peuvent avoir un rôle d'équilibre et de régulation de l'émotion et permettent un état de soulagement : "réactions expressives de décharge" (J. Cosnier, 1994, p.37). J. Cosnier ajoute que "certaines réactions sont par elles-mêmes réductrices de tension et ont une fonction homéostatique régulatrice" (1994, p.104).

Les émotions ont aussi une fonction indirecte de rassembler une équipe. En effet, D. Goleman, cité par A. Gautier ajoute : "Ce qui soude les individus au sein d'une équipe, et qui les implique dans une entreprise, ce sont les émotions qu'ils éprouvent" (2016, p.27).

Dans une étude élaborée par K. Chahraoui et six autres auteurs explorant le vécu psychologique des soignants dans un service de réanimation, il est écrit : "Les situations d'urgence sont particulièrement soulignées comme facteurs de pression". Ces situations d'urgence exigent aussi "performance, dépassement de soi et capacité de gestion" (2011, p.344). Elles demandent de la réactivité et procurent un sentiment d'insécurité et de prise de risque.

Nous venons de voir que certaines réactions provoquées par les émotions avaient un rôle de régulation de l'émotion. Lorsque l'équilibre physiologique est remis en cause, apparaît la notion de stress (C. Belzung, 2007, p.142).

### **2.4. Le stress**

La publication de "Stress of life" par Hans Selye a développé la notion de "stress" désignée comme "toute situation où l'organisme est soumis à un événement physique ou

psychologique auquel il doit faire face par la mise en jeu de mécanismes adaptatifs” (J. Cosnier, 1994, p.128).

Le stress est composé de trois phases dont la première est la phase initiale (J. Cosnier, 1994). Cette réaction d’alarme se caractérise par l’augmentation de la fréquence cardiaque, la modification de la fréquence respiratoire et l’ouverture des bronches favorisant un apport en oxygène ainsi que par des modifications de la répartition du sang dans l’organisme, privilégiant le cerveau, les muscles, le cœur et le poumon. Elle se caractérise enfin par une mobilisation des fonctions du système nerveux en libérant la noradrénaline et l’adrénaline (C. Belzung, 2007, p.144).

Le docteur Gérard Chaput, cité par Hugues Lefort médecin urgentiste, explique que le stress permet “une adaptation permanente à l’environnement [...] primordiale à la survie du vivant” (2016, p.16). Le stress a ainsi un rôle positif d’homéostasie.

Au contraire, l’OMS, citée par W.-O. Chakroun et les autres auteurs dans une enquête sur l’évaluation du stress chez le personnel des urgences en Tunisie, estime que “le stress au travail influe négativement sur la santé psychologique et physique des individus ainsi que sur l’efficacité de l’entreprise” (2013, p.566).

Nous venons d’approfondir le contexte avec le concept d’urgence vitale vu précédemment. Celle-ci peut générer des émotions, concept défini par une diversité d’auteurs. L’environnement, tel que l’urgence vitale, provoque des émotions qui se caractérisent par des réactions physiologiques et comportementales ayant différentes fonctions. La notion de stress intervient dès lors que la situation n’est pas régulée. Toutes ces émotions auront peut-être un impact sur le bien-être du soignant. C’est le concept qui va être abordé à présent.

### **3. Le soignant**

#### **3.1. L’infirmier lors d’une urgence vitale**

Il s’agit tout d’abord d’explorer la fonction que tient l’infirmier, profession à laquelle je me destine, dans une situation d’urgence vitale.

##### **3.1.1. Les compétences infirmières**

Le domaine des compétences infirmières est encadré par des référentiels et textes législatifs. Selon l’Article premier de l’Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’Etat infirmier, celui-ci “atteste des compétences professionnelles pour exercer les activités du métier d’infirmier” définis dans le référentiel d’activités et de compétences. Il y est indiqué notamment à la

seconde compétence : “prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d’urgence ou de crise en référence aux protocoles existants” (Annexe II Diplôme d’Etat d’infirmier - Référentiel de compétences, 2009). De plus la Société Française de Médecine et d’Urgence, entre autres, a rédigé certaines recommandations adaptées aux différentes urgences rencontrées (2015).

L’infirmier est ainsi doté de compétences et est encadré par des protocoles lui permettant d’agir. Patricia Benner ajoute : “Il faut énormément de connaissances et de compétences pour déterminer la gravité de la situation et la nécessité d’une intervention rapide” (1995, p.107).

Il s’agit de nuancer la compétence infirmière de l’expérience qu’elle peut construire.

### **3.1.2. L’expérience**

Patricia Benner, infirmière, développe cinq niveaux croissants de la compétence infirmière : novice, débutant, compétent, performant puis expert. L’expérience est définie comme une “amélioration de théories et de notions préconçues”. Autrement dit : les expériences ajustent les théories. Pour elle, la compétence infirmière se transforme avec l’expérience. L’infirmière évoluée (experte) lors d’une situation d’urgence vitale est capable d’appréhender rapidement un problème, entreprend la gestion de l’événement entre ressources et besoins et peut identifier et prendre en charge la situation jusqu’à l’arrivée du médecin (1995, p.35).

La solidité des compétences et des connaissances infirmières, de par l’expérience, ne signifient pas que le soignant ne ressent pas certaines émotions.

### **3.2. L’impact de la situation d’urgence sur le soignant**

Une situation peut être traumatisante pour plusieurs raisons : un événement soudain et inattendu, un vécu d’impuissance, s’il génère de la frayeur ou lorsqu’il provoque une identification du soignant envers le patient ou ses proches. De plus, l’expérience professionnelle, bien qu’elle permette un certain recul des situations vécues, ne signifie pas que les professionnels de santé ne puissent pas être impactés par un état de stress post-traumatique (M. Petitclerc et al., 2017, p.62).

Les conséquences sur le soignant étant établies, il s’agit d’identifier les moyens utilisés pour gérer les émotions.

### **3.3. Les stratégies d’ajustement et d’adaptation : gestion des émotions**

Face à des situations émotionnelles difficiles à vivre, l’adaptation sur le plan psychologique est nécessaire et s’acquiert avec l’expérience (K. Chahraoui et al., 2011, p.346). Autre que

l'expérience, il existe plusieurs manières, propres à chacun, de gérer ses émotions.

La communication semble importante pour certains soignants, comme exprimé dans un article traitant du vécu psychologique des soignants en réanimation. Ils expriment "la nécessité de parler et de partager ces situations professionnelles problématiques avec les collègues [...], avec des gens qui ont vécu la même chose... qui savent comment cela se passe" (K. Chahraoui et al., 2011, p.345). A. Manoukian et A. Masseur expriment : "il serait plus raisonnable de "faire avec", de profiter de l'équipe pour contenir ce qui ne peut l'être individuellement plutôt que de vouloir nier ce qui arrive" (2001, p.44). L'importance de la communication avec l'équipe, élément ressource, est ainsi relevée. En plus des collègues, il est évoqué aussi le conjoint (K. Chahraoui et al., 2011, p.345).

Aussi, certains choisissent de s'investir dans des activités sportives, d'autres de lire ou encore "d'oublier ou de faire le vide". D'autres encore choisissent de rationaliser ce qui arrive, d'intellectualiser ou encore de rencontrer la famille (K. Chahraoui et al., 2011, p.345).

Pour gérer ses émotions, il est nécessaire de les reconnaître et de les accueillir. La gestion de soi, la relation aux autres, la conscience de soi et la gestion des relations sont les quatre compétences émotionnelles qui permettent "d'identifier ses émotions que l'habileté à identifier celles des autres" (I. Kotsou, cité par A. Gautier, 2016, p.30).

### **3.3.1. Les mécanismes de défense**

Face à des situations émotionnelles reconnues difficiles à vivre, les soignants optent pour des mécanismes de défense.

J. Cosnier explique que dans une dimension de groupe, chacun contrôle ses propres émotions et essaie de contrôler l'impact que celles-ci peuvent avoir sur les autres. Il définit les mécanismes de défense comme "des opérations mises en œuvre par le Moi pour se protéger des expériences affectives incompatibles avec des exigences du Surmoi et qui risqueraient de provoquer des affects pénibles tels que la honte, culpabilité, dégoût". Ceux-ci permettent de prévenir la personne d'affects négatifs comme l'angoisse, par exemple. Les mécanismes de défense se retrouvent quotidiennement, permettant de s'adapter (1994, p.101).

Il existe plusieurs mécanismes de défense. Parmi eux, le refoulement, le plus connu et le plus utilisé, il consiste à refouler de la conscience les pulsions inacceptables par le Surmoi. On reconnaît aussi le mécanisme de l'isolation où l'affect est détourné par des moyens tels que l'humour, le cynisme ou la dérision, la répression, la condamnation et l'intellectualisation. Il y a aussi la formation réactionnelle. De plus, le déplacement ou la projection et le clivage sont possibles (J. Cosnier, 1994). Sans eux, le vécu serait trop angoissant.

Ensuite, J. Cosnier (1994) évoque des mécanismes consistant à contrôler les réactions verbales. Ceux-ci sont conscients : “la répression (maîtriser sa voix et ses réactions corporelles), la diversion (effectuer quelque chose d’autre pour se concentrer sur autre chose), l’évitement ou la fuite (essayer de ne pas regarder, partir par exemple), le masquage ou l’inversion d’affect, la neutralisation par des rituels conversationnels, l’utilisation d’une activité physiologique (boire ou contrôler sa respiration par exemple), l’utilisation de la relation (en partageant ses sentiments notamment)” (p.104).

Ainsi, il peut y avoir des mécanismes de défense inconscients ainsi que des réactions conscientes destinés à soulager une angoisse trop importante pour le psychisme. De ce fait, reconnaître les difficultés que l’on peut rencontrer, observer les réactions autour et identifier les situations qui peuvent mettre mal à l’aise sont une façon de se protéger (D. Hugenschmitt et al., 2017, p.24).

Autre que les mécanismes de défense, il est intéressant d’explorer de quelle manière les soignants peuvent gérer leurs émotions dans l’enceinte de l’établissement hospitalier.

### **3.3.2. Ce qui est mis en place à l’hôpital**

L’hôpital peut être un lieu d’échange entre équipe : le “débriefting” est le moyen le plus connu. M. Petitclerc et les autres auteurs, dans un article portant sur le retentissement psychologique d’une situation d’exception sur les personnels soignants, font la différence entre le “défusing” et le “débriefting psychologique”. Le “défusing” est un temps d’échange réunissant les soignants ayant vécu le même événement. Il permet de “verbaliser librement son expérience vécue”. Le “débriefting psychologique” quant à lui est un entretien structuré, individuel ou collectif, réalisé à distance de la situation vécue par un professionnel extérieur formé à cette technique (2017, p.61).

Certaines situations émotionnelles sont en effet liées au décès et sont plus difficiles à vivre pour les soignants, telles que le décès de jeunes personnes. Aussi, lorsque le soignant s’est investi dans la relation au patient, notamment dans des hospitalisations plus longues (K. Chahraoui et al., 2011, p.345).

Le contexte de prise en soin a une influence sur le bien-être du soignant qui, lui-même, a un impact sur la qualité de travail et donc sur la qualité du prendre soin. C’est le dernier concept qui va être détaillé par la suite.

## **4. Le prendre soin**

Ce dernier concept est important. En effet, c'est un élément clé dans la profession infirmière puisqu'il s'agit de valeurs soignantes. C'est pourquoi il m'a semblé important de l'explorer et de le développer, malgré le fait que le patient ne soit pas "acteur" dans cette prise en soin, du fait de son état général lors d'une urgence vitale. Ceci-dit, le "prendre soin" reste malgré tout présent, bien que le patient n'en soit pas conscient.

### **4.1. Définition**

Selon le dictionnaire Larousse, le soin est défini comme : "charge, devoir de veiller à quelque chose, de s'en occuper" (Soin, s.d.). Christine Paillard dans le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers explique : "le Prendre soin, avoir soin de quelqu'un, signifie aussi pourvoir à son salut, à ses besoins, à ses nécessités, à sa fortune... [...] Le soin relève ici du devoir, de la charge de quelqu'un, d'y veiller, de s'en inquiéter, de s'en préoccuper." (2018, p.397). La limite de la situation d'urgence dans le prendre soin est l'état d'inconscience dans lequel le patient se trouve, incapable d'exprimer ses besoins.

Selon Ida Orlando, citée par C. Paillard, la démarche de soin peut être définie par : "L'infirmière atteint son objectif en engageant une démarche qui détermine le besoin immédiat du patient et l'aide à répondre à ce besoin directement ou indirectement" (2018, p.397). Dans les situations d'appel, le besoin immédiat est le maintien du patient en vie.

Christine Paillard cite aussi Marie-Thérèse Bal-Craquin qui définit la démarche de soin en huit étapes dont celles-ci : "Percevoir le problème, la situation ou le projet. Recueillir des données pertinentes et significatives. Identifier le problème. Anticiper l'inverse du problème. Définir les actions susceptibles de conduire à la résolution du problème." (2018, p.398). Toutes ces actions sont réalisées rapidement lors d'une urgence.

### **4.2. Le prendre soin d'une situation d'urgence**

Selon l'Article R4312-12 apparaissant sur le Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, l'infirmier a obligation de porter secours et prodiguer des soins d'urgence. Comme vu précédemment, l'infirmier suit un protocole médical ou prend l'initiative de mettre en place des soins en l'absence de protocole médical. Patricia Benner énonce : "c'est à l'infirmière qu'il incombe de tout prendre en charge jusqu'à l'arrivée du médecin" (1995, p.101).

L'infirmier s'appuie ainsi sur les différents dispositifs détaillés précédemment : les protocoles médicaux présents dans les services, le numéro d'appel d'urgence ou encore le chariot d'urgence. Il s'appuie aussi sur ses connaissances et compétences. Autant de

réglementations et de matériels sur lesquels il peut compter, qui lui permettent d'agir et de prendre soin au mieux du patient.

Les limites du prendre soin du patient en situation d'urgence vitale sont "l'absence" de parole du patient. En effet M. Dupuis, R. Gueibe et W. Hesbeen émettent une nécessité au prendre soin : "porter une attention particulière à l'autre en vue de tenter d'accueillir et de prendre en compte sa singularité" (2019, p.18).

Toutes ces compétences et ces dispositifs sont des ressources et permettent à l'infirmier de réagir au mieux face à une situation d'urgence.

### **4.3. L'interaction des émotions dans le prendre soin**

F. Bourdeaut, cité par K. Chahraoui et les autres auteurs en 2011 : "Les manifestations émotionnelles sont souvent perçues comme une mise en danger du soignant dans son propre équilibre psychologique, mais la mise à distance des émotions peut aussi mettre en péril la relation de soin." (p.347). Cela amène à réfléchir sur la notion de juste distance dans le soin.

Ensuite, le sentiment de responsabilité peut apparaître dans la relation de soins. A. Manoukian et A. Masseur illustrent : "par exemple le soignant "prend trop à cœur" la situation d'un malade du service" (2001, p.44).

Pour Paulette-Cécile Kossanyi, citée par Christine Paillard, "les psychologues et les psychothérapeutes s'intéressent tous aux effets des émotions sur le comportement. Certains les considèrent comme facteurs de compréhension et de maîtrise de l'environnement, moyens de communication, leviers de motivation, d'autres comme causes de perturbations potentielles, de désordres et de dérèglements" (2018, p.166).

Robert Dantzer, neurobiologiste, admet quant à lui que "les émotions jouent un rôle déterminant dans l'organisation des comportements" (2002, p.11). Les émotions joueraient ainsi un rôle dans les actes réalisés dans une prise en soin.

L'éclairage théorique à présent développé d'après la pensée des auteurs, il s'agit maintenant d'explorer les idées des professionnels dans un recueil de données, dans le cadre d'une enquête exploratoire de terrain.

# L'enquête exploratoire de terrain

## 1. Le dispositif méthodologique du recueil de données

Dans le cadre du recueil de données, il m'a semblé important d'explorer certaines notions auprès de deux professionnels. Ceci, pour confronter les notions théoriques développées précédemment et relever l'expérience infirmière des professionnels de terrain.

J'ai pu interroger deux professionnelles à partir de questions élaborées dans un guide d'entretien (Annexe III). Il s'agit d'un entretien semi-directif, suivant un guide d'entretien afin de favoriser un échange ouvert. Celui-ci est constitué de questions ouvertes permettant une liberté de réponse aux infirmières interrogées. Des questions de relance sont présentes également afin d'approfondir l'un ou l'autre sujet. Le guide servant de trame, des questions spontanées sont également apparues durant les différents entretiens (Les entretiens sont retranscrits en Annexe IV et Annexe V).

Le premier objectif du guide d'entretien est de déterminer la place des émotions du soignant dans une situation d'urgence vitale, c'est-à-dire de définir ce qu'est pour chaque professionnel l'urgence vitale et les émotions ressenties dans cette situation de soin. Ensuite, j'ai choisi d'investiguer les mécanismes mis en place par le soignant pour gérer ses propres émotions lors d'une situation d'urgence vitale. Enfin, il m'a semblé important d'identifier l'impact qu'avaient la situation d'urgence et les émotions ressenties sur le soignant et les facteurs permettant de gérer ces émotions.

Il s'agit d'une étude comparative entre deux infirmières exerçant dans des services différents dans lesquels elles peuvent rencontrer des situations d'urgence vitale.

La première infirmière rencontrée, que je nommerai IDE 1 (Infirmière Diplômée d'Etat 1), travaille dans un service de soins intensifs. Elle exerce comme infirmière depuis seize ans. Après avoir travaillé cinq ans sur le pool de remplacement (urgences et réanimation principalement) puis cinq ans aux urgences médico-chirurgicales adultes, elle est à présent aux soins intensifs depuis six ans.

La seconde infirmière rencontrée, nommée IDE 2 (Infirmière Diplômée d'Etat 2), a presque cinquante ans et a commencé sa carrière en rééducation auprès des paraplégiques et des personnes amputées de membres. Après avoir exercé sept ans au Chili dans un dispensaire, elle est rentrée travailler en structure en France. Cela fait maintenant dix-neuf ans qu'elle exerce en salle de réveil au bloc opératoire.

Ainsi les deux infirmières rencontrées ont des profils différents de par l'expérience d'exercice du métier qu'elles ont et le temps d'exercice de celui-ci.

Pour organiser les entretiens, j'ai tout d'abord commencé par contacter les deux infirmières par mes propres moyens. Nous avons fixé une date différente pour chacune. L'entretien a été réalisé : sur le lieu de travail dans une salle à part pour l'une d'elles et à son domicile pour la seconde. Je me suis présentée, j'ai présenté mon sujet ainsi que les modalités d'enregistrement après leur accord, l'anonymat et la confidentialité de l'entretien. J'ai utilisé mon téléphone portable pour l'enregistrement des deux entretiens. La retranscription des entretiens se trouve en annexe (Annexe IV et Annexe V). Le tutoiement a été proposé par l'une des deux infirmières.

Il était important pour moi de les rencontrer visuellement afin de leur parler de vive voix de mon sujet et pour interagir plus facilement.

Afin de faire un bilan du dispositif, je dirai tout d'abord que les entretiens se sont tous les deux bien déroulés. Les échanges étaient fluides : le premier entretien réalisé a une durée de 24 minutes (Annexe IV) et le second de 50 minutes (Annexe V). Les infirmières ont facilement partagé leurs expériences d'urgence vitale, ce qui peut être parfois difficile. Elles ont su aussi me redire les émotions ressenties, ce qui touche au vécu et donc au personnel. Je les remercie pour cette confiance accordée. De par tous ces échanges, il y a matière à analyser.

Lors des questions posées, volontairement, je n'ai pas demandé de définir le mot "émotion" qui est pourtant un concept clé dans le mémoire. J'ai choisi, en effet, de laisser place à la spontanéité et je me suis dit que chaque objectif étant en lien avec ce terme, il allait être défini, expliqué, détaillé au fur et à mesure des réponses des deux infirmières.

Les limites de mes entretiens seraient la pluralité des situations d'urgence vécues et abordées par les deux infirmières, qui ne permettent pas d'explorer une situation particulière d'urgence vitale mais bien un ensemble.

Il est arrivé que j'aie de la difficulté à aborder certaines questions, ne souhaitant pas "couper" l'infirmière dans son récit. Une question a ainsi été abordée dans un seul entretien.

Il est arrivé que les infirmières me demandent de redire une question après l'avoir posée. Cela a permis d'avoir une réponse plus en accord avec la question posée et, ainsi, d'obtenir des données plus fiables à analyser.

Suite à la présentation du recueil de données, il s'agit à présent d'analyser les propos énoncés par les deux infirmières et en tirer des résultats. Pour ce faire, un tableau d'analyse des entretiens a été réalisé pour en recueillir les résultats (Annexe VI).

## **2. L'analyse des entretiens**

L'analyse suivante est construite avec le même déroulé que le guide d'entretien. Elle reprend ainsi chaque objectif du guide.

Le premier objectif de l'entretien était de déterminer la place des émotions des soignants dans une situation d'urgence vitale. Il s'agit de définir ce dont on parle. La définition de l'urgence vitale a été abordée sous forme d'une première question. Elle a ensuite été développée et complétée tout le long de l'entretien par les deux infirmières, à travers les situations d'urgence évoquées.

### **Urgence et temporalité**

Les deux infirmières interrogées s'accordent à dire qu'il s'agit d'un moment précis : "un moment X". L'urgence vitale peut être imprévue, c'est-à-dire sans qu'il n'y ait "aucune raison" comme le disent les deux infirmières. Cependant, selon l'IDE 1, la survenue d'une urgence vitale pourrait être aussi attendue. Quelques exemples cités peuvent notamment caractériser cette situation : une perte de connaissance avec désaturation, un arrêt ventilatoire ou un arrêt cardiaque par exemple. Les deux infirmières s'accordent sur les deux issues possibles d'une situation d'urgence : le maintien en vie (leur objectif) ou le décès du patient. L'IDE 1 précise ne jamais vraiment connaître en avance l'issue de la situation.

### **Compétences et soins**

D'après les deux professionnelles, la situation d'urgence vitale se caractérise aussi par un certain nombre d'actions définies par des soins. L'urgence nécessite "des soins" précis et adaptés au patient, et notamment des "gestes techniques", cités sept fois au cours de l'entretien par l'IDE 2. Les deux infirmières s'accordent à dire que l'organisation des soins est définie par un protocole de soins qui leur permettent d'agir spontanément avec "automatismes" et "sans réfléchir". L'IDE 2 parle notamment de "codes" qui se mettent en place. L'IDE 1 parle d'être "programmée pour cela". Dans une situation d'urgence, on retrouve pour les deux infirmières la notion de prise en charge rapide avec l'aspect physiologique du stress, l'adrénaline : "pas le temps", "rythmés" ou encore "à toute vitesse".

### **Impact de l'organisation**

Enfin, les deux infirmières ont insisté sur l'importance d'une organisation hiérarchisée et la présence d'un "leader", notamment pour l'IDE 2, par la personne du médecin. Pour chaque infirmière on retrouve ainsi une équipe pluridisciplinaire composée de l'infirmière, de l'aide-soignante et du médecin. La particularité du service de salle de réveil dans lequel travaille l'IDE 2 fait que le médecin est l'anesthésiste et que la présence de brancardier lors d'une situation d'urgence est possible. Chacun sait ainsi "ce qu'il a à faire", chacun a son

propre rôle, ce qui permet une certaine fluidité de prise en soin.

La seconde question était ciblée sur le vécu possible d'une situation d'urgence vitale marquante et sur la présence ou non d'émotions ressenties durant cette situation. Les deux infirmières ont vécu plusieurs situations d'urgence vitale marquantes, il a été compliqué pour elles de s'attarder sur une seule. Ainsi, les émotions ressenties et décrites ne correspondent pas à une seule situation mais bien à plusieurs situations vécues.

### **Empreinte émotionnelle**

Les raisons du vécu marquant d'une situation d'urgence sont liées au ressenti pour l'IDE 1. En effet, elle exprime de nombreuses fois le fait qu'elle "n'avait pas prévu", "je n'avais pas du tout senti" où on retrouve quatre fois le verbe "sentir" ou encore : "je ne m'y attendais pas vraiment", nommé sept fois durant l'entretien. Quant à l'autre infirmière, il s'agit d'une situation marquante puisqu'elle a "induit" cette situation selon ses dires. Pour les deux infirmières on retrouve une certaine culpabilité d'avoir provoqué ou non anticipé la situation.

Ensuite, il a été complexe de nommer précisément des émotions ressenties lors de la prise en charge d'une situation d'urgence vitale. Les infirmières parlent de "ces émotions-là", sans vraiment les citer. Pour l'IDE 2, du fait que nous sommes humains (énoncé cinq fois) et non des robots (énoncé deux fois), nous avons "forcément des émotions" (énoncé deux fois). Quant à l'IDE 1, il a semblé difficile pour elle de décrire les émotions présentes puisqu'on "est focalisé vraiment sur le moment". Pour elle, les émotions sont plutôt exprimées après la situation. Cependant, on retrouve des émotions, sentiments ou encore des comportements évoqués dans les différentes situations par les deux infirmières. La majorité d'entre eux ont une caractéristique négative où on retrouve la notion de "stress", "mal à l'aise" ou le terme "paralysée". Au contraire, deux expressions positives ont été relevées : "pas de stress" et "agréable". Aussi, certaines notions plus neutres sont présentes telles que la "stupéfaction", "l'étonnement" ou la "concentration".

### **Facteurs émotionnels**

Les deux infirmières ont toutes les deux évoqué des situations qui induisent le fait de ressentir telle ou telle émotion. Ainsi, les émotions seraient liées à certains facteurs. En effet, elles s'accordent à dire que le fait de connaître le patient, connaître son histoire, de s'y attacher, d'avoir partagé avec lui, de s'identifier à lui parfois, induira des émotions différentes, parfois plus fortes, que le fait de ne pas avoir eu le temps de s'y attacher. De plus, il arrive que les deux infirmières aient une pensée pour la famille qu'elles ont pu rencontrer, ce qui influence

les émotions ressenties par le soignant. On retrouve un certain attachement et une personnalisation des soins par la connaissance du patient ou dans un contexte de chambre personnalisée par exemple.

Enfin, les émotions sont aussi liées aux relations que l'on a avec l'équipe. C'est ce qui est développé par l'IDE 1. Elle ajoute que le fait d'être avec une équipe connue aura un impact plus positif sur ses émotions ressenties. Au contraire, être avec une équipe non connue, avec un médecin de garde ou une aide-soignante n'ayant jamais vécu de situation d'urgence comme elle cite, les émotions ressenties seront plus négatives. Pour l'IDE 2, le fonctionnement de l'équipe impacte les émotions ressenties.

L'objectif suivant était d'identifier les mécanismes mis en place par le soignant pour gérer ses émotions lors d'une situation d'urgence vitale. La première question de cet objectif est d'identifier les situations qui mettent les infirmières en difficulté, qui pourraient ainsi provoquer des émotions chez elles et influencer la gestion de leurs émotions.

### **Difficultés rencontrées**

Plusieurs facteurs mettent en difficulté les infirmières lors d'une urgence vitale. Pour l'IDE 2, il est évident pour elle qu'elle a rencontré des situations difficiles. Pour l'IDE 1, un facteur qui peut rendre difficile une urgence vitale est celui lié à la prise en soin du patient. Lorsqu'il y a un désaccord entre l'équipe médicale et l'équipe infirmière qui peut être vécu comme de l'acharnement, ou que le dossier est complexe par exemple.

Un autre facteur développé par les deux infirmières sont les éléments de personnalité ou le comportement des personnes extérieures qui influence les émotions et le comportement des soignants. Il s'agit principalement du médecin qui est cité par les deux infirmières. Cela peut être sa façon d'être : "on sent qu'il est en stress", "il n'est pas à l'aise", "médecin s'impatiente" ou sa façon de parler : "il nous parle sèchement", "l'anesthésiste qui passe sur le ton de la colère ou de la frustration". L'IDE 2 note l'importance pour elle de pratiquer avec un médecin calme et concentré. L'IDE 1 précise l'importance de la communication verbale et non verbale dans ce type de situation.

Ensuite, un facteur lié à la personnalité est celui du vécu personnel de l'infirmière, développé également par les deux infirmières. En effet, il s'agit de facteurs tels que la fatigue, le manque de concentration ou encore la pression et le stress qui n'aident pas dans une urgence vitale : "panique sans être la catastrophe" (IDE 1). Ainsi, la perception émotionnelle peut impacter le comportement et le vécu des autres professionnels de l'équipe.

Un autre facteur qui entre en compte dans le vécu d'une situation difficile est la responsabilité de l'infirmière. Toutes les deux ont évoqué la période de latence entre le moment où il y a une situation d'urgence et l'arrivée du médecin. Ce moment où l'infirmière se retrouve seule (mot cité six fois par l'IDE 2) est source de stress et est difficile à gérer pour elles-deux.

### **Dimension de l'équipe comme ressource**

Au contraire, les deux infirmières ont sans cesse évoqué l'importance de l'équipe, qui connaît ce qu'elle fait, qui permet une coordination des gestes à mettre en place et en qui elles ont confiance. L'IDE 1 évoque l'importance pour elle d'avoir des consignes claires et précises du médecin, ce qui favorise l'absence de stress. L'IDE 2 évoque la chance d'être entourée d'une équipe médicale à proximité. Selon ses dires, l'équipe permet une confiance et donne une structure à la prise en charge. Elle précise l'atout pour elle d'avoir des collègues qu'elle connaît, en qui elle a confiance et avec qui "on a plus besoin de tout se dire". Enfin, l'équipe est importante pour l'IDE 2 dans une situation difficile car elle permet de dire ses limites et de passer le relais.

### **Situations inhabituelles**

Pour continuer, une situation inhabituelle est un facteur favorisant le vécu difficile d'une situation d'urgence. En effet, les deux infirmières évoquent une situation où "il y a quelque chose qui ne se passe pas comme prévu" et notamment l'absence de l'arrivée du médecin suite à un appel. Le manque d'expérience est aussi une notion qui influence le vécu difficile d'une situation d'urgence pour les deux infirmières. L'IDE 2 évoque avoir de la sérénité avec "l'expérience de gestes répétés" et parce que c'est son "quotidien". L'IDE 1 évoque : "ça fait un moment que je suis là maintenant", ce qui l'aide à agir durant la situation.

Enfin, le contexte, le lieu, développé par l'IDE 2, lorsqu'il est familier, est un élément au contraire qui aide à ce que la situation d'urgence se vive du mieux possible. Cela est plus difficile à vivre pour elle la nuit, notamment, car elle se retrouve presque seule.

Tous ces facteurs "négatifs" peuvent ainsi avoir des conséquences sur la gestion des émotions : "perdre leurs moyens", "déstabilisées", "nous mettre mal à l'aise", "on ne peut pas agir de façon optimale" pour l'IDE 1 ou "difficile à gérer", "ça m'impressionne plus" pour l'IDE 2 qui est plus sereine (terme utilisé cinq fois) lorsque ces facteurs ne sont pas présents.

La seconde question visait à explorer quels étaient les moyens utilisés par les infirmières pour gérer leurs émotions. Tout d'abord, pour l'IDE 2 il est difficile de savoir s'il est possible de maîtriser ses émotions. Elle définit la gestion des émotions par : "les prendre en compte" ou

encore : “savoir les regarder, se remettre en question et avancer”. Pour l’IDE 1, il est important de gérer ses émotions car sinon cela “va se répercuter sur tous les soignants qui sont dans la chambre”.

### **Moyens pour gérer les émotions**

Une manière de gérer leurs émotions, développée par les deux IDE est tout d’abord la parole en équipe, le fait de pouvoir échanger et se dire les choses. Il est d’ailleurs important, comme le souligne l’IDE 2, de se connaître entre équipe : “savoir comment l’un et l’autre réagissent, on arrive peut-être mieux à gérer certaines situations”. Enfin, une manière de gérer ses émotions selon l’IDE 2 est l’humour ou le fait de “dédramatiser la situation” qui peut être identifié comme un mécanisme de défense, terme évoqué par la suite.

Il a été intéressant ensuite de connaître de quelle(s) manière(s) agissaient les infirmières une fois la situation d’urgence vitale stabilisée. La parole à deux ou en équipe, est un temps largement développé par les deux infirmières. Ce temps, “informel” et “de [leur] propre initiative”, pour se retrouver et parler en équipe, un temps de “débriefting” (cité quatre fois) qui permet d’écouter et d’être écouté. Celui-ci est facilité par la confiance en l’équipe comme le souligne l’IDE 1. De plus, un temps de réflexion personnelle est aussi présent.

Ces deux moments permettent de faire le bilan de ce qui s’est passé : “dire ce qui avait fonctionné, pas fonctionné” (IDE 2) dans le but de s’améliorer une prochaine fois : “améliorer les choses pour que la fois d’après ça se passe mieux” (IDE 1). Il permet aussi de rassurer éventuellement et de comprendre la situation, comme le souligne l’IDE 2. Pour l’IDE 1 cela fait partie de son travail.

Une fois la situation d’urgence stabilisée, c’est un temps aussi pour souffler (IDE 1), un temps de solitude, par exemples auprès du patient ou en rangeant le matériel (IDE 2).

La question suivante était axée sur les émotions qui pouvaient être ressenties par le soignant après une situation d’urgence vitale. Les infirmières n’ont pas cité d’émotions particulières mais ont partagé y faire attention et ressentir les émotions juste après l’urgence. Des sentiments et manifestations comportementales ont cependant été cités par l’IDE 2 : “s’écrouler”, “pas contente”, “s’est culpabilisée”.

### **Mécanismes de défense**

Ensuite, il a été abordé le terme de mécanisme de défense. L’entretien avec l’IDE 2 étant particulièrement complet, ce n’est pas une question qui a été abordée avec elle. L’IDE 1 définit cette notion par : “quand on veut se protéger parce que, sinon, on rentrerait tous chez

nous en pleurant” ou encore par : “faire la part des choses”. Pour elle, les mécanismes de défense ont un caractère obligatoire, car le risque est de ne pas bien s’occuper des patients ou “on finirait tous en burn-out”. Une façon de se protéger est la parole, comme détaillée précédemment.

### **Manifestation des émotions**

Le dernier objectif exploré est l’impact de la situation d’urgence et des émotions sur le soignant. Une première question est d’identifier les manifestations des émotions. Sept manifestations verbales ont été repérées dans les réponses des infirmières. L’IDE 1 évoque plutôt le ton employé, l’IDE 2 évoque quant à elle les mots utilisés, dont l’humour. En revanche, dix-neuf manifestations non-verbales ont été repérées telles que la colère, l’agitation, l’agressivité, le mutisme, les rires ou encore les regards.

### **Impact sur le soignant et sur la prise en soin**

Pour finir, il a été intéressant d’explorer l’impact des émotions sur le soignant et sur sa prise en soin. D’après les réponses, il s’agit plutôt de la situation vécue qui a eu un impact sur le soignant, plus que les émotions ressenties. L’IDE 2 développe ceci : “une situation qui m’a toujours marquée” ou cite : “traumatisant”. L’IDE 1 exprime quant à elle l’étonnement de ne pas se souvenir de sa première situation d’urgence. Concernant l’impact des émotions sur la prise en soin du patient par le soignant, les deux infirmières s’accordent à dire que les émotions ressenties influencent leur prise en soin. En effet, l’IDE 1 explique : “si nous on n’est pas bien, c’est compliqué de s’occuper des autres”. Elle ajoute aussi que certaines paroles des patients peuvent être génératrices d’émotions et influencer leur attitude dans le soin juste après. L’IDE 2 exprime l’importance de ne pas avoir des émotions en excès, de trouver un juste milieu. Enfin, elle nomme quatre fois la difficulté de laisser la place à une autre collègue après une situation d’urgence, liée à ses émotions.

Pour finir, il a été intéressant dans cet entretien de retenir des réponses qui ne correspondent pas, a priori, à des questions posées mais qu’il peut être intéressant d’explorer. L’IDE 2 explique en effet que les émotions ressenties en situation d’urgence disent quelque chose de la situation vécue.

A la suite des propos des entretiens développés ici, il s’agit à présent de discuter de ces résultats en les éclairant des pensées des auteurs et en tenant compte de ma posture professionnelle.

## La discussion

Au regard des résultats obtenus suite à l'analyse des deux entretiens, il paraît intéressant de discuter des points signifiants. Certains propos de l'analyse ne seront ainsi pas détaillés afin de développer les principaux thèmes. L'analyse des entretiens sera confrontée à la théorie ainsi qu'à ma posture professionnelle, qui permettront de donner des éléments de réponse à la question de départ et, enfin, d'ouvrir sur une question de recherche.

### 1. L'urgence et la temporalité

L'analyse descriptive met en évidence la temporalité de l'urgence avec l'expression du terme "imprévu". On retrouve cette notion de "situation clinique imprévue" évoquée par E. Revue, cité par C. Paillard (2018, p.451). Une infirmière nuance cependant ses propos en disant qu'une telle situation pourrait être attendue, ce qui pourrait faire appel aux notions de compétence et d'expérience infirmière, qui vont être développées plus tard. Le caractère "attendu" n'a pas été évoqué dans le cadre théorique. En effet, dans les définitions des auteurs, il est plutôt détaillé le moment de la situation plutôt que l'amont. Aussi, le service de soins intensifs dans lequel travaille l'infirmière en question pourrait être une raison de "l'attendu" de l'urgence, de par l'état critique des patients hospitalisés dans ce service.

Il est aussi proposé plusieurs autres définitions par les auteurs. L'urgence vitale y est décrite comme une "situation pathologique" (Larousse, s.d.) ou encore comme pouvant "avoir des conséquences physiques ou psychiques durables" (E. Revue cité par C. Paillard, 2018, p.451). Dans le terme de "conséquence", il est sous-entendu qu'il y a quelque chose qui "se joue". Dans une urgence vitale il s'agit de la vie du patient. D'où la notion de rapidité qui a été exprimée communément par les infirmières : "à toute vitesse", et que l'on retrouve dans les définitions des auteurs : "nécessité d'agir vite", "un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement" par le dictionnaire Larousse (s.d.), ou encore "soigner sans délais" par l'Académie de médecine (2020). La notion de temporalité de l'urgence se caractérise par une prise en charge rapide. Ceci a pu être observé lors des deux situations d'appel : l'urgence vitale est survenue pendant les transmissions, les soignants se sont précipités vers la chambre du patient concerné et les soins ont été effectués directement.

### 2. Des compétences et des soins

Ensuite, la prise en soin rapide de la situation d'urgence nécessite des compétences et se caractérise par des soins. C'est ce qui a été exprimé par les infirmières. Elles ont notamment toutes les deux énoncé plusieurs fois le terme de "gestes techniques" qu'elles décrivent par

des soins précis et adaptés. Ces soins et compétences s'inscrivent dans le référentiel d'activités et de compétences qui encadre la profession infirmière. De plus, tout nouveau diplômé a bénéficié d'une formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU). Les compétences ont été validées en formation et se développent tout au long de l'exercice infirmier. Pour P. Benner, la compétence infirmière se transforme avec l'expérience (1995). Pour elle, l'infirmière évoluée (experte) lors d'une situation d'urgence vitale est capable d'appréhender rapidement un problème, entreprend la gestion de l'événement entre ressources et besoins et peut identifier et prendre en charge la situation jusqu'à l'arrivée du médecin (p.35). En effet, les deux infirmières s'accordent à dire que l'expérience apporte une sérénité, de par la répétition des gestes et l'habitude. Il s'agit cependant de se demander si les gestes effectués seront identiques d'une urgence à l'autre.

En tant qu'étudiante, de par mon manque d'expérience et parce que c'était la première situation d'urgence vécue lors de la première situation d'appel, je n'ai pas su réagir tout de suite lors de l'alarme annonçant un arrêt cardio-respiratoire. Il a fallu qu'une infirmière me suggère de relayer sa collègue pour que je réalise un soin. En effet, en tant que novice, premier stade de la compétence infirmière évoqué par Patricia Benner, chaque expérience est source d'apprentissage. Et cela est de même pour chaque professionnel : chacun est susceptible d'apprendre de ses expériences. Il faut cependant se questionner, s'interroger et avoir envie de progresser.

Il faut savoir que chaque professionnel de santé est tenu de mettre à jour ses connaissances et compétences. Le décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux introduit l'obligation pour les infirmiers de participer à un programme de développement professionnel continu (DPC) (HAS, 2019).

La sérénité, décrite par les infirmières, issue de l'expérience des gestes répétés, amène à penser que les connaissances pourraient être un moyen ressource pour gérer les émotions. Lorsque l'on est solide dans ses compétences, il est possible que l'on arrive à mieux maîtriser ses émotions. Si cette idée est justifiée, il s'agit d'admettre qu'en tant que jeune professionnelle, de par les compétences récemment acquises, il me paraîtra important d'être davantage attentive aux émotions qui pourraient survenir dans ces situations stressantes.

Ainsi, pour gérer des situations complexes et imprévues telles que l'urgence, il faut être formé, avoir des connaissances et de la méthode. P. Benner évoque : "il faut énormément de connaissances et de compétences pour déterminer la gravité de la situation et la nécessité d'une intervention rapide" (1995, p.107). Cela rejoint les propos de l'infirmière, vus précédemment, qui décrit l'urgence vitale comme possiblement attendue.

La prise en soin rapide comme le citent les définitions, avec des gestes techniques, est aussi possible par l'aide du matériel mis à disposition tel que le chariot d'urgence ainsi que par les protocoles d'urgences qui donnent des directives, tels des algorithmes, comme détaillé dans le cadre théorique. Ceux-ci mettent un certain ordre dans une situation qui peut parfois paraître désorganisée et complexe. Ils permettent d'agir avec spontanéité et automatismes comme exprimé par les résultats de l'analyse. L'IDE 2 parle en effet de "codes" tandis que l'IDE 1 parle d'être "programmée pour cela". M. Godet et C. Lenclud parlent de gestes immédiats, codifiés et efficaces dans la prise en soin d'un arrêt cardio-respiratoire (2011, p.47). Le protocole d'urgence apparaît notamment dans le Code de la santé publique : "l'infirmier est habilité [...] à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgences". Dans le terme "habileté" on retrouve la notion de compétence, d'être "apte à" (Art. R.4311-14).

Ces compétences et ces protocoles permettent aux infirmiers d'être encadrés et de gérer une situation d'urgence. Ils permettent peut-être ainsi d'être moins déstabilisés face à une situation imprévue et, donc, manifester moins d'émotions. D'un autre point de vue, ils peuvent éventuellement laisser place aux émotions ; c'est ce qui va être évoqué et développé ci-après.

### **3. L'impact sur l'organisation et sur la prise en soin**

Les émotions sont définies par R. Dantzer (2002, p.11) comme jouant "un rôle déterminant dans l'organisation des comportements" entre "moyens de communication, leviers de motivation" mais aussi "perturbations potentielles" (P.-C. Kossanyi citée par C. Paillard, 2018, p.166). D'après les auteurs, les émotions pourraient interagir dans l'organisation de l'urgence de par l'impact qu'elles ont sur les manifestations comportementales. Ces dernières peuvent avoir une influence sur la prise en soin, positive comme négative. Cela est un point de vue intéressant : malgré le fait que l'organisation de l'urgence est régie par des textes législatifs, les émotions pourraient avoir un impact dans celle-ci. Ceci fait écho à la seconde situation d'appel où l'infirmier de nuit, dont je percevais une émotion forte, s'est engagé dans le massage cardiaque de façon déterminée.

En effet, R. Dantzer évoque que les émotions ont une fonction d'organisation par la motivation et l'orientation vers l'action (2002, p.11). Cependant, alors que les infirmières parlent toutes les deux de trouver un juste milieu dans l'expression de leurs émotions sans qu'elles ne soient en excès, d'autres auteurs parlent d'actions qui paralysent. En effet, J. Cosnier nuance en donnant un exemple : "la peur est [...] liée à la tendance à la prise de distance de l'individu par rapport aux événements aversifs" (1994, p.154). Selon une infirmière, si "on n'est pas bien" il est difficile pour elle de soigner autrui. Quant à l'autre infirmière, il est parfois difficile de laisser place à un collègue. Les émotions peuvent ainsi

parfois prendre le dessus et interagir avec les actions mises en œuvre et, donc, possiblement dans le prendre soin. Il me paraît important d'être attentif aux émotions que l'on ressent, qui peuvent interférer dans la façon dont on prend soin. En effet, à la suite des deux situations d'urgence développées, j'avais des émotions fortes mais j'ai continué ma journée en m'occupant des autres patients. Peut-être que ces émotions ont influencé la qualité des soins dans cette journée. Il s'agit de se poser la question de nos limites et des risques que cela peut avoir pour nous ainsi que pour les patients. Dans cette réflexion, l'équipe peut être un élément ressource, comme cela est développé par la suite.

On peut se poser la question de savoir ce qui déclenche les émotions. L'analyse des entretiens a mis en lumière quelques facteurs émotionnels.

#### **4. Les facteurs émotionnels**

Le fait de connaître le patient, connaître son histoire de vie, son parcours de soin, avoir rencontré sa famille, s'être identifié à lui, avoir partagé des mots ou des conversations avec lui sont autant d'éléments détaillés par les deux infirmières comme facteurs émotionnels.

L'attache personnelle au patient est une notion qui a été peu explorée dans la partie théorique mais qu'il serait intéressant de développer ici. En effet, une chambre personnalisée par des décorations d'enfants, comme illustrée par l'IDE 1, pourrait être facteur d'émotions plus fortes. La personnalisation de la chambre du patient est indirectement un élément recherché par la profession infirmière. En effet, il est souvent prôné la personnalisation des soins, prendre en compte la personne dans sa subjectivité en n'étant pas uniquement fixé sur la pathologie. L'attachement pour le patient et la famille serait une source d'émotion supplémentaire. L'IDE 2 parle de ne pas se détacher de la prise en soin et ne pas réussir à déléguer lorsque sa collègue arrive. Il est pertinent de se demander quels sont les risques de la personnalisation du soin dans l'amplification des émotions ?

Ces émotions qui permettent d'agir mais, aussi, qui peuvent être un élément perturbateur dans la prise en soin. Cela rejoint le vécu possible de l'infirmier dans la seconde situation d'appel, ayant pris soin du patient toute la nuit. Peut-être avait-il créé une relation de soin qui influence sur les émotions ressenties lors de l'arrêt cardio-respiratoire ?

En tant que future professionnelle, il me paraît important de prendre conscience de l'influence de mes émotions. Les émotions qui permettent, d'une certaine façon, la relation de soin avec le patient, d'humain à humain, mais qui, lorsqu'elles sont trop présentes, peuvent, peut-être, interagir dans notre manière de prendre soin.

## 5. Les difficultés rencontrées

Afin d'identifier quels types d'émotions pouvaient être ressenties et exprimées par les infirmières en situation d'urgence vitale, il a été abordé les difficultés rencontrées dans une telle situation qui pourraient être aussi des facteurs émotionnels. Le terme de situation d'urgence vitale "marquante" a été évoqué. Il aurait pu être intéressant d'illustrer les émotions ressenties dans une urgence vitale "lambda", seulement il est légitime à ce stade de la discussion de se demander si une urgence vitale peut ne pas être marquante et ne pas avoir d'impact. Aussi, il s'agit du vécu personnel de chaque soignant et, donc, d'un caractère subjectif. Dans une situation d'urgence marquante, on peut penser que les émotions ressenties seront plus présentes et, donc, qu'il y a matière à analyser davantage, du fait aussi de la limite de deux infirmières à interroger. C'est donc vers le vécu d'une urgence marquante que s'est posée une question.

Une urgence a été marquante pour une IDE car elle n'avait "pas senti". Le verbe sentir est énoncé plusieurs fois ; cela rejoint le terme "d'attendu" d'une urgence, évoqué plus haut. On parle de ressenti, d'un vécu personnel qui pourrait alerter une urgence. Cela s'acquiert probablement avec l'expérience, comme évoqué avant, qui transforme la compétence infirmière d'après P. Benner (1995).

Une autre difficulté abordée par les deux infirmières, ne faisant pas directement référence aux émotions des soignants mais qu'il est cependant intéressant d'explorer, est la notion de désaccord thérapeutique entre deux équipes. En effet, certaines situations peuvent être vécues par les professionnels comme de l'acharnement. Il s'agit d'une situation complexe quand toute l'équipe n'adhère pas au choix thérapeutique. Et peut-être que cela est générateur d'émotions plus importantes pour les soignants lors de la situation d'urgence. Le désaccord du choix thérapeutique n'a pas été abordé dans le cadre théorique comme facteur émotionnel, mais il mériterait d'être approfondi.

Dans une des situations développées par l'IDE 2, il est évoqué un désaccord thérapeutique entre la famille et l'équipe médicale. Dans cette situation ont été illustrés différents comportements qui découlent des émotions ressenties par l'équipe soignante. Certains manifestent l'humour, d'autres la colère, d'autres encore le mutisme. Pour l'infirmière, ces "émotions [...] disent quelque chose d'une situation, c'était intolérable". On peut ainsi penser, par cette situation, que les émotions ressenties et exprimées par le personnel soignant sont une alerte à la prise en soin. Peut-être qu'être attentif aux émotions que l'on ressent permettrait d'échanger, de débattre d'une situation dans un but d'amélioration. Ces émotions peuvent être au service d'une prise en soin améliorée. Elles peuvent conduire à se questionner, à communiquer, dans un but de construction pour soi-même, pour l'équipe et pour le service. C'est une façon de faire évoluer ses compétences qui sont si importantes à la

gestion d'une situation complexe telle que l'urgence vitale. Ces émotions exprimées ont une utilité et permettent de servir par la suite. Elles ne sont pas nécessairement à refouler. Il est possible de penser que les émotions ont une place dans une situation d'urgence vitale. Il s'agit cependant de se demander si elles sont nécessaires.

## **6. L'empreinte émotionnelle**

Si les émotions ne sont pas nécessaires, elles sont inévitables. Le dictionnaire Larousse définit l'émotion comme une "réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation de l'environnement" (s.d.). La stimulation de l'environnement pourrait être la situation d'urgence qui est décrite de nombreuses fois par les infirmières comme facteur de stress. Le terme de "mal à l'aise" est aussi apparu, ainsi que les termes "paralysée", "pression" et "panique". En effet, "les situations d'urgences sont particulièrement soulignées comme facteurs de pression" (K. Chahraoui et al., 2011, p.344).

Le stress est défini par H. Selye (cité par J. Cosnier, 1994) comme une mise en jeu de mécanismes adaptatifs pour faire face à un événement physique ou psychologique. Dans la notion de "faire face", on retrouve le champ lexical proche du "combat", énoncé par les deux infirmières : "opérationnel", "on est dans l'action", "se met en place". Le stress est défini par les auteurs comme permettant "une adaptation permanente à l'environnement [...] primordiale à la survie du vivant" (G. Chaput cité par H. Lefort, 2016, p.16). D'un autre point de vue, "le stress au travail influe négativement sur la santé psychologique et physique des individus" (OMS cité par W.-O. Chakroun, 2013, p.566). Il s'agit de penser que le stress a un impact positif lors de l'action qui permet de s'adapter à la difficulté, mais qui peut aussi avoir des conséquences néfastes pour l'organisme.

Comme détaillé dans le cadre théorique, le stress comporte trois phases dont la première est la phase initiale d'alarme qui se caractérise notamment par une augmentation de la fréquence cardiaque, une modification de la fréquence respiratoire et la libération de noradrénaline et adrénaline (C. Belzung, 2007, p.144). Le terme "adrénaline" a été cité par les deux infirmières au cours des entretiens. Ce qui est ressenti d'un point de vue physiologique comme l'augmentation de la fréquence cardiaque, par exemple, serait une alerte pour reconnaître le stress. Cet avertissement permettrait peut-être de reconnaître que la situation est complexe et, ainsi, d'anticiper "la panique" énoncé par une infirmière. Le stress serait peut-être une alarme qui pousserait le soignant à s'investir davantage dans le soin ou, au contraire, à demander de l'aide, toujours dans le but de prodiguer les meilleurs soins. Cela rejoint ce qui a été dit précédemment sur l'attention portée aux émotions avec du recul, qui peuvent servir la prise en soin.

Outre le facteur de l'urgence, les manifestations comportementales des personnes autour, de

par leur façon de parler, leur attitude stressée parfois, pourraient provoquer des émotions pour les infirmières. En effet, les émotions sont des “réactions organiques observables chez l’homme” (G. Thines et A. Lempereur cités par C. Paillard, 2018, p.165). Ainsi, la perception émotionnelle que l’on a des autres personnes influe sur nos émotions et comportements, d’où l’importance de pratiquer avec un médecin calme et concentré, comme énoncé par l’IDE 2. Les émotions des autres peuvent, en effet, nous déstabiliser en majorant nos propres émotions. Cependant, bien que les manifestations comportementales aient parfois un effet négatif sur les autres, elles permettent un état de soulagement, “de décharge”, “réductrices de tension” (J. Cosnier, 1994, p.104). C’est ce qui est retrouvé dans la première situation d’appel où l’environnement que je percevais autour de moi était serein, je ne ressentais pas d’émotion particulière pour réaliser les compressions thoraciques.

Il n’est probablement pas possible de gérer les manifestations des émotions des autres qui peuvent influencer parfois, mais peut-être qu’il en est autre chose de ses propres émotions, c’est ce qui sera détaillé par la suite.

Quand ont été évoquées les émotions ressenties par les infirmières, il était difficile pour elles de nommer précisément ce qu’elles ressentaient, car elles étaient “focalisées sur le moment”. Cependant, il s’agit d’une notion évidente pour une infirmière puisque “on est tellement humain”. Lors des deux situations d’urgence vécues, j’étais concentrée sur ce que j’avais à faire et je ne réfléchissais pas sur ce que je pouvais ressentir. En effet, dans la première situation, lorsque l’infirmière m’a suggéré de relayer sa collègue, j’y suis allée, sans me poser de question. Notre concentration est orientée sur les soins à effectuer.

Pour G. Thines et A. Lempereur cités par C. Paillard, l’émotion est synonyme “d’affect”, de “sentiment” (2018, p.165). Il s’agit d’une notion difficilement identifiable. Lorsque les infirmières parlent de leurs émotions, elles énoncent plutôt des manifestations comportementales ou des réactions physiologiques, conséquences des émotions ressenties, plus perceptibles peut-être dans l’action. L’émotion est aussi proche de la notion de stress, qui a été citée comme une émotion par les infirmières. Les émotions, provoquées par l’environnement, occasionnent des réactions physiques. Le stress agit quant à lui pour faire face à un événement physique ou psychologique qui est une menace pour l’organisme.

## **7. Les manifestations des émotions**

Les émotions sont difficilement identifiables mais sont observables chez autrui. F. Lelord et C. André cités par C. Paillard parlent de “réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques, cognitives et comportementales” (2018, p.165). Les manifestations physiologiques énoncées par J. Cosnier (1994) peuvent être les tremblements, la transpiration, l’envie d’uriner, la sécheresse de la bouche, les pleurs ou encore les rires. Ce

sont plutôt des manifestations verbales et non-verbales, appartenant aux manifestations comportementales (J. Cosnier, 1994), qui ont été cités lors des entretiens infirmiers. On peut penser que ces manifestations sont plus perceptibles dans une situation où l'attention est portée avant tout sur le soin. Il a été cité la parole principalement, sous le ton de l'humour parfois, ainsi que la colère, l'agitation, l'agressivité, le mutisme, les rires et les regards. On peut également penser que ces manifestations d'émotions sont peut-être plus perceptibles chez les autres que pour nous.

Ainsi, les composantes cognitives et physiologiques n'ont pas du tout été abordées par les infirmières, car probablement peu perceptibles. En tant que future professionnelle il me paraîtra important de reconnaître l'humour qui peut se montrer parfois déplacé, comme une manifestation d'une émotion trop importante à contenir.

### **8. L'impact sur le soignant**

Les émotions peuvent avoir une conséquence sur le soignant, comme évoqué par chaque soignante. Le mot "traumatisant" est énoncé par une infirmière. L'impact que peut avoir une situation d'urgence vitale peut être ainsi traumatisant ; cependant, cela n'est pas toujours le cas. En effet, l'IDE 1 dit ne pas se souvenir de la première situation d'urgence vitale vécue en tant que professionnelle, à son grand étonnement.

Une situation telle que l'urgence peut être traumatisante pour plusieurs raisons. Il s'agit d'un événement soudain et inattendu, comme exprimé par les professionnelles et les auteurs lors de la définition de l'urgence. De plus, le vécu peut être traumatisant aussi lorsqu'il provoque une identification du soignant envers le patient ou ses proches, comme soutenu par M. Petitclerc et al., ce qui est parfois un facteur émotionnel, comme évoqué plus haut. Enfin, ils évoquent que l'expérience professionnelle n'enlève pas aux soignants de ressentir un stress post-traumatique mais permet de prendre un certain recul (2017).

### **9. Des moyens pour gérer les émotions**

Pour faire face à ces éventuels traumatismes, le soignant peut faire preuve d'une gestion des émotions, comme évoqué plus haut. Les résultats laissent à penser que celle-ci est importante pour les infirmières. Elle est, en effet, nécessaire pour l'IDE 1 car les manifestations émotionnelles vont "se répercuter sur tous les soignants". Pour l'IDE 2, il faut "les prendre en compte", "savoir les regarder". Elle se caractérise pour les infirmières par la parole en équipe qui permet, selon elles, d'échanger. Il s'agit d'un temps informel, souvent de leur propre initiative, appelé "débriefting", énoncé plusieurs fois. Ce temps est essentiel mais, dans les situations d'appel, il n'apparaît pas immédiatement après l'urgence. En effet, nous nous sommes occupés des autres patients. C'est seulement à la fin de la matinée que nous avons échangé en équipe sur la situation vécue le matin, de manière informelle. C'était, sans

doutes, une façon de “décharger” ce vécu qui a été dramatique pour la seconde situation. Ce temps est facilité par la confiance qui se trouve au sein de l'équipe. Les auteurs évoquent aussi ce temps de parole qui permet d'intellectualiser ce qui s'est déroulé. M. Petitclerc et les autres auteurs (2017) font la différence entre le “débriefing psychologique” et le “défusing”. Ce dernier se compare au “débriefing” décrit par les deux infirmières qui est défini par les auteurs comme un temps pour “verbaliser librement son expérience vécue” (p.61). En tant que jeune diplômée, il serait important de faire vivre le dialogue au sein d'une équipe d'un service. En effet, l'équipe, bien qu'elle soit nécessaire pour la prise en soin du patient dans sa globalité, permet aussi d'échanger et ainsi de vivre le partage et la réflexion sur ses pratiques, dans un but d'évolution commune.

En correspondance avec ce qui a été évoqué lors des compétences infirmières, parfaire ses connaissances pourrait être aussi un moyen de gérer les émotions, en étant ancré dans ses compétences et ainsi être moins déstabilisé.

### **10. Les mécanismes de défense**

Une façon inconsciente de gérer ses émotions sont les mécanismes de défense, définis par J. Cosnier comme “des opérations mises en œuvre par le Moi pour se protéger des expériences affectives incompatibles avec des exigences du Surmoi et qui risqueraient de provoquer des affects pénibles” (1994, p.101). L'IDE 1 les définit par : “faire la part des choses” ou “quand on veut se protéger”. Comme il a été vu plus tôt, la situation d'urgence vitale peut provoquer des émotions importantes et peut parfois être traumatisante pour les soignants. L'humain se protège ainsi inconsciemment de situations complexes. Ces mécanismes ont principalement été illustrés par les infirmières avec l'humour pour “dédramatiser la situation” (IDE 2). Il est reconnu ici le mécanisme de l'isolation décrit par J. Cosnier (1994) où l'affect est détourné par le moyen de l'humour, de la dérision ou de l'intellectualisation. Plusieurs autres mécanismes de défense sont détaillés par les auteurs mais non énoncés par les professionnelles.

### **11. La dimension de l'équipe comme ressource**

Enfin, l'équipe est un élément ressource qui a été de nombreuses fois cité par les infirmières et qui a été évoqué juste avant. Elle a en effet un impact positif au moment de l'urgence. Outre le fait d'être indispensable à la gestion d'une urgence et de donner une structure à la prise en soin, elle permet une confiance d'après les témoignages des infirmières, notamment lors de la présence de collègues connus. Les gestes à mettre en place sont ainsi plus facilement coordonnés. En effet, une infirmière évoque l'importance de connaître ses collègues : “plus besoin de tout se dire” et cela permet de passer le relais. Une fois la situation d'urgence passée, elle permet de dialoguer, comme vu précédemment, dans un but d'amélioration, de rassurer et de comprendre la situation, comme énoncé dans les résultats.

Les auteurs évoquent aussi la dimension de l'équipe à travers les émotions. Les émotions ayant une fonction de signal par les manifestations verbales et non verbales (R. Dantzer, 2002, p.12), l'équipe permet peut-être de repérer ces émotions, de les percevoir et ainsi d'ajuster son comportement lors d'une urgence. En effet, lors de la seconde situation d'appel décrite, plusieurs infirmiers se sont proposés pour relayer l'infirmier de nuit qui s'était engagé avec détermination dans les compressions thoraciques. Peut-être percevaient-ils des émotions qui influençaient la prise en soin de ce patient.

Cette réflexion mène à penser que les émotions ont différentes fonctions. Elles sont peut-être une alerte à la prise en soin. Lorsque l'on porte une attention sur celles-ci, elles permettent le débat d'une situation de soin dans une démarche réflexive et d'analyse critique. Ceci avec un but d'évolution et au bénéfice d'un professionnalisme.

Ces émotions sont positives comme négatives, facteur de motivation comme paralysantes ou traumatisantes ; dans tous les cas inévitables. Plusieurs facteurs émotionnels relevés sont à prendre en compte : l'attache personnelle au patient, le désaccord thérapeutique ou encore les manifestations comportementales autour.

L'émotion est une donnée difficile à définir quand elle est caractérisée par un affect ou un sentiment par les auteurs ou encore par des manifestations comportementales ou des réactions physiologiques par les professionnelles. Il s'agit aussi d'une notion proche de celle du stress. Cette difficulté à définir les émotions pourrait être une limite et un ajustement à prendre en compte dans un futur travail. Il serait important de préciser le terme d'émotions.

De plus, par cette réflexion, il est relevé que l'urgence vitale est souvent imprévue et rapide, mais que l'expérience et la connaissance permettent parfois d'anticiper une urgence. Cette dernière nécessite ainsi des compétences et des soins qui permettent, indirectement parfois, avec l'ordre et les protocoles que cela demande, de ne pas laisser place aux émotions ressenties ou, du moins, les maîtriser. Cependant, cette théorie n'est pas figée puisque la pratique ordonnée et articulée autour des compétences lors d'une urgence peut aussi permettre de laisser place aux émotions qui influent sur les comportements.

Il s'agirait de reprendre et approfondir d'avantage la place et l'utilité que peuvent avoir ces émotions qui sont inévitables, notamment dans la construction des compétences infirmières. Ces compétences qui se construisent en partie grâce à l'expérience de chacun.

La question de départ pourrait ainsi évoluer vers la question de recherche suivante : **En quoi l'expérience émotionnelle des situations de soins de l'infirmière participant à appréhender les situations à risque ?**

## Conclusion

Par ce travail de recherche j'ai pu approfondir un sujet qui me plaît et m'interpelle : les émotions dans l'urgence. J'ai souhaité comprendre l'impact que peuvent avoir les émotions des soignants dans le prendre soin du patient dans le cadre d'une urgence vitale.

Ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers a permis de faire émerger une question de départ à partir de deux situations d'appel qui m'ont interpellée. Après m'être demandée si l'implication des soignants dans le prendre soin était liée aux émotions qu'ils ressentaient, je me suis posée la question de savoir quelle était la place de ces émotions dans une situation d'urgence. Je me suis demandée aussi ce qui les provoque, comment elles se manifestent, quels sont les mécanismes utilisés par les soignants pour les gérer ainsi que l'impact qu'elles ont sur eux. J'ai ensuite cherché des éléments de réponse auprès des auteurs et des professionnelles pour lesquelles les profils et les parcours sont différents.

Par les recherches du cadre théorique j'ai pu définir et expliciter les notions faisant référence à ma question de départ. De par les entretiens infirmiers menés auprès des professionnelles de terrain, j'ai approfondi le vécu des situations d'urgences, les émotions ressenties et leurs différentes manifestations. J'ai également pu percevoir les différentes fonctions que pouvaient avoir les émotions qui sont complexes, subjectives et difficiles à saisir sur le moment de l'urgence et les différentes façons de les gérer.

Avec ces propos éclairés par les pensées des auteurs, j'ai pu discuter l'impact des émotions sur la prise en soin des patients et sur l'équipe. J'ai pris conscience de l'importance de l'expérience et des compétences infirmières dans la gestion de l'urgence et des émotions. J'ai aussi réalisé que s'intéresser aux facteurs émotionnels était important pour adapter la prise en soin.

Grâce à ce travail de recherche, les émotions, que je pensais être un frein à la prise en soin, m'apparaissent importantes, de par leurs fonctions de signal et de motivation vers l'action. Au-delà de l'exercice infirmier, ce travail sera utile dans ma vie professionnelle future pour gérer toute situation complexe source d'émotions.

Par ce travail, je réalise l'importance de la collaboration en équipe dans la gestion de l'émotion durant l'urgence, mais aussi par le travail de réflexion qu'elle permet par la suite. Je saisis l'utilité de faire vivre le dialogue au sein d'une future équipe en s'appuyant sur l'expérience de chacun.

Ces recherches me seront utiles puisque je serai susceptible d'être confrontée à une situation d'urgence mettant en jeu le pronostic vital du patient durant l'exercice infirmier. Il s'agit en effet d'une situation non spécifique à un service. De plus, il sera possible que je sois confrontée à des urgences moins sévères mais tout aussi fortes émotionnellement.

Au-delà de l'urgence qui provoque des émotions fortes, je rencontrerai dans ma pratique à venir des situations qui seront source de stress et d'émotions. Travailler ainsi sur la gestion des émotions me paraît également avoir été important pour mon futur exercice, j'en ressors enrichie.

Au regard de mon cheminement, j'irai approfondir la notion d'expérience émotionnelle des situations de soins de l'infirmière, participant ainsi à mieux appréhender les situations à risque pour le patient.

# Bibliographie

## Ouvrages

Belzung, C. (2007). *Biologie des émotions*. Bruxelles : De Boeck.

Benner, P. (1995). *De novice à expert - Excellence en soins infirmiers*. Paris : InterEditions.

Cosnier, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : Retz.

Dantzer, R. (2002). *Les émotions* (3è éd.). Paris : Presses Universitaires de France (PUF).

Dupuis, M., Gueibe, R. et Hesbeen, W. (2019). *Éthique de l'encadrement de proximité dans le secteur de la santé : outils de repères pour une organisation juste et des soins de qualité*. Paris : Seli Arslan.

Manoukian, A. et Massebeuf, A. (2001). *La relation soignant-soigné* (2è éd.).  
Rueil-Malmaison : Lamarre.

Paillard, C. (2018). *Émotion* Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (4è éd., p.165). Noisy-le-Grand : SETES.

Paillard, C. (2018). *Soin* Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (4è éd., p.397).  
Noisy-le-Grand : SETES.

Paillard, C. (2018). *Urgence-s* Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (4è éd., p.451). Noisy-le-Grand : SETES.

## Articles de périodiques

Chahraoui, K., Bioy, A., Cras, E., Gilles, F., Laurent, A., Valache, B. et Quenot, J.-P. (2011).  
Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative.  
*Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 30 (4), 342-348.

Chakroun, W.-O., Rejeb, I., Kammoun, L., Nasri, A., Ghnainia, T., Chaari, A.... Rekik, N.  
(2013). Évaluation du stress chez le personnel des urgences : enquête dans un service

d'urgences tunisien. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 32 (9), 565-571.

Gautier, A. (2016). Compétence émotionnelle et implication des soignants. *Objectif Soins*, 248, 27-31.

Godet, M. et Lenclud, C. (2011). L'infirmière face à un arrêt cardiaque à l'hôpital. *La revue de l'infirmière*, 174, 47-48.

Hugenschmitt, D., Allonneau, A., Cesareo, E., Gueugniaud, P.-Y. et Lefort, H. (2017). Réflexions autour du décès en préhospitalier. *Soins*, 821, 21-26.

Lefort, H. (2016). L'urgence, l'infirmier et le patient. *La revue de l'infirmière*, 225, 16-17.

Mazon, C. et Kerrou, Y. (2017). Évaluation des pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque. *Soins*, 821, 16-20.

Petitclerc, M., Trouvé, J., Marcoz, C., Tourtier, J.-P. et Lefort, H. (2017). Retentissement psychologique d'une situation d'exception sur les personnels soignants. *Soins*, 821, 61-62.

## **Textes législatifs**

Annexe II Diplôme d'Etat d'infirmier - Référentiel de compétences. (2009). Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville - Ministère de la Santé et des Sports, 15 août. Repéré à [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf)

Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence. (2020). 18 avril. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030084493>

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier. (2020). 18 avril. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

Article R4311-14. (2020). Code de la santé publique, 18 avril. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. (2016). JORF n°0276, 27 novembre. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479578&categorieLien=id>

Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. (2012). JORF n°0001, 1 janvier. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062401&fastPos=1&fastReqId=1383930819&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

## **Sites internet**

Émotion. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9motion/28829?q=%c3%a9motion#28701>

Haute Autorité de Santé (HAS). (2019). Démarche et Méthodes de DPC. Repéré à [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3019317/en/demarche-et-methodes-de-dpc](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/en/demarche-et-methodes-de-dpc)

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. (2004). Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières. Repéré à [https://www.sfm.org/upload/consensus/ce\\_uvih\\_court.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/ce_uvih_court.pdf)

Société Française de Médecine et d'Urgence et Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Société de Réanimation de Langue Française, Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire, Club des Anesthésistes-Réanimateurs et Urgences Militaires. (2015). Protocoles infirmiers de soins d'urgence. Repéré à <https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/pisu2015.pdf>

Soin. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236?q=soin#72406>

Urgence. (2020). Dans *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. Repéré à <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=urgence+vitale>

Urgence. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704?q=urgence#79758>

## **Annexes**

Annexe I : Première situation d'appel

Annexe II : Seconde situation d'appel

Annexe III : Guide d'entretien

Annexe IV : Premier entretien infirmier

Annexe V : Second entretien infirmier

Annexe VI : Tableau d'analyse des entretiens

## **Annexe I : Première situation d'appel**

La situation se déroule en stage en unité de soins intensifs de cardiologie.

Il est 7h du matin et nous terminons les transmissions entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour du secteur dont je fais partie. Dans le service, les patients sont sous haute surveillance en chambre seule. Ils sont scopés et suivis à l'aide d'électrodes qui retranscrivent les paramètres vitaux du patient. Ceux-ci sont visibles sur des ordinateurs situés au poste infirmier, à l'extérieur des chambres. En cas de trouble du rythme, le scope déclenche une alarme visuelle et sonore.

Ce matin-là, une alarme se déclenche, il s'agit d'une urgence vitale. Un patient fait un arrêt cardio-respiratoire. Il ne fait pas partie de mon secteur de prise en soin.

Les actions vont très vite, il y a beaucoup de soignants autour du patient. Chacun s'active à réaliser un soin. Une infirmière se précipite vers un des deux défibrillateurs du service et l'amène dans la chambre tandis qu'une aide-soignante effectue des compressions thoraciques. Le chariot d'urgence a également été amené proche de la chambre. Le médecin arrive et donne ses instructions.

A un moment donné, une infirmière me suggère de relayer sa collègue et de réaliser des compressions thoraciques. Durant l'action, je suis concentrée sur le massage cardiaque en lui-même. Je ne me sens pas angoissée car je sais qu'il y a du monde autour pour m'aider si besoin. Je ne ressens pas d'émotion particulière, je me sens très concentrée sur ce que j'ai à faire. J'évite de regarder le patient pour ne pas provoquer d'émotions.

Au bout de quelques minutes de réanimation, le rythme cardiaque redevient sinusal. Chacun retourne à ses soins pour prendre en charge les patients le reste de la matinée.

## **Annexe II : Seconde situation d'appel**

La seconde situation se déroule en stage en unité de soins intensifs de cardiologie.

Il est proche de 7h du matin, nous terminons les transmissions soignantes entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour à laquelle je fais partie.

Une alarme sonore et visuelle se déclenche au niveau du poste infirmier. Un infirmier se précipite dans la chambre du patient. J'arrive rapidement, dans une atmosphère très pressée du fait de l'urgence vitale : il s'agit d'un arrêt cardio-respiratoire. Je ne connais pas le patient, ne faisant pas partie du même secteur de soin.

Je me propose directement de relayer le collègue afin d'effectuer les compressions thoraciques. Je suis ensuite relayée par l'infirmier qui l'a pris en charge toute la nuit. J'observe une détermination dans ses gestes : il a un rythme très rapide. Il se dit démuné de ne pas avoir vu des signes dans la nuit. D'autres collègues lui proposent de le remplacer, ayant ses heures de travail derrière lui.

En apprenant l'âge du patient (56 ans), je ressens de l'étonnement tout d'abord car c'est un patient jeune et les thérapeutiques mises en place dans le service sont généralement efficaces. Puis je ressens de la tristesse et de l'impuissance lorsque le médecin dit vouloir arrêter la réanimation.

La plupart de l'équipe sort de la chambre et semble étonnée du décès brutal du patient d'après les courts échanges puis elle reprend les activités auprès des patients.

## **Annexe III : Guide d'entretien**

Bonjour, je m'appelle Marie Crevier. Je suis étudiante en troisième année à l'IFSI du CHU de Pontchaillou. Je vous remercie d'avoir répondu positivement à cette demande d'entretien, et de m'accorder de votre temps. Dans le cadre du Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, portant sur les émotions des soignants en situation d'urgence vitale, je réalise cet entretien. Je garantis la confidentialité et l'anonymat des propos qui seront échangés. Êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

### ➤ **Connaître le profil des personnes interrogées**

Pouvez-vous vous présenter ? (Quel est votre parcours professionnel ? Où avez-vous exercé ?)

### ➤ **Déterminer la place des émotions du soignant dans une situation d'urgence**

Comment définiriez-vous l'urgence vitale ?

Avez-vous déjà rencontré une situation d'urgence vitale qui vous a marquée ? (Pouvez-vous me la décrire ? Avez-vous ressenti des émotions particulières ?)

**Ou**

Pensez-vous que vous pourriez ressentir des émotions particulières dans un contexte d'urgence vitale ? / Avez-vous déjà ressenti des émotions particulières en situation d'urgence vitale ?

### ➤ **Comprendre les mécanismes mis en place par le soignant pour gérer ses émotions lors d'une situation d'urgence vitale**

Avez-vous déjà eu le sentiment d'être en difficulté face à une situation d'urgence ? Pourquoi ? Par quel(s) moyen(s) gérez-vous/pourriez-vous gérer vos émotions dans les soins, notamment pendant une urgence vitale ?

Que faites-vous à la suite d'une situation d'urgence, lorsque celle-ci est stabilisée/terminée ? (Ressez-vous des émotions après la situation ?)

Est-ce que le terme de "mécanismes de défense" vous parle ?

### ➤ **Identifier l'impact de la situation d'urgence et des émotions sur le soignant et les facteurs permettant de gérer les émotions du soignant**

De quelle(s) manière(s) se manifestent les émotions d'après vous ?

Pensez-vous que les émotions ont un impact quelconque sur le soignant ?

Pensez-vous que les émotions peuvent influencer de quelque manière une prise en soin d'une situation d'urgence ? (Pensez-vous qu'elles peuvent être un frein ou un moteur au contraire ?)

Ont-elles un impact sur votre santé en tant que soignant d'après vous ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Je vous remercie de m'avoir consacré du temps pour répondre aux questions. Je vous confirme l'anonymat et la confidentialité de nos échanges.

#### **Annexe IV : Premier entretien infirmier**

(Marie) : Bonjour je m'appelle Marie Crevier, je suis étudiante en troisième année à l'IFSI du CHU de Pontchaillou, et je vous remercie d'avoir répondu positivement à cette demande d'entretien et de m'accorder de votre temps. Dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers portant sur les émotions des soignants en situation d'urgence vitale, je réalise cet entretien, et je garantis la confidentialité et l'anonymat des propos qui seront échangés. Est-ce que vous êtes d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

(Infirmière) : Oui.

(M) : Très bien. Donc pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter et dire un peu votre parcours professionnel, où est-ce que vous avez exercé... ?

(IDE) : Alors j'ai fait mes études à Lille, parce que je voulais être infirmière et que faire des kilomètres ça me faisait pas peur... et dès que j'ai été diplômée je suis venue ici. Ça fait seize ans maintenant que je travaille. J'ai fait d'abord cinq ans dans le service de remplacement. C'est un choix parce qu'en fait mon but c'était les urgences ou la réa, il n'y avait pas de place et en intégrant le pool ça me permettait d'y aller de temps en temps, de faire ma place et puis de découvrir le reste de l'établissement que je ne connaissais pas. Et puis parce que je trouve qu'on apprend plein de choses en allant dans des services différents. Après j'ai fait cinq ans dans le service des urgences médico-chirurgicales adultes et depuis six ans maintenant je travaille aux soins intensifs.

(M) : D'accord, très bien. Comment est-ce que vous définiriez l'urgence vitale avec vos propres mots ?

(IDE) : Ah l'urgence vitale. Et bien c'est une situation imprévue ou pas, des fois on peut penser quand même que ça va se dégrader et s'y attendre. Et ce qui est vital c'est que tout va dépendre des soins qu'on exerce à un moment... un moment T. Il faut être opérationnel à ce moment-là. Sinon ça passe ou ça casse.

(M) : D'accord, très bien. Est-ce que durant votre carrière vous avez déjà rencontré une situation d'urgence vitale qui vous a marqué ? Et si oui est-ce que vous pouvez me la décrire et est-ce que vous avez ressenti des émotions particulières durant cette urgence-là ?

(IDE) : Alors j'ai ressenti plein... fin j'ai eu plusieurs situations d'urgence vitale. C'est marrant parce que là je suis en train de me dire la première, je devrais m'en rappeler de la toute première. Et bien non. C'est quand même quelque chose. Mais en fait, je pense que je ne m'en rappelle pas réellement parce que j'ai toujours été dans des services où il y avait du personnel en nombre, au service d'urgence... et du coup quand on a une situation comme ça et qu'on est débutant, souvent les collègues viennent facilement nous aider. Et comme en général on échange beaucoup entre collègues, je pense que c'est pour ça peut-être que je ne m'en rappelle plus maintenant parce que... soit ça s'était bien passé soit on avait bien débriefé après. Mais en tout cas je n'ai pas été traumatisée en tout cas, fin plus maintenant. Par contre la dernière situation d'urgence dont je me rappelle c'est celle que j'ai vécue ce matin. Là ça me parle surtout que je m'y attendais pas vraiment.

(M) : D'accord.

(IDE) : Donc ça s'est dégradé là d'un coup je n'imaginai pas du tout ça... pas tout de suite en tout cas.

(M) : Ce n'était pas attendu.

(IDE) : Donc là ça m'a fait bizarre parce que je n'avais pas anticipé.

(M) : D'accord. Vous pensez qu'une situation d'urgence ça peut s'anticiper ?

(IDE) : Oui ça dépend du motif d'entrée... Alors ça dépend du service dans lequel on travaille. Quand on travaille dans un service je me dis d'ophtalmologie ou truc comme ça, bon, oui il peut y avoir des urgences au niveau oculaire parce que oui perdre la vue des choses comme ça, ça peut être grave mais au niveau vital, je pense que ça peut arriver mais je ne pense pas que ce soit la majorité des cas. Maintenant quand on travaille dans un service d'urgence ou dans un service de soins intensifs comme nous, on sait que ça peut arriver fréquemment. Et donc selon pourquoi le patient est là et bien on imagine. Mais là la situation fait que le patient était... comment dire... il était stable depuis plusieurs jours et oui je ne m'étais pas dit que ça arriverait là.

(M) : Pour ce patient-là.

(IDE) : Souvent on parle du ressenti. On dit : ah le patient là je le sens moins bien. Si on l'a vu plusieurs jours on voit une petite dégradation des fois on ne sait pas l'expliquer. On sent que ça ne va pas aller. Et lui je n'avais pas du tout senti en fait.

(M) : D'accord. Et est-ce que du coup pour cette situation vous avez ressenti des émotions particulières ?

(IDE) : Alors c'est un peu la stupéfaction, l'étonnement. Je ne sais pas comment dire... le fait que je n'avais pas prévu que ça se passe comme ça. Les émotions après... oui ça m'a fait mal au cœur. Je ne sais pas si ça se dit mais, par rapport au patient en fait et par rapport à la famille qui n'est pas encore bien alertée de l'issue...

(M) : Des conséquences que cela peut avoir ?

(IDE) : Oui, oui. J'ai pensé à la famille.

(M) : D'accord. Et c'était un patient que vous preniez en charge depuis combien de temps ?

(IDE) : Ce matin. Donc je n'ai pas eu le temps de m'attacher, la famille je la connais pas. C'est vrai que du coup c'est plus impersonnel que quand on les prend en charge depuis déjà une semaine, deux semaines, trois semaines, qu'on voit régulièrement la femme, les enfants, etc. Là j'ai pas encore cette attache mais j'ai quand même pensé à eux. Dans la situation.

(M) : D'accord. Et dans le cas d'un patient qu'on pourrait prendre en charge pendant plusieurs jours et qu'on commencerait à connaître, est-ce que vous pensez que vous pouvez ressentir des émotions différentes ou que la façon dont vous allez en prendre soin durant une situation d'urgence vitale va être différente ?

(IDE) : Alors je pense aussi que ce qui est important c'est comment nous on s'identifie par rapport au patient. C'est-à-dire que quand un patient a l'âge par exemple de notre conjoint ou notre âge ou celui de nos parents eh bien voilà. Et en fait ce matin je sais pourquoi j'ai pensé à sa famille, que je ne connais pas : dans la chambre il y avait des dessins, ses petits-enfants avec son camping-car etc et c'était écrit : bon rétablissement papy. Du coup quand j'ai eu la situation d'urgence, la première chose que j'ai pensé c'est aux petits-enfants et au camping-car en disant bah... ils ne sont pas près de retourner faire du camping et peut être qu'ils en feront plus jamais quoi.

(M) : D'accord. Donc une pensée un peu pour la famille et les petits-enfants et le statut de papy que peut avoir ce patient.

(IDE) : C'est ça ! Donc en fait je pense que la situation par rapport à l'affectif, il y a plusieurs choses, soit l'affectif joue par rapport au patient, comment est-ce qu'on l'identifie par rapport à nous. Est-ce qu'on le connaît ou pas, est-ce qu'on connaît la famille, ça rentre en ligne de compte aussi. Et je pense après dans une situation d'urgence, il y a d'autres choses qui jouent en compte notamment par rapport aux relations qu'on a avec l'équipe médicale et notre équipe aussi. Mais je pense à l'équipe médicale, quand on a un médecin qu'on connaît bien comme moi ce matin, ça coulait quoi, il me disait tu fais si tu fais ça, je faisais il n'y avait pas de stress. Parfois quand c'est avec des médecins de garde qu'on connaît moins, on est moins à l'aise parce que peut être que le médecin est moins à l'aise aussi. Là il y a tout un niveau des interactions c'est... ça peut être très différent selon bah oui la personne qui nous dit ce qu'on a à faire. Et aussi en fonction de nos collègues quand on est avec un aide-soignant qui est habitué etc., qui connaît c'est pareil, il y a un moment on n'a même plus besoin de se parler. On sait qui va faire quoi. Pareil avec nos collègues infirmiers parce que souvent quand on a une situation d'urgence, tout le monde rapplique.

(M) : Il y a beaucoup de monde et...

(IDE) : C'est ça. Moi j'ai été formée aux urgences générales et aux urgences générales on nous apprend que quand il y a une situation d'urgence il y a l'infirmière, l'aide-soignante et le médecin. Comme au déchoquage par exemple. Là c'est clair, tout le monde sait ce qu'il a à faire. Ici le problème c'est que dès qu'il y a une situation d'urgence tout le monde rapplique. Alors quand on débute, qu'on n'est pas à l'aise et tout c'est rassurant, bien que des fois on a l'impression d'être mis un peu de côté parce que les autres font du coup pour nous. Quand elles arrivent dans le service les filles des fois elles disent : je trouve pas ma place. Ben oui parce que... il y a des jeunes... on sait déjà ce qu'on a à faire presque avant de le faire.

(M) : Vous avez l'habitude.

(IDE) : Voilà ! Et bien moi ça fait un moment que je suis là maintenant donc oui je fais mais là par exemple ce matin j'étais avec une aide-soignante qui est là depuis peu de temps, qui n'avait pas eu de situation d'urgence. J'ai bien senti qu'elle par contre elle était pas à l'aise. Elle me disait : tu me dis Anne (prénom d'emprunt) si je peux faire quelque chose. Je voyais bien qu'elle... elle était moins... Et je pense que demain on va en reparler toutes les deux...

parce que du coup oui j'ai senti que c'était un peu la panique sans être la catastrophe. Bon on a fait pour elle quoi.

(M) : D'accord, et du coup tu parles d'en parler avec elle demain, est-ce que des fois vous avez des temps pour en parler après ou c'est informel ?

(IDE) : C'est informel. Il n'y a pas de temps prévu pour, mais on est une équipe où la communication est plutôt facile entre nous. On sait qu'on peut se confier. Il y a des personnes avec qui ça passe moins bien que d'autres comme partout. Dans ces cas-là on a d'autres collègues avec qui ça le fait beaucoup plus, où les relations sont plus fluides. Du coup je pense que tout le monde trouve quelqu'un pour parler quand ça va pas. Bon là ce matin la situation s'est bien passée il n'y a pas eu de... Parce que des fois on peut être en désaccord dans une situation. Par exemple quand il y a une situation d'urgence, que le médecin va nous dire on continue, faites ci, faites ça, faites ça, que ça dure, ça dure ça dure et que nous... des fois on a du mal à comprendre pourquoi il y a de l'acharnement par exemple. Donc là c'est encore autre chose. Là ça s'est fait, fin on était tous dans le même... dans la même idée avec la même attente que le patient il ne souffre pas. Donc ça s'est fait bien.

(M) : Il y avait une certaine cohésion, vous étiez en accord...

(IDE) : Voilà.

(M) D'accord. Tu m'en as parlé un petit peu mais est-ce que vous avez déjà eu le sentiment d'être en difficulté face à une situation d'urgence ?

(IDE) : Oui.

(M) : Et pourquoi... ?

(IDE) : Alors en général quand il y a des difficultés c'est que par exemple le dossier complexe et qu'on n'est pas... Il peut arriver qu'il y ait des désaccords entre le devenir que souhaite l'équipe médicale avec l'équipe infirmière. Donc là du coup... Dans des situations plus d'acharnement que nous on peut vivre comme de l'acharnement, cela peut être difficile, ça peut être difficile quand au... bah quand au niveau médical et... fin oui je pense à des situations que j'ai déjà eues... où le médecin on sent qu'il est en stress. Comme lui il est pas à l'aise, il nous parle sèchement. Donc imaginons qu'il faille reperfusionner à toute vitesse le patient parce que voilà... bah nous on est déjà stressé parce qu'on sait qu'il faut qu'on y arrive à ce

moment-là il n'y a pas de temps on ne peut rien faire tant que le patient n'est pas perfusé. Si on sent que le médecin s'impatiente, va être là bon on nous répète trois fois : il faut le perfuser, il faut le perfuser, faut passer ci faut passer ça, on peut vite perdre nos moyens. Et pourtant on est deux en même temps en train d'essayer... ça peut nous mettre mal à l'aise. Quand on sent qu'on peut rien faire tant que nous on a pas fait notre soin et que tout le monde nous regarde là, il y a je sais pas combien de yeux... Voilà. Est-ce qu'il y a d'autres choses, j'essaie de réfléchir... J'essaie de réfléchir, mais quand le médecin est pas là. Qu'on essaye d'appeler, d'appeler, d'appeler, ça répond pas, ça répond bah là on appelle un autre médecin. Voilà... voilà quand la situation est vraiment urgente... Dès qu'il y a quelque chose qui se passe pas comme c'est prévu dans les situations d'urgence, c'est vrai que tout de suite ça nous déstabilise beaucoup plus. Parce qu'on a un numéro à faire, on le fait, si ça répond pas bah tout de suite on est plus... Bon bah on va faire tel numéro mais ça ne va pas venir aussi spontanément que si c'était pas une situation d'urgence. Là on nous répond bah spontanément on va faire un autre numéro mais là on est tellement en mode... Parce qu'on a quand même des automatismes. Du coup dès que ça fonctionne pas exactement comme c'est prévu bah tout de suite on est plus...

(M) : Déstabilisé peut-être ?

(IDE) : Oui c'est ça. On est déstabilisés. On est moins dans la réflexion parce qu'on veut tellement faire vite tellement faire bien. Du coup des fois peut être qu'on... peut-être qu'on fait des choses qui... qui ne sont pas les plus logiques entre guillemets mais à l'instant T avec la pression, le stress on peut ne pas... comment dire ça... ne pas... agir de façon optimale. Des fois on est peut-être trop dans la précipitation. Plus que dans la...

(M) : L'efficacité...

(IDE) : C'est ça, comment dire. Il ne faut pas confondre vitesse et précipitation comme on dit des fois. A trop vouloir bien faire les choses des fois on réfléchit plus simplement quoi, parce qu'on est dans l'action...

(M) : D'accord, et du coup vous m'avez parlé un peu de communiquer avec les aides-soignants, le médecin aussi, la façon dont il parle, la communication, ça vous semble important ?

(IDE) : C'est primordial. Moi franchement quand j'ai une situation d'urgence, si je vois le médecin, selon le médecin qui va arriver je ne vais pas dire que je sais comment ça va se

passer ou pas. Mais voilà quand c'est quelqu'un qu'on connaît et qu'on sait que ça va rouler bah tout de suite les choses se déroulent pas pareil.

(M) : D'accord et il y a la communication verbale...

(IDE) : Et non verbale oui évidemment.

(M) : Est-ce que ça a un impact aussi sur la façon dont vous allez agir après, voir certaines réactions chez des soignants... ?

(IDE) : Je pense qu'en fait dans les situations d'urgence tout est un peu exacerbé. Donc si on voit par exemple je ne sais pas, quelqu'un qui lève les yeux au ciel ou des choses toutes simples, et bien si nous on n'est pas très à l'aise à ce moment-là ou qu'on n'est pas... Et bien tout de suite ça va nous atteindre plus. C'est comme quand on parle, on peut dire une même phrase, selon le ton qu'on emploie, on ne va pas le vivre pareil. Là c'est pareil et c'est encore plus exacerbé avec le fait d'être dans la situation d'urgence. Parce que c'est quelque chose qu'on ne maîtrise jamais totalement même quand ça fait des années qu'on travaille, une situation d'urgence bah tout le monde a sa petite dose d'adrénaline. Même si on aime ça voilà, on sait jamais comment ça va se finir.

(M) : Et quel(s) type(s) d'émotions vous ressentez en situation d'urgence vitale ? Après ça dépend des situations j'imagine...

(IDE) : Alors en fait c'est bizarre parce que sur le moment présent je pense qu'on a pas, je vais pas dire que je n'ai pas d'émotions mais... comment dire ça. En fait c'est surtout après qu'on réfléchit. Oui parce que sur le moment on n'a pas le temps... Alors oui selon comment on nous aura parlé machin on va retenir ça dans notre tête mais sur le coup on est focalisé vraiment sur le patient, de faire les choses bien etc.. S'il y a des choses qui nous ont pas plu qu'on était pas d'accord on le fait quand même parce qu'on est programmé pour ça. Et c'est après par contre qu'on va se dire alors... on débriefe. Qu'est ce qui s'est passé. Parce que je pense que tous on débriefe quand même. Soit on débriefe avec des collègues, soit par exemple moi quand je vais rentrer chez moi ce soir je sais très bien que dans ma voiture, j'ai un petit peu de route, c'est sûr que je vais y penser. Je vais me redire : ça s'est passé comme ça, j'ai appelé là machin. Je pense que tout le monde le fait mais on le fait pas sur le moment présent. Parce qu'on est tous là... pas comme des robots mais on a quand même des automatismes et il y a des choses voilà c'est après qu'on peut... qu'on peut vraiment y réfléchir et améliorer les choses pour que la fois d'après ça se passe mieux.

(M) : Donc finalement les émotions peuvent peut-être plus venir après coup ?

(IDE) : Ouais. C'est pas pile au moment où ça se passe c'est plus après quand c'est un petit peu, ça y est, la situation et l'urgence absolue on va dire elle est passée maintenant bon faut surveiller pour... parce qu'on sait que pendant quelques temps ça peut se re-dégrader etc. Mais à ce moment-là déjà on commence à souffler et à se remettre : il y a eu ci, il y a eu ça. Et puis souvent quand on fait les transmissions avec nos collègues l'après-midi ou le soir voilà on leur raconte un petit peu comment on a vécu les choses.

(M) : Donc l'importance quand même de parler après. Ou alors d'y réfléchir seul mais d'y repenser, de se reprojeter sur ce qui a été vécu.

(IDE) : Je pense que ça fait partie de notre travail parce que bon tout le monde, dans une situation d'urgence tout le monde fait de son mieux. Il y a des gens qui vont réagir mieux que d'autres. Parce qu'il y a des gens qui perdent leurs moyens. Soit parce qu'ils débutent par exemple. C'est une des premières fois bah je ne sais pas encore trop comment il faut faire. Soit parce que ce jour-là ils ont déjà des problèmes perso je sais pas ce jour-là bah ils sont pas à fond dans le travail parce qu'ils sont fatigués ou parce que le patient là, bah tout de suite ils sont plus attachés à ce patient et du coup ils vont perdre plus leurs moyens. Voilà mais je pense que quelle que soit la façon dont on a réagi dans tous les cas à distance il faut se dire : bon où est-ce que j'ai été efficace, parce qu'on fait quand même toujours des choses bien. Et où est-ce que bon j'étais peut-être pas... comment dire... optimal, et où est-ce que je pourrais m'améliorer pour la fois d'après. Je pense que tout le monde fait un peu ça chez soi.

(M) : D'accord. Est-ce que le terme de mécanisme de défense ça vous parle ou pas spécialement ?

(IDE) : Ah quand on veut se protéger parce que sinon on rentrerait tous chez nous en pleurant... (rires)

(M) : Ça peut être ça.

(IDE) : Je pense que quand on est infirmier, quel que soit le travail, quel que soit le service dans lequel on est, il faut qu'on se protège. Moi j'ai toujours dit que je suis là pour m'occuper de mes patients mais avant tout il faut que je prenne soin de moi aussi. Si moi je ne suis pas bien, je ne peux pas bien m'occuper des gens. Après on est obligé de se protéger parce que sinon... on amènerait comme ça tout le temps des choses négatives parce que ça se passe

bien pour la plupart de nos patients, mais il y a quand même des choses pas... pas drôles et du coup si on se protégeait pas on finirait tous en burn-out. Voilà. Je me dis pour des gens qu'ont pas de famille ou voilà qui vivent seuls et bah s'ils en parlent pas au boulot en plus ils rentrent chez eux tout seul comme ça ils ont pas... C'est pas facile mais je pense qu'on est obligé de se protéger parce que sinon un jour ou l'autre ça va déborder quoi.

(M) : Il y a un trop plein.

(IDE) : Ouais mais je pense que même si on se protège il y a quand même des fois des situations qui peuvent nous toucher plus que d'autres.

(M) : D'accord. De quelle manière se manifestent les émotions d'après vous ?

(IDE) : Alors je pense que ça dépend des gens. Y a des gens qui sont très démonstratifs, comme moi (rires). Ça va se voir tout de suite si ça va ou si ça ne va pas. Il n'y a qu'à regarder la tête ou le ton qu'on emploie ou voilà, et il y a d'autres personnes qui par contre on sait pas trop ce qu'elles pensent, elles ne montrent pas trop leurs émotions et c'est peut-être finalement plus... plus risqué les gens comme ça. Des gens qui disent jamais rien parce qu'au final ils rentrent chez eux s'ils n'échangent pas non plus chez eux, peut-être qu'un jour ça peut... déborder. Je pense que c'est bien de parler des situations quand même pas trop longtemps après quoi. Que de garder tout le temps pour soi de garder, garder et garder un jour ou l'autre je pense que c'est difficile à gérer.

(M) : Oui. Donc là on en parle mais est-ce que vous pensez que les émotions ont un impact sur les soignants ? Un impact quelconque sur la santé, sur la façon de prendre en soin... ?

(IDE) : Oui. Exemple (rires). J'ai commencé ma matinée je me suis fait traiter de "p\*", à 7h05. Forcément que quand je suis allée voir ce patient après j'étais souriante, je me suis présentée comme aux autres mais on a envie de faire moins d'efforts qu'avec les autres. Donc forcément que nos émotions entrent en compte à un moment ou à un autre. Mais après c'est à nous de faire la part des choses entre les différents patients. Pourquoi est-ce qu'il a réagi comme ça. C'était peut-être pas de sa faute, il n'avait peut-être pas toute sa tête. Après c'est à nous de faire la part des choses. Mais évidemment que les émotions qu'on ressent jouent sur notre... sur notre façon de prendre en soin les patients aussi. Si nous on n'est pas bien c'est compliqué de s'occuper des autres.

(M) : Et est-ce qu'au contraire ça peut être aussi un moteur dans la prise en soin, les émotions ?

(IDE) : Ah oui je pense que dans un sens comme dans l'autre ça joue. Quand on va bien etc. et bien nos patients ils le sentent aussi ou quand on est plus joyeux, plus voilà on va peut-être... je sais pas comment dire...

(M) : Tout à l'heure vous l'avez dit un peu quand le médecin est assez bienveillant et qu'il est peut-être plus posé, plutôt calme et bien peut-être que ça aide aussi à...

(IDE) : Bien sûr, à détendre la situation et du coup tout le monde vit les choses beaucoup plus facilement. Que si on sent que le médecin est stressé, perdu et bah ça va se répercuter sur tous les soignants qui sont dans la chambre. Ça c'est certain.

(M) : Donc le contexte un peu bienveillant qui est important. D'accord. Eh bien je pense avoir fait le tour, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur le sujet, qui vous vient en tête ?

(IDE) : ... Non je pense que... je pense avoir dit ce que j'avais à dire (rires). J'espère que ça va aller pour toi.

(M) : Oui ! Je vous remercie d'avoir consacré ce temps pour répondre aux questions et je vous confirme l'anonymat et la confidentialité de nos échanges.

(IDE) : Merci !

(M) : Merci.

## **Annexe V : Second entretien infirmier**

(Marie) : Bonjour je m'appelle Marie Crevier, je suis étudiante en troisième année à l'IFSI du CHU de Pontchaillou à Rennes et je te remercie d'avoir répondu positivement à cette demande d'entretien et de m'accorder de ton temps. Dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers portant sur les émotions des soignants en situation d'urgence vitale, je réalise cet entretien. Et je garantis la confidentialité et l'anonymat des propos qui seront échangés. Est-ce que tu es d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

(Infirmière) : Oui sans problème. Si je peux t'aider je vais le faire.

(M) : Merci. Tout d'abord est-ce que tu peux te présenter, dire un peu ton parcours professionnel, où est-ce que tu as exercé... ?

(IDE) : Je m'appelle Lætitia (prénom d'emprunt). J'ai 50 ans à la fin de l'année donc je suis maintenant considérée presque comme une vieille infirmière. Donc mon parcours a été des études sur Paris vraiment dans différents lieux de stage aussi bien publics que privés des grosses structures, des petites structures. Ensuite mon premier poste a été en centre de rééducation auprès surtout des tétra/paraplégiques et des gens amputés de membres. Ça, ça a vraiment été ma première expérience en tant que jeune diplômée et ensuite je suis partie sept ans dans un dispensaire au Chili plus sur le côté soins infirmiers auprès de personnes ayant des difficultés économiques un peu le côté... je dirais ma mission humanitaire que je rêvais de faire. Donc ça je l'ai exercé pendant sept ans auprès d'un dispensaire où il y avait beaucoup de spécialités médicales et moi j'étais responsable du centre de soins pour tout ce qu'étaient les soins infirmiers en fait. Et suivi des traitements. J'ai fait ça pendant sept ans et puis après à mon retour en France j'ai voulu retravailler en structure et là maintenant ça fait depuis 2001 que je travaille en salle de réveil au bloc opératoire. J'ai été un temps où j'étais panseuse en salle opératoire. Et puis une partie où j'étais en salle de réveil et depuis maintenant plus de dix ans, je suis qu'en salle de réveil sur ce plateau où c'est une grande salle de réveil car c'est 22 salles opératoires et 32 postes de réveils.

(M) : Très bien. Pour commencer, comment définirais-tu l'urgence vitale ?

(IDE) : Alors comment je définis l'urgence vitale ? C'est une urgence où si on ne fait pas des soins adaptés, des soins adaptés pour le patient, on perd la vie. C'est un moment X où, très rapidement, il faut mettre tout un protocole de soin, de soins techniques avec des équipes pluridisciplinaires pour sauver la vie des gens.

(M) : D'accord, très bien. Est-ce que tu as déjà rencontré une situation d'urgence qui t'a marquée ? Est-ce que tu peux la décrire ?

(IDE) : Je crois que la première vraie situation d'urgence qui marque, c'est quand on est jeune et quand on est étudiant et quand... Alors moi c'était ma première vraie situation d'urgence au dispensaire, donc c'était avec peu de moyens et c'était dû à un médicament que le médecin avait prescrit, que j'ai fait. C'était une... une injection d'anti-inflammatoires pour un monsieur, du Diclofénac je me souviens très bien, qu'on faisait en intramusculaire là-bas. Le monsieur est arrivé avec son injection. J'avais la prescription du médecin, j'ai fait l'injection et quand le monsieur se rhabille, il me dit : j'ai oublié de vous dire ma femme m'avait demandé de vous donner ce papier-là. Il me donne le papier et il y avait marqué en gros "allergie aux anti-inflammatoires". Et là, il a commencé devant moi à faire un œdème. Donc ma première vraie urgence c'était ça et ça a été traumatisant parce que c'était moi qui avait induit le fait que le patient aille mal. Donc, c'est une situation qui m'a toujours marquée, parce que le monsieur a fait un arrêt ventilatoire. Ça aurait pu être dramatique, et surtout dans le lieu où c'était, avec peu de moyens, et j'ai eu de la chance ce jour-là d'être avec une équipe médicale, qui savait faire les bons gestes. On a pu sauver le monsieur et le monsieur allait très bien après. Ma première urgence vitale, vraiment, qui me restera marquée à vie, c'est celle-ci oui.

(M) : D'accord. Et est-ce que du coup dans cette urgence, tu as ressenti des émotions particulières ? Ou est-ce que tu penses que tu pourrais ressentir des émotions particulières durant une situation d'urgence vitale ?

(IDE) : Je pense que... on est des humains, donc on a forcément des émotions et on a beau être fait de gestes très techniques et de gestes précis, on est forcément accompagné d'émotions. J'ai des souvenirs, oui, d'émotions particulières dans différentes urgences, oui c'est sûr. Oui, puisqu'on est tellement humain. Dans cette urgence que je viens de te décrire, j'ai une émotion de culpabilité terrible. J'ai une émotion de... je suis responsable de ce qui se passe. C'est moi qui ai provoqué ça, c'est moi qui... Oui, j'avais une émotion qui pouvait presque me paralyser par le fait d'une sensation d'une erreur.

(M) : Hum, d'accord. Est-ce que tu as déjà eu le sentiment d'être en difficulté face à une situation d'urgence et pourquoi ?

(IDE) : Est-ce que j'ai été... Alors, je pense que mon métier d'aujourd'hui, le fait d'être sur des plateaux techniques et d'avoir des gestes très précis, répétés de l'urgence font que c'est mon quotidien, fait que... je suis plus sereine et je maîtrise mieux mes émotions. Je maîtrise mieux, je ne sais pas si on peut maîtriser ses émotions, je dirais... j'ai des gestes répétés où je suis

peut-être plus sereine par l'expérience. Par contre, les émotions par rapport à... à une équipe par rapport à de la famille, par rapport aux patients, celles-ci seront toujours là c'est-à-dire que... Et encore une chance. On est très humain. Tu peux me redire la question ?

(M) : Est-ce que tu as déjà eu le sentiment d'être en difficulté face à une situation d'urgence ?

(IDE) : Alors oui la difficulté... Je... J'ai certainement eu des moments de difficulté quand tu vois que le patient t'échappe, comme on dit, ou que les gestes qu'on fait, il y a une sensation de frustration, d'émotion... On n'y arrive pas, donc tu es en difficulté. Il y a des moments où tu peux avoir de la colère de ne pas y arriver... de l'impuissance. On est des métiers, surtout sur les plateaux techniques où on sauve des vies. On ne perd pas des vies. Donc oui, forcément, il y a des moments où tu te sens en difficulté. Par contre, c'est vrai qu'aujourd'hui, sur le plateau technique où je suis, avec les gens qui m'entourent, il y a la force de l'équipe, la force de la confiance des équipes, de ce que l'on arrive à mettre en place. Et je trouve que ça, c'est un atout énorme. Et j'ai aussi la chance d'être toujours en salle de réveil avec la présence d'anesthésistes d'avoir un médecin tout de suite à côté de moi et d'avoir la possibilité d'une équipe plus structurée. Donc, c'est un avantage énorme. Mais voilà, j'ai... tu vois quand je te raconte ça, j'ai le souvenir d'une situation de difficulté très simple, très simple, qui m'est arrivée la nuit parce que comme je suis d'astreinte et de garde, je peux être toute seule dans ma salle de réveil avec des équipes qui font du ménage, donc je suis pas toute seule puisqu'il y a toujours des personnes plus ou moins autour de moi, mais je suis beaucoup plus seule que dans la journée en tant que soignant, on est 50 salariés dans un bloc opératoire. Et la nuit, tu te retrouves toute seule avec un anesthésiste qui dort dans la clinique que je peux appeler, mais tu te sens plus seule dans le soin. Et j'ai un souvenir d'avoir vécu une situation où j'étais, très compliquée parce qu'en fait, c'était une césarienne. La dame allait très bien, elle était avec le papa, le bébé. Tout allait vraiment très, très bien. Elle me dit qu'elle ne se sent pas très bien, qu'elle a des nausées. Le papa trouve qu'elle blanchit très vite. Très rapidement, la situation bascule. En fait, la maman perd connaissance, désature et je me retrouve seule dans un moment compliqué à gérer parce que j'ai le papa qui perd pied aussi, qui ne se sent pas bien parce que sa femme ne va pas bien. J'ai le bébé... Une situation qui peut arriver en tant que professionnel. Tu appuies sur le bouton rouge puisqu'en salle de réveil tu as toujours un bouton rouge où tu peux alerter. Sauf que le bouton rouge je l'ai activé et en fait, personne n'est venu. Le bouton n'a pas été reconnu par les femmes qui étaient dans le bloc opératoire. Il a fallu que je me déplace chercher le téléphone pour que l'anesthésiste vienne. Ça a été un petit laps de temps de... C'est des minutes qui sont, qui te paraissent très longues. Après, l'équipe s'est mise en place et ça a été. Des fois où tu peux te retrouver en difficulté. Les émotions sont... voilà, tu as un coup d'adrénaline. Tu te dis faut que je fasse face. C'est moi la

responsable, c'est moi qui doit faire. Mais t'as des émotions fortes c'est sûr. T'as du stress important et tu te dis faut... faut que je mette bien en place dans le bon ordre, tout ce que je dois faire.

(M) : Donc l'équipe est importante dans ces situations, là, tu te retrouvais seule...

(IDE) : Alors là c'est sûr, c'est sûr. Aujourd'hui, j'ai un métier où seul, seul, c'est très, très compliqué oui. L'urgence vitale est importante en équipe et elle est importante de pouvoir passer le relais. Elle est importante de pouvoir dire mes limites, de pouvoir dire... Mais souvent, je pense que dans l'urgence vitale, on a des coups d'adrénaline, on a nos actes répétés, qu'on sait faire, rythmés où c'est codifié. En très peu de temps on sait, chacun prend sa place. Et ça, c'est... c'est l'atout de travailler toujours avec des équipes qu'on connaît, qu'on a la confiance, qu'on sait qui fait quoi. Et que ça s'opère très vite. C'est celles-ci qui sont les plus... Ouais, c'est agréable de travailler comme ça, ça c'est sûr.

(M) : Et est-ce que tu penses que dans ces situations, que les émotions, elles ont leur place ou est-ce que tu arrives à voir quel(s) type(s) d'émotions tu peux ressentir dans ces situations-là ? Tu m'as parlé de l'adrénaline... est-ce que c'est du stress, est-ce qu'il y a d'autres choses que tu peux ressentir dans ces moments-là ?

(IDE) : Je pense que il y a de la concentration de la... on est beaucoup dans l'acte technique pur. Je te parle vraiment des plateaux où on a... moi, je suis aussi à un endroit où des fois je me dis je suis plus sereine moi, tu me mets infirmière avec une urgence vitale au milieu de ma salle de réveil que je connais par cœur et que j'ai tous le matériel... je suis très sereine. Tu me mets dans une situation d'urgence vitale, sur la route, sur un accident de voiture, sans matériel toute seule, j'ai pas du tout la même réaction. Ou dans un service où il n'y a pas de médecin qui arrive immédiatement, que t'es toute seule la nuit et tout, je ne vais pas être la même. Je ne vais pas l'être, c'est clair... Les urgences vitales que je traite au sein de la salle de réveil aujourd'hui, Dieu merci, j'ai de la sérénité parce que c'est mon quotidien et parce que ça n'empêche pas que des fois, on est fatigué, qu'on a moins de concentration. Et puis, il y a des situations qui peuvent te porter à défaut, aussi bien la situation où t'es pas d'accord avec ce que fait le médecin ou tu peux être en désaccord dans certaines choses, qui peut te donner des sentiments qui ne sont pas agréables, des émotions, tu ne peux pas te couper de tes émotions, ces émotions-là, tu les as, tu... Je pense que ces émotions, ta façon d'agir, de faire. On est pas des robots, on est des humains et tous les corps soignants sont des humains.

(M) : Par quels moyens tu pourrais gérer tes émotions, comment tu les gères pendant la situation ? Si tu arrives à les gérer ?

(IDE) : Alors, je trouve que... dans ces situations d'urgence, dans toute urgence comme dans une urgence vitale, quand t'as le groupe technique qui se met en place pour les gestes techniques, tu as toujours un leader. Il faut toujours désigner un leader, un leader qui se désigne naturellement. Nous, le leader, c'est tout de suite l'anesthésiste qui vient. Donc, nous, on est très dépendant de toutes les indications de l'anesthésiste. En fait, il y a des anesthésistes qui aiment beaucoup travailler parce que t'aimes leur façon de faire, parce que t'aimes leur façon d'être. Ils ont des émotions. Des gens qui, comme nous, les infirmiers comme chaque être, mais dans des situations d'urgence, t'as des gens qui sont extrêmement calmes, que tout peut leur passer dessus t'as l'impression que rien ne peut se passer. T'as ceux qui sont plus dans l'hyperactivité. Ceux qui vont être dans le rire et l'humour, ceux qui vont être d'en parler, parler, parler t'as ceux qui vont se taire, t'as les concentrés. Et dans ces équipes qui se gèrent autour de l'urgence vitale, tu as tout ça. Il faut apprendre à se reconnaître chacun dans ce qu'on est. Et pour moi, aujourd'hui, les urgences que j'aime le mieux traiter dans mes émotions, c'est celles où les gens restent calmes et concentrés. J'ai beaucoup de mal aujourd'hui, j'ai beaucoup de mal ! C'est plus compliqué pour moi de travailler, des fois avec des gens qui sont dans... dans le fait de rythmer très, très rapidement, que ça parte dans tous les sens. Pour moi, il faut avoir des gens calmes qui donnent une ligne de conduite et qu'on suit au fur et à mesure. Et dans les anesthésistes, dans les infirmières, dans les aides-soignantes, dans les brancardiers, dans tout le monde, il y a toutes ces attitudes qui peuvent être différentes. Et dans l'équipe. Et l'autre chose qui est importante dans une urgence vitale dans les émotions c'est qu'il faut très vite cadrer les gens. Et il faut pouvoir se dire les choses très rapidement, car c'est très codé maintenant parce que nous les équipes on se connaît quand même pas mal. Mais ça aide beaucoup et en fait, de se connaître, de savoir les valeurs des uns et des autres. Les émotions des uns et des autres, de savoir comment l'un et l'autre réagissent, on arrive peut-être mieux à gérer certaines situations.

(M) : Et c'est facile ça dans une situation de remarquer un peu les émotions des autres, d'y faire attention parce qu'on est peut-être focalisé sur le soin qu'on exerce. Est-ce que c'est... Finalement on arrive à voir un peu les émotions des autres, ou c'est peut-être après qu'on y fait attention ?

(IDE) : Alors je pense que de toutes façons toute situation, quand tu dis après, je pense que toute situation que tu as vécu d'urgence vitale, bien vécue, mal vécue, c'est important de faire du débriefing derrière et de se dire les choses pour améliorer la fois d'après. Toute situation, quand c'est possible de le faire, il faut pouvoir en équipe, se dire les choses. Je pense que... j'ai la chance aujourd'hui de travailler dans une équipe de salle de réveil où ça fait plus de dix

ans que je suis à peu près avec les mêmes collègues, c'est des collègues qu'on est habitué de travailler ensemble et qu'on a à peu près les mêmes codes, qu'on a plus besoin de se dire tout. Et je pense que c'est très important de pouvoir se dire les choses et que c'est important, des fois, de dire dans les émotions, dans l'urgence vitale... Dernièrement, j'ai eu le cas où il y a eu un arrêt cardiaque après une intervention simple et bénigne sur une coloscopie. Il n'y avait aucune raison pour que ce monsieur fasse un arrêt. Le monsieur allait très bien. Il était plutôt même sur le départ de la salle de réveil puisque tout s'était très bien passé. Il n'y avait eu aucun trouble ni rien et au niveau hémodynamique tout était très bien. Et le monsieur, en nous disant au revoir, nous fait l'arrêt. Et donc très rapidement, trois anesthésistes viennent et très rapidement il y a eu beaucoup, il y a beaucoup d'effolement. Ce n'était pas dans, c'était imprévu. Ce n'était pas du tout... Et très vite, il faut que les rôles de chacun... on a eu un peu un sentiment d'impuissance. Il y a de l'humour qui est arrivé un petit peu. L'humour peut arriver un peu pour dédramatiser. L'humour des fois au début dans des situations d'urgence comme ça me dérangeait. Ça me déstabilisait. Je ne comprenais pas qu'on puisse faire de l'humour à ce moment-là. Un événement grave. Et après, quand tu le vis, tu dis c'est une façon aussi de se cacher derrière quelque chose, certainement. Et peut-être de permettre aux gens de faire des actes en l'étant moins dans le stress. Je sais que certains anesthésistes qui sont beaucoup dans dédramatiser la situation. Je pense que ça peut permettre à certaines personnes d'être plus efficaces ou d'être plus concentrées. Je pense pas que dans l'humour, des fois, il y a du non-respect. Je pense pas, parce que au début, je le voyais comme ça après, en me disant c'est peut être aussi permettre aux équipes de travailler, de faire des choses qui sont parfois difficiles. Après, il y a toujours la personne... La situation pour moi la plus difficile, en urgence, c'est l'anesthésiste qui passe sur le ton de la colère ou de la frustration. Pour moi, c'est plus difficile à gérer.

(M) : Le ton qu'il a...

(IDE) : Le ton, le ton qui devient... Parce que pris par le stress, désagréable. Ça, pour moi, c'est peut-être plus compliqué, ça m'impressionne plus. J'aurais envie de... j'ai besoin de voilà. On sait que la situation est grave. On sait qu'il faut qu'on fasse tous les gestes le plus rapidement possible. Et je trouve pas que c'est dans l'agitation et la colère qu'on est les plus efficace. Mais bon, ce n'est pas toujours possible. Et puis après, moi en tant qu'infirmière, j'ai mon rôle aussi. Je dégage quelque chose aussi quand je fais mon truc. Et des fois, le côté d'être serein, de dire bah on fait ça en premier, deuxième, troisième, qui fait ça, qui fait ceci ? Des fois, j'ai un peu ce rôle-là, extérieur de dire untel fait ça, untel fait ci. Je pense qu'on a chacun nos rôles qui peuvent permettre une sérénité. Parce qu'en fait le but qu'on veut, c'est qu'on ait des émotions qui soient... Être le plus serein possible dans le moment. Après quand

c'est passé, les émotions peuvent apparaître peut-être plus, on prend peut-être plus de recul et c'est là où on peut s'écrouler, où on n'est pas content de ce qu'on a fait ou voilà. Ou au contraire, on a réussi quelque chose. On a été bon. On n'a pas été bon. On peut avoir ce bilan. Dans le moment, je pense qu'on est tous concentré et on fait.

(M) : C'est ça, c'est dans "l'agir".

(IDE) : Oui.

(M) : Et justement, tu parles de l'après, je voulais y venir. Qu'est-ce que tu fais à la suite d'une situation finalement quand elle est stabilisée ?

(IDE) : Alors... Quand une situation est stabilisée, on n'est plus vraiment dans l'urgence. Après avoir eu, bien sûr, le mot pour le patient, pour la famille et le prendre soin d'abord parce que dans la situation d'urgence, on a aussi l'émotion du patient et des fois, on ne prend pas toujours en compte tout ça dont j'ai besoin, certainement à ce moment-là, d'avoir un peu de temps avec le patient, car il y a quelque chose de ça. Je pense que dans ça aussi j'ai aussi souvent : est-ce que quelqu'un a parlé à la famille ? J'ai souvent le souci du patient, de la famille et après de l'équipe, dans ma graduation. Je peux aussi, et je pense qu'on l'a pas mal en salle de réveil parfois, quand je regarde chacune de nos collègues, après la tempête, il y a tout ce qu'il faut ranger, après et dans le fait de ramasser de ranger, c'est comme si on apaise quelque chose.

(M) : Ranger le matériel tu veux dire ?

(IDE) : Oui, cette action-là, juste après, là. Où tu ramasses tout ce qu'on a sorti, tout ce qu'on a fait, on fait du ménage. Et intérieurement, je pense qu'il y a quelque chose qui se décrit de nos émotions. On fait la place propre. Oui, on a géré. Ça a été... on a fait tout pour le patient, pour la famille, pour les équipes. Et après, on a un temps peut-être... je ne sais pas s'il est pour soi mais un peu. Où on a besoin d'un temps et je sais que nous quand ça arrive, on laisse toujours un temps à notre collègue, pour elle. Souvent, on lui dit : si tu veux fais ton ménage, on a souvent cette réflexion-là, fais ton ménage puis va prendre un petit quelque chose. Et puis on se retrouve après. Où t'as besoin de sortir, ce côté de souffler à sa façon. Et quand la situation parfois s'est mal passée ou que malheureusement, on a des émotions, la dernière, le dernier cas que je t'ai décrit, par exemple. Le patient, malheureusement, est décédé.

(M) : Qui devait partir, retourner dans le service ?

(IDE) : Voilà, que tout allait bien. Qui nous a dit au revoir et qui a fait un arrêt cardiaque... je dirais non expliqué. Il a fait son arrêt devant nous et on n'a pas réussi. On a... on a... Tout le monde était là. Il y a eu la déclaration de... on a parlé avec la famille. On a tout fait ce qu'il fallait pour, pour le patient, pour le patient qui part. Et après, juste le moment d'après, là il y a eu les émotions exprimées de chacun. En fait on a eu besoin de se retrouver tous ensemble, et de se dire les choses en fait.

(M) : De votre propre initiative ?

(IDE) : De notre propre initiative. Souvent, ça se fait de notre propre initiative. À ce moment-là, les anesthésistes sont venus avec nous et ont essayé de nous expliquer pourquoi, comment, on ne comprenait pas ce qui s'était passé.

(M) : Le côté scientifique...

(IDE) : Scientifique que t'as besoin de comprendre, pourquoi. Dire ce qui avait fonctionné dans notre prise en charge, ce qui n'avait pas fonctionné. Écouter ma collègue qui, à ce moment-là, j'ai ma collègue qui était responsable du patient parce que nous, on est venu en renfort, mais c'est bien la collègue infirmière qui a pris en charge de A jusqu'à Z, qui s'est effondrée en larmes à ce moment-là. Parce que je pense qu'elle n'a pas compris ce qui s'était passé. Donc là, on a eu beaucoup de temps d'écoute, d'écouter, de... Voilà, que les anesthésistes l'écoutent, lui dire que ce n'était pas de sa faute, qu'elle avait fait les bons gestes qu'elle avait fait tout mais voilà. Et puis, en même temps, dans le fonctionnement de... tout n'est jamais parfait. Il y a eu un moment donné où elle a fait un appel qui n'a pas fonctionné. Il n'a pas entendu, donc elle s'est culpabilisée beaucoup de ce moment-là, donc après il faut arriver à trouver pourquoi ça s'est passé comme ça, pourquoi il n'y a pas eu le relais, donc forcément, il y a un peu de frustration, de colère et qu'il faut arriver à écouter, à replacer, à recadrer. Toutes ces émotions-là sont importantes à attendre parce que ça te permet de reconstruire pour la fois d'après. Ça te permet de te dire ce qui n'a pas fonctionné là, faut que ça fonctionne la fois d'après. C'est important que la collègue le dise et qu'elle soit entendue et qu'on puisse le tracer. Qu'on puisse comprendre pourquoi. Donc la parole est très importante. La parole, l'écoute, l'écoute des uns et des autres. De tous nos paires, savoir écouter les uns les autres. Je pense que c'est vraiment primordial de pouvoir se remettre en question, pouvoir référer aux cadres, pouvoir référer aux anesthésistes, pouvoir dire en équipe bah qu'est-ce que je ferai la prochaine fois pour mieux faire... Ça c'est des choses, je dirais qui se font naturellement, qu'aujourd'hui, les structures mettent dans tout ce qui est papier, événements indésirables, qualité et tout... je pense qu'il y a quelque chose de spontané qui se fait qu'il ne faut surtout pas perdre et qu'il faut continuer de le faire parce que

ce n'est pas... Le papier est utile, il faut tracer et tout, je suis d'accord, mais il y a quand même quelque chose d'une parole dite à ce moment-là, qu'il faut prendre le temps d'écouter. Si on ne se met que sur du papier, qu'on ne s'écoute pas alors que c'est mis dans des instances autres, c'est dommage. Il y a quelque chose, nous, au sein de nos équipes, qu'il faut faire nous ensemble encore.

(M) : Hum, d'accord. Est-ce que c'est nécessaire à la fin de chaque situation, tu penses ?

(IDE) : Hum... Je pense... alors... chaque situation... Je pense qu'on est tous pareil, chaque situation on a besoin de libérer la parole, de dire des choses je pense. Je crois qu'une force d'une équipe c'est de pouvoir se dire les choses je pense. Et je crois que la... souvent quand on revient chez soi, il y a des situations très difficiles, on a besoin de le dire à... on a besoin d'être écouté, et il y a quelqu'un qui écoute. On a besoin d'expliquer les choses.

(M) : D'accord. Une question un peu générale, est-ce que tu crois que les émotions ont un impact quelconque sur le soignant ? Ça peut être sur la santé, la façon de prendre en charge...

(IDE) : Je pense que les émotions sont importantes pour le soignant et que... Je veux dire on est des humains, forcément qu'on a des émotions, forcément qu'on a... on ne peut pas... on est pas des robots quoi. Les émotions sont forcément là, elles ont un impact sur notre prise en charge de nos patients, sur leurs soins, sur comment on va être, comment on va réagir. Le tout c'est qu'elles ne soient pas dans l'excès en fait. Je pense que voilà, les émotions faut arriver à les... que le curseur soit au bon endroit, ce qui n'est pas toujours évident. Parce que des fois on va arriver qu'on est fatigué, parce que des fois on va arriver on a eu des soucis à la maison, parce que des fois, je suis moins motivée, je suis plus motivée. Il y a des fois des situations qui peuvent me faire peur et que j'ai pas envie, il y a des situations où j'ai... Donc toutes ces émotions-là faut les prendre en compte. Je pense qu'il faut savoir les regarder, se remettre en question et pouvoir avancer, se dire... oui. Je pense que ce serait une erreur de ne pas les reconnaître.

(M) : D'accord, oui. Et est-ce que tu penses qu'elles peuvent être un frein ou un moteur au contraire, dans la situation ? Les émotions ? Ou ni l'un ni l'autre...

(IDE) : Je pense que les émotions, si elles sont en excès, peuvent être un frein. Je pense que la colère en excès c'est un frein, je pense que l'euphorie à l'excès c'est un frein, je pense que... l'insouciance ou le fait de rigoler ça peut être un frein. Si tout ça est dosé... si ces émotions-là sont dans une certaine marche, un juste milieu... C'est évident que quand on va traiter une urgence vitale, les émotions seront là, des uns et des autres, mais que chacun ait

ses limites dans ses émotions et qu'on se... En plus, dans les équipes, dans un groupe, l'attitude de l'autre influence son attitude. Donc il y a un truc à trouver en commun très rapidement, il y a des codes qui se trouvent très vite. Il y a des situations, faut peut-être pas avoir peur des fois de se dire certaines choses. Par exemple je me souviens de cette dame de la nuit où j'avais passé sur l'hémorragie après cette césarienne, où la dame était... un moment très critique. Où j'avais dû l'amener en soins continus et j'avais lutté toute la nuit pour cette dame-là à transfuser, à mettre beaucoup de gestes techniques en place pour maintenir la dame et pour sa vie. Au petit matin je n'arrivais pas à laisser ma place. Parce que j'étais trop dans l'émotion de... j'avais certainement ma fatigue, j'avais certainement la sensation de vouloir aller jusqu'au bout, de me dire... je ne peux pas... Il a fallu qu'une collègue du matin se mette face à moi et soit un peu plus ferme en me disant : maintenant tu rentres chez toi, car je crois que je serais restée plus longtemps car je n'arrivais pas à détacher, je n'arrivais plus à déléguer. Il y a des fois la force de l'équipe c'est de dire à l'autre : non là c'est bon, je prends le relais. Et l'émotion que j'avais était tellement forte par rapport à cette dame, je m'étais attachée à cette dame dans tout ce qu'on avait partagé, parce qu'on avait partagé des moments... voilà, elle m'avait confié des choses voilà qui faisaient que je ne pouvais pas être insensible, elle m'avait vraiment confié beaucoup de choses. J'arrivais pas à lâcher. Et en fait je pense que ma collègue a bien fait de le faire car elle était beaucoup plus efficace que moi et il était temps que j'aie me reposer.

(M) : Hum, donc finalement peut-être la connaissance de la personne qu'on prend en charge a aussi un rôle dans l'émotion qu'on peut ressentir ?

(IDE) : Ah oui, de connaître le patient ? Oui ça c'est sûr. Ça c'est certain. Et c'est vrai que moi en travaillant en salle de réveil, je ne connais pas bien les patients avant.

(M) : Hum car ils sortent du bloc opératoire...

(IDE) : Oui, oui. Alors, il y a des patients que je connais car ils sont déjà venus en salle de réveil, qu'ils sont arrivés dans une situation d'urgence et que je vais connaître leur histoire voilà... Donc j'ai des émotions différentes. Mais il y a des... ouais. Mais des fois il ne faut pas beaucoup de temps. Il y a des patients... On échange très peu de mots, mais il y a quelque chose qui se passe. Il y a une relation humaine qui est là, elle est, elle peut se faire en très peu de temps. Mais tes émotions elle changent forcément. Quand tu connais l'histoire de la patiente, tu sais son histoire, d'où elle vient, pourquoi, comment, forcément t'as des émotions. Forcément il y a de l'empathie. Il y a quelque chose.

(M) : Tu m'as beaucoup parlé des émotions, tu m'as bien développé tout ça, comment se manifestent-elles ? Tu m'as déjà un peu dit mais comment se manifestent ces émotions ?

(IDE) : Alors... Les émotions, comment elles se manifestent ? Alors je dirais des fois les émotions... dans les équipes parce qu'en fait, c'est surtout dans les équipes je dirais, dans l'urgence vitale où voilà, la famille souvent on a demandé qu'elle sorte donc a plu que le patient qui n'est pas bien. Qu'on est à réanimer ou à faire des gestes techniques, les émotions elles sont souvent nous les soignants par rapport à l'équipe. Et... comment elles se manifestent et bien ça peut être la manifestation de l'humour, de l'agressivité, de la colère, d'être muet, d'être voilà. J'ai une situation où j'avais pris ce recul-là je pense où une fois dans ma carrière ça m'est arrivé de prendre ce recul-là c'est une situation d'une dame où je pense que là j'ai fait la synthèse de ce qu'on pouvait vivre en équipe. Une dame, 90 ans, qui vient, qui est artéritique, qui a beaucoup d'antécédents, lourds, médicaux : diabétique, hypertendue, artéritique, amputée mi-jambe, 90 ans, et qui se présente aux urgences pour un abcès au niveau du poumon, qui est acceptée aux soins continus, et faut prendre une décision thérapeutique pour cette dame, de savoir ce qui va être fait. Dans un premier temps, les anesthésistes chirurgiens, pneumologues disent il faut faire un traitement antibiotique pour... Malheureusement le résultat n'est pas satisfaisant et se pose la question d'un geste chirurgical voilà qui n'est pas justifié pour les anesthésistes... Il y a une discussion autour de ce geste avec une famille très insistante pour que le geste chirurgical se fasse. Donc fils médecin, gendre médecin, sa fille infirmière. Donc monde médical très présent. Et la dame de 90 ans dit : laissez-moi tranquille, je ne veux pas de geste, sauf qu'en présence de ses enfants, elle ne peut pas verbaliser, elle ne le dit pas. Et par insistance et pression de la famille, la décision est prise d'opérer cette dame. Donc toute cette situation qui se vit en dehors de moi, de la salle de réveil, se vit bien sûr aux urgences, après au service des soins continus, où il y a toute cette décision qui est prise, qui en fait aboutit au fait que cette dame va être opérée et passe dans notre salle de réveil avant l'opération. Donc nous on est en présence de cette dame qui est douloureuse, recroquevillée sur elle-même, qui gémit beaucoup, qui dit haut et fort qu'elle ne veut pas être opérée, qu'elle ne veut plus de gestes techniques et laissez moi tranquille. Nous on entend que cette dame, on a pas tout ce qui s'est passé avant en fait. Et dans cette situation de prise en charge, au milieu de cette salle de réveil, il y avait plein de soignants, et en fait la situation était insupportable pour tout le monde, et dans cette situation de décision d'emmener cette dame sur un brancard pour aller se faire opérer alors qu'on savait que le risque opératoire était énorme, je pense qu'il y a eu toutes les attitudes possibles dans les émotions. Donc en fait, il y a eu : le déni, c'est-à-dire la personne qui ne pouvait pas prendre en charge cette dame et qui a fui, il y a eu la colère, on a entendu des gens se mettre en colère et dire : mais c'est pas possible, l'agressivité en disant : mais comment on peut opérer une dame comme ça, tout ce qu'on peut entendre, ça n'a pas de sens, etc. Il y a ceux qui sont restés muets, parce que c'était juste pas possible, le mutisme de dire : c'est trop, je peux pas, il y a eu ceux qui ont ri, qui ont eu l'humour en disant : mais

qu'est-ce qu'on fera après 90 ans, on va opérer jusqu'à quel âge... Toute cette ironie qui pouvait être déplacée quand on l'entendait mais je pense que la situation était tellement insoutenable qu'il y a eu l'humour. Il y a eu les gens qui se regardaient en disant : mais qu'est-ce qu'on peut faire, est-ce qu'on doit arrêter, s'opposer, est-ce que... Tous les sentiments en très peu de temps ont été réunis, et là je me suis dit : l'humain il a... On peut réagir tous dans des... Et en fait cette situation-là était très compliquée, très, très compliquée pour les équipes. Pour tout le monde. Ça n'a pas été traité d'une façon sereine. Donc ça a été repris après en commission d'éthique, ça a été repris en commission d'événements indésirables et tout parce que la situation n'était absolument pas satisfaisante. Et c'est vrai que ce jour-là, dans cette situation-là, je me suis dit : là il y a le cocktail des émotions de l'humain en fait. C'est-à-dire qu'on est tous rassemblés là, et en fait on peut observer tout ce qui peut se passer. C'est-à-dire qu'il y a de l'insoutenable, il y a la dérision, il y a tous ces sentiments qui sont là. Et je pense que nos émotions à un moment donné, disent quelque chose d'une situation. C'était juste intolérable.

(M) : D'accord, donc chacun a sa propre manière de vivre la chose et de l'exprimer finalement...

(IDE) : Tout à fait. Et pour terminer, moi j'étais plutôt dans le fait de verbaliser, de dire : mais de quel droit on fait ça, j'étais plutôt à cet endroit-là, tout en étant pris dans le fait bah je suis muette, je ne dis pas, et de me remettre en question sur plein plein de choses, de penser à tout ce qu'étaient les soins palliatifs, de penser à tout et à l'éthique et tout ça et... bon la situation s'est passée, malheureusement ça a été dramatique pour la dame, et toutes les équipes ont eu un vécu horrible de cette situation-là. Et ceux qui l'ont verbalisée et qui ont dit, ont mis en défaut ceux qui... ont mis en défaut !, ont provoqué de la colère chez les gens et disaient : c'est vous qui nous mettez mal à l'aise parce que vous en parlez. Et là, là, là il fallait presque un médiateur externe, parce qu'en équipe c'était même compliqué à gérer tellement la situation était intenable.

(M) : À gérer entre vous comme vous pouvez le faire parfois à la suite de certaines situations...?

(IDE) : Oui, oui je pense que là il fallait un médiateur externe, là il fallait une psychologue, fallait être écouté, parce qu'en fait je pense qu'il n'y avait pas... je sais pas s'il y avait une bonne ou mauvaise situation et en éthique on sait qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise situation mais il y a des souffrances d'équipe, c'est sûr. Et ça, il faut veiller et... les émotions quand ça se vit comme ça tu te dis bah on a toujours du progrès à faire, il y a toujours des choses à faire. Il n'y a rien de stable. En fait il y a toujours à évoluer et à... De cette

expérience-là je pense que ça permet aussi de se dire en équipe... il y a des situations qui peuvent être intenables pour les uns et les autres et faut pouvoir se le dire et la prochaine fois est-ce qu'il ne faudra pas qu'on arrête la machine avant et comment on fait et voilà.

(M) : Hum, d'accord. Et bien, je pense qu'on a fait le tour des questions et des termes que je voulais aborder, est-ce que tu as quelque chose à rajouter peut-être ?

(IDE) : Non, je pense que c'est un... c'est un sujet qui... qui est au cœur de nos métiers, les émotions. Je pense que c'est un très bon sujet de mémoire dans le sens où en tant que soignant on arrive peut-être pas souvent à en parler et à dire les choses. Que ce serait une erreur pour moi de ne pas en prendre conscience et de ne pas dire, de ne pas faire. Je trouve ça courageux pour une élève infirmière d'oser ce sujet-là. Et je pense que ça permet, quand on a cette sensibilité-là, oui, je pense qu'il y a quelque chose qui me fait plaisir dans notre profession. Ça me fait plaisir de voir des élèves qui prennent ça en compte et qui ont la notion de ça, voilà. Moi sur les plateaux techniques des fois on dit bah on oublie ce qu'est l'humain, ce qu'est l'émotion et c'est pourtant le cœur de ce qu'on est. Et c'est important de ne jamais l'oublier donc... c'est chouette de voir que tu associes l'urgence vitale qui est un truc très technique, à ce côté de l'émotion, qui nous fait aussi ce qu'on est quand on est dans l'acte. Donc bravo pour le sujet que tu as choisi.

(M) : Merci ! Je te remercie de m'avoir consacré tout ce temps et de m'avoir permis d'échanger avec toi sur ce sujet et d'avoir répondu à mes questions. Je te confirme l'anonymat et la confidentialité de nos échanges. Merci Lætitia !

(IDE) : Merci Marie !!

## Annexe VI : Tableau d'analyse des entretiens

Objectif / Thème	Question / Sous-thème	IDE 1 Items	IDE 2 Items	Analyse descriptive (Résultats)
<p><b>Déterminer la place des émotions des soignants dans une situation d'urgence vitale</b></p>	<p>Définir l'urgence vitale</p>	<p>Situation <b>imprévue</b> ou pas des fois on peut <b>penser</b> quand même <b>que ça va se dégrader et s'y attendre.</b></p> <p><b>Tout va dépendre des soins</b> qu'on exerce <b>à un moment T.</b></p> <p>Il faut <b>être opérationnel à ce moment-là.</b> Sinon <b>ça passe ou ça casse.</b></p> <p>Maintenant quand on travaille dans un service d'urgence ou dans un service de soins intensifs de cardio comme nous, <b>on sait que ça peut arriver fréquemment.</b></p> <p><b>On voit une petite dégradation</b> des fois <b>on ne sait pas l'expliquer.</b></p> <p>Quand il y a une situation d'urgence il y a <b>l'infirmière, l'aide-soignante et le médecin.</b> Tout le monde <b>sait ce qu'il a à</b></p>	<p>Une urgence où si on ne fait pas des soins adaptés, <b>des soins adaptés pour le patient, on perd la vie.</b></p> <p>Un <b>moment X</b> où, <b>très rapidement,</b> il faut mettre <b>tout un protocole de soin, de soins techniques</b> avec des <b>équipes pluridisciplinaires</b> pour <b>sauver la vie des gens.</b></p> <p><b>Un arrêt ventilatoire.</b></p> <p>Ça aurait <b>pu être dramatique</b> être fait de <b>gestes très techniques</b> et de <b>gestes précis.</b></p> <p>On est des métiers, surtout sur les plateaux techniques où <b>on sauve des vies. On ne perd pas des vies.</b></p> <p><b>La situation bascule.</b> En fait, la maman <b>perd connaissance, désature.</b></p> <p><b>Faut que je mette bien en place dans le bon ordre,</b> tout ce que je</p>	<p><b><u>URGENCE VITALE</u></b></p> <p>CARACTERISTIQUES</p> <p><b>Imprévue</b> "on ne sait pas l'expliquer", "la situation bascule", "aucune raison"</p> <p><b>Attendue</b> "on voit une petite dégradation", "s'y attendre", "penser que", "ça va se dégrader", on sait que ça peut arriver fréquemment"</p> <p><b>Moment précis</b> "moment T", "à ce moment-là", "moment X"</p> <p><b>Autres</b> "exacerbé", "encore plus exacerbé", "très critique", "arrêt ventilatoire", "perd connaissance, désature", "arrêt cardiaque"</p>

	<p><b>faire.</b></p> <p><b>Perfuser à toute vitesse.</b></p> <p><b>Automatismes.</b></p> <p>Des fois <b>on réfléchit plus</b> simplement quoi, parce qu'<b>on est dans l'action.</b></p> <p>Tout est un peu <b>exacerbé.</b></p> <p>C'est quelque chose qu'<b>on ne maîtrise jamais totalement.</b></p> <p>Tout le monde a sa <b>petite dose d'adrénaline.</b></p> <p>On sait jamais <b>comment ça va se finir.</b></p> <p>C'est comme quand on parle, on peut dire une même phrase, selon le ton qu'on emploie, on ne va pas le vivre pareil. Là c'est pareil et <b>c'est encore plus exacerbé</b> avec le fait d'être dans la situation d'urgence.</p> <p>On le fait quand même parce qu'<b>on est programmé pour ça.</b></p> <p><b>Pas comme des robots</b> mais on a quand même des <b>automatismes.</b></p>	<p><b>dois faire.</b></p> <p>On a des <b>coups d'adrénaline</b>, on a nos <b>actes répétés</b>, qu'on <b>sait faire, rythmés où c'est codifié.</b> En très peu de temps on sait, <b>chacun prend sa place.</b></p> <p>Et que ça <b>s'opère très vite.</b></p> <p>On est beaucoup dans l'<b>acte technique pur.</b></p> <p>T'as le <b>groupe technique</b> qui <b>se met en place</b> pour les <b>gestes techniques</b>, tu as toujours <b>un leader.</b> Il faut toujours désigner un leader, un leader <b>qui se désigne naturellement.</b> Nous, le leader, c'est tout de suite l'<b>anesthésiste</b> qui vient. Donc, nous, on est très <b>dépendant de toutes les indications</b> de l'anesthésiste.</p> <p>Et dans les <b>anesthésistes</b>, dans les <b>infirmières</b>, dans les <b>aides soignantes</b>, dans les <b>brancardiers.</b></p> <p>Il y a eu un <b>arrêt cardiaque</b> après une intervention simple et bénigne sur une coloscopie. Il n'y avait <b>aucune raison</b> pour que ce monsieur fasse un arrêt.</p> <p><b>En tant qu'infirmière, j'ai mon rôle</b> aussi.</p>	<p>CONSEQUENCES/ISSUE</p> <p><b>Maintien en vie : objectif</b>  “ça passe”, “sauver la vie des gens”, “on sauve des vies”, “on ne perd pas la vie”, “maintenir la dame et pour sa vie”</p> <p><b>Décès</b>  “ça casse”, “on perd la vie”, “ça aurait pu être dramatique”</p> <p><b>Autres</b>  “on ne maîtrise jamais totalement”, “on ne sait jamais comment ça va se finir”</p> <p>ORGANISATION</p> <p><b>Actions</b>  <u>Soins</u>  “dépendre des soins”, “soins adaptés pour le patient”, “soins techniques” (x7), “gestes précis”, “transfuser”, “réanimer”</p> <p><u>Codifié</u>  “protocole de soins”, “faut que je mette en place dans le bon ordre tout ce que je dois faire”, “on est programmé pour ça”, “être opérationnel”, “automatismes” (x2), “on réfléchit plus”, “on est dans l'action”, “pas comme des robots”, “spontanément”, “actes répétés, rythmés, codifiés”, “ça s'opère”, “se met en place”,</p>
--	--	---	---

		<p>Ça ne va pas venir aussi <b>spontanément</b> que si c'était pas une situation d'urgence.</p> <p>On est <b>focalisé</b> vraiment <b>sur le patient</b>.</p>	<p>Donc il y a un <b>truc à trouver</b> en commun <b>très rapidement</b>, il y a des <b>codes</b> qui se trouvent très vite.</p> <p>Un moment <b>très critique</b>. Où j'avais dû l'amener en soins continus et j'avais <b>lutté</b> toute la nuit pour cette dame-là à <b>transfuser</b>, à mettre beaucoup de <b>gestes techniques</b> en place pour <b>maintenir la dame et pour sa vie</b>.</p> <p>On est à <b>réanimer</b> ou à faire des <b>gestes techniques</b>.</p>	<p>“codes”, “lutté”</p> <p><b>Rapidité</b>  “perfuser à toute vitesse”, “petite dose d'adrénaline”, “très rapide”, “focalisé sur la patient”, “coups d'adrénaline”, “très rapidement”, “très vite”</p> <p><b>Hiérarchie</b>  “leader”, “dépendant de toutes les indications”, “j'ai mon rôle”, “infirmière”, “aide-soignante”, “le médecin”, “anesthésiste”, “infirmière”, “aide-soignante”, “brancardier”, “chacun prend sa place”, “équipe pluridisciplinaire”, “sait ce qu'il a à faire”</p>
<p>Urgence vitale marquante : émotions ressenties pendant</p>		<p><b>Oui</b> situation d'urgence marquante.</p> <p>Là ça me parle surtout que <b>je m'y attendais pas vraiment</b>.</p> <p><b>Ça s'est dégradé là d'un coup je n'imaginai pas du tout ça...</b> pas tout de suite en tout cas.</p> <p>Là ça m'a fait bizarre parce que <b>je n'avais pas anticipé</b>.</p> <p><b>Il était stable</b> depuis plusieurs jours et oui <b>je ne m'étais pas dit</b></p>	<p>Avec <b>peu de moyens et c'était dû à un médicament que le médecin avait prescrit, que j'ai fait</b>.</p> <p>Il a commencé <b>devant moi à faire un œdème</b>.</p> <p><b>On est des humains, donc on a forcément des émotions</b>.</p> <p><b>On est forcément accompagné d'émotions</b>, d'émotions particulières dans différentes urgences.</p> <p>Puisqu'on est <b>tellement humain</b>.</p>	<p><b><u>URGENCE(S) MARQUANTE(S)</u></b></p> <p>RAISONS  <b>Pas attendu</b>  “pas senti” (x4), “je m'y attendais pas vraiment”, “ça s'est dégradé d'un coup, je n'imaginai pas du tout ça”, “je n'avais pas anticipé”, “il était stable, [...] je ne m'étais pas dit que ça arriverait là”, “je n'avais pas du tout senti en fait”, “je n'avais pas prévu”, “je ne m'y attendais pas vraiment” (x7), “je n'avais pas prévu que ça se passe comme</p>

	<p><b>que ça arriverait là.</b></p> <p>Souvent on parle du <b>ressenti</b>. On dit : ah le patient là je le <b>sens</b> moins bien. On <b>sent</b> que ça ne va pas aller. Lui <b>je n'avais pas du tout senti en fait</b>.</p> <p><b>Je n'avais pas prévu que ça se passe comme ça.</b></p> <p><b>Je m'y attendais pas vraiment.</b></p> <p><b>Que je n'avais pas prévu que ça se passe comme ça.</b></p> <p>Un peu la <b>stupéfaction</b>, <b>l'étonnement</b>.</p> <p><b>Je ne sais pas comment dire... mal au cœur</b> par rapport au patient et à la famille.</p> <p>J'ai <b>pensé à la famille</b>.</p> <p>Je n'ai <b>pas eu le temps de m'attacher</b>.</p> <p>C'est plus impersonnel que quand on les prend en charge depuis déjà une semaine, deux semaines, trois semaines, qu'on voit régulièrement la femme, les enfants, etc. Là <b>j'ai pas encore cette attache</b> mais <b>j'ai quand</b></p>	<p>Une émotion de <b>culpabilité terrible</b>.</p> <p>J'ai une émotion de... je suis responsable de ce qui se passe. C'est moi qui ai provoqué ça, c'est moi qui...</p> <p>Oui, j'avais une émotion qui pouvait presque me <b>paralyser par le fait d'une sensation d'une erreur</b>.</p> <p>Par contre, les émotions <b>par rapport à... à une équipe par rapport à de la famille, par rapport aux patients</b>, celles-ci seront toujours là c'est-à-dire que... Et encore une chance. <b>On est très humain</b>.</p> <p>Il y a une <b>sensation de frustration</b>, d'émotion... On n'y arrive pas, donc tu es en difficulté. Il y a des moments où tu peux avoir <b>de la colère</b> de ne pas y arriver... <b>de l'impuissance</b>.</p> <p>Tu as un <b>coup d'adrénaline</b>.</p> <p>T'as des émotions <b>fortes</b> c'est sûr.</p> <p>T'as du <b>stress important</b>.</p> <p>C'est <b>agréable</b> de travailler comme ça (<b>équipe avec qui ça s'opère très vite</b>).</p> <p>De la <b>concentration</b>.</p>	<p>ça"</p> <p><b>Induit par IDE</b>  "peu de moyens", "a commencé devant moi à faire un œdème", "j'ai induit"</p> <p><b><u>EMOTIONS RESSENTIES / Sentiments / Comportements</u></b>  "on est des humains (x5), on a forcément des émotions" (x2), "on est pas des robots" (x2)</p> <p>POSITIVES (x2)  "pas de stress", "agréable"</p> <p>NEGATIVES (x14)  "affolement", "paralysée", "moins à l'aise", "frustration", "mal à l'aise", "mal au cœur", "stressés", "sentiment d'impuissance", "pas à l'aise", "stress important", "panique sans être la catastrophe", "colère", "impuissance", "culpabilité terrible"</p> <p>AUTRES (x7)  "fortes" (x2), "coup d'adrénaline", "particulières", "stupéfaction", "étonnement", "concentration", "concentrés et on fait"</p>
--	---	--	---

	<p><b>même pensé à eux.</b> J'ai bien senti qu'elle par contre <b>elle était pas à l'aise.</b> Je voyais bien que elle... elle était moins...</p> <p>J'ai senti que c'était un peu <b>la panique sans être la catastrophe.</b></p> <p><b>Stressés.</b></p> <p>Ça peut nous mettre <b>mal à l'aise.</b></p> <p>Tout est un peu <b>exacerbé.</b></p> <p><b>Sur le moment présent je pense qu'on a pas.</b> Sur le moment <b>on n'a pas le temps...</b></p> <p>Sur le coup <b>on est focalisé vraiment</b> sur le patient, de faire les choses bien.</p> <p>C'est <b>pas pile au moment où ça se passe c'est plus après.</b></p> <p><b>Comment on s'identifie par rapport au patient.</b></p> <p>Est-ce qu'on <b>le connaît ou pas,</b> est-ce qu'on <b>connaît la famille,</b> ça rentre en ligne de compte aussi.</p> <p><b>Par rapport à l'affectif.</b></p>	<p>Des émotions, <b>tu ne peux pas te couper de tes émotions,</b> ces émotions-là, tu les as tu...</p> <p><b>On est pas des robots, on est des humains et tous les corps soignants sont des humains.</b></p> <p>Il y a beaucoup d'<b>affolement.</b></p> <p>Un <b>sentiment d'impuissance.</b></p> <p>Dans le moment, je pense qu'on est tous <b>concentrés</b> et on fait.</p> <p><b>On est des humains, forcément qu'on a des émotions,</b> forcément qu'on a... on ne peut pas... <b>on est pas des robots</b> quoi.</p> <p><b>C'est évident</b> que quand on va traiter une urgence vitale, <b>les émotions seront là.</b></p> <p>Et l'émotion que j'avais était <b>tellement forte</b> par rapport à cette dame, je m'étais <b>attachée</b> à cette dame dans <b>tout ce qu'on avait partagé,</b> parce qu'on avait partagé des moments... voilà, elle m'avait <b>confié des choses</b> voilà qui faisait que je ne pouvais pas être insensible, elle m'avait vraiment confié beaucoup de choses.</p> <p>Il y a <b>des patients que je connais</b></p>	<p>DIFFICILES A DECRIRE "je ne sais pas comment dire", "exacerbé", "ces émotions-là"</p> <p>PAS VRAIMENT PRESENTES "je pense qu'on a pas, on a pas le temps", "on est focalisé vraiment", "pas pile au moment où ça se passe, plus après"</p> <p>LIEES A L'ATTACHEMENT ET LA PERSONNALITE DES SOINS <b>Connaissance ou non du patient</b> "pas eu le temps de m'attacher", "j'ai pas eu cette attache", "comment on s'identifie au patient", "on le connaît ou pas", "par rapport à l'affectif", "il y avait des dessins avec ses petits-enfants", "attachée", "tout ce qu'on avait partagé", "confié des choses", "quand tu connais l'histoire de la patiente, d'où elle vient, pourquoi, comment", "patients que je connais"</p> <p><b>Connaissance ou non de la famille</b> "j'ai pensé à la famille", "j'ai quand même pensé à eux", "on connaît la famille", "émotions par rapport à une équipe, une famille, un patient"</p>
--	--	---	--

		<p>Dans la chambre <b>il y avait des dessins, ses petits-enfants</b> avec son camping-car, etc. et c'était écrit : bon rétablissement papy.</p> <p><b>Relations avec équipe médicale</b> : un médecin qu'on connaît bien (<b>ça coule, pas de stress</b>) avec des médecins de garde qu'on connaît moins (<b>moins à l'aise</b> car médecin moins à l'aise peut-être).</p> <p>Des <b>interactions</b>.</p> <p><b>Selon la personne qui nous dit ce qu'on a à faire.</b></p> <p><b>Quand c'est quelqu'un qu'on connaît et qu'on sait que ça va rouler</b>, tout de suite les choses se déroulent pas pareil.</p> <p><b>Collègues : habitués</b> (plus besoin de se parler, on sait qui va faire quoi) ou non.</p> <p><b>AS n'avait jamais vécu de situation d'urgence.</b></p> <p><b>Désaccord</b> dans une situation, <b>acharnement</b>.</p>	<p><b>donc j'ai des émotions différentes.</b></p> <p>Quand <b>tu connais l'histoire de la patiente</b>, tu sais son histoire, d'où elle vient, pourquoi, comment, forcément t'as des émotions. Forcément il y a de <b>l'empathie</b>. Il y a quelque chose.</p>	<p><b>Équipe</b>  "relation avec équipe médicale", "interactions", "selon la personne qui nous dit ce qu'on a à faire"</p> <p><u>Équipe connue</u>  "connaître le médecin", "quand c'est quelqu'un on sait que ça va rouler", "collègues habitués", "équipe avec qui ça s'opère très vite"</p> <p><u>Équipe non connue</u>  "médecin de garde"</p> <p><u>Équipe non habituée</u>  "n'avait jamais connu de situation d'urgence"</p> <p><u>Fonctionnement</u>  "désaccord", "acharnement"</p>
--	--	---	---	--

<p><b>Mécanismes mis en place par le soignant pour gérer ses émotions lors d'une situation d'urgence vitale</b></p>	<p>Situation d'urgence qui met en difficulté et les raisons (ce qui peut conduire à ressentir telle ou telle émotion)</p>	<p><b>Dossier complexe.</b></p> <p><b>Désaccords</b> entre le <b>devenir</b> que <b>souhaite l'équipe médicale et l'équipe infirmière.</b></p> <p>Situations plus <b>d'acharnement</b>, que nous <b>on peut vivre comme de l'acharnement.</b></p> <p><b>Médecin</b> on sent qu'il est en <b>stress</b>. Il n'est <b>pas à l'aise, il nous parle sèchement. Médecin s'impatiente.</b></p> <p>Nous <b>répète trois fois</b> : il faut le perfuser il faut le perfuser, faut passer ci faut passer ça.</p> <p>Quand <b>on sent qu'on peut rien faire tant que nous on a pas fait notre soin</b> et que <b>tout le monde nous regarde là.</b></p> <p>Quand <b>le médecin n'est pas là.</b></p> <p>Dès qu'il <b>y a quelque chose qui se passe pas comme prévu.</b> Dès que <b>ça fonctionne pas comme prévu.</b></p> <p><b>La pression, le stress.</b></p> <p>Parce qu'<b>ils débutent</b> par exemple.</p>	<p>J'ai <b>certainement eu des moments de difficulté.</b> Oui, <b>forcément</b>, il y a des <b>moments où tu te sens en difficulté.</b></p> <p>Quand tu vois que <b>le patient t'échappe.</b></p> <p>Avec <b>peu de moyens.</b></p> <p>La nuit parce que comme je suis d'astreinte et de garde, <b>je peux être toute seule</b> dans ma salle de réveil. Et la nuit, tu <b>te retrouves toute seule</b> avec un anesthésiste qui dort dans la clinique que je peux appeler, mais <b>tu te sens plus seule</b> dans le soin. <b>Je me retrouve seule</b> dans un moment compliqué.</p> <p>Sauf que le bouton rouge je l'ai activé et en fait, <b>personne n'est venu.</b></p> <p>Sur la route, sur un accident de voiture, <b>sans matériel toute seule</b>, j'ai pas du tout la même réaction. Ou dans un service où <b>il n'y a pas de médecin</b> qui arrive immédiatement, <b>que t'es toute seule</b> la nuit et tout, je ne vais pas être la même.</p> <p>On est <b>fatigué</b>, qu'on a <b>moins de concentration.</b></p> <p>C'est plus compliqué pour moi de</p>	<p><b><u>SITUATIONS D'URGENCE DIFFICILES</u></b>, facteurs qui influencent la gestion des émotions:</p> <p>"J'ai eu certainement des moments de difficulté. Il y a des moments où tu te sens en difficulté".</p> <p>LIE A LA PRISE EN SOIN DU PATIENT</p> <p>"Dossier complexe", "désaccords entre le devenir que souhaite l'équipe médicale et l'équipe infirmière", "situations d'acharnement, que nous on peut vivre comme de l'acharnement"</p> <p>Contraire : "dans la même idée avec la même attente que le patient il ne souffre pas"</p> <p>ELEMENT DE PERSONNALITE / COMPORTEMENT</p> <p><b>Extérieur</b></p> <p>"Médecin on sent qu'il est en stress. Il n'est pas à l'aise, il nous parle sèchement. Médecin s'impatiente", "nous répète trois fois : il faut le perfuser, il faut le perfuser, faut passer ci, faut passer ça", "des gens qui sont dans le fait de rythmer très, très</p>
---	---	---	--	---

		<p>Parce que <b>ce jour-là ils ont déjà des problèmes perso.</b></p> <p>Parce qu'<b>ils sont fatigués</b> ou parce que le patient là, bah tout de suite ils sont plus attachés à ce patient et du coup ils vont <b>perdre plus leurs moyens.</b></p> <p>Le problème c'est que dès qu'il y a une situation d'urgence <b>tout le monde rapplique.</b></p> <p>Quand elles arrivent dans le service les filles des fois elles disent : <b>je trouve pas ma place.</b> Ben oui parce que... il y a des jeunes...</p> <p>Alors <b>quand on débute, qu'on n'est pas à l'aise et tout c'est rassurant.</b></p> <p>Une aide-soignante qui est là <b>depuis peu de temps, qui n'avait pas eu de situation d'urgence.</b></p> <p><b>Personnel en nombre.</b></p> <p>Et qu'on est débutant, souvent <b>les collègues viennent facilement nous aider.</b></p> <p><b>Il me disait tu fais si tu fais ça,</b></p>	<p>travailler, des fois <b>avec des gens qui sont dans le fait de rythmer très, très rapidement, que ça parte dans tous les sens.</b></p> <p>C'était <b>imprévu.</b></p> <p>La situation pour moi la plus difficile, en urgence, c'est <b>l'anesthésiste qui passe sur le ton de la colère ou de la frustration.</b> Pour moi, c'est <b>plus difficile à gérer.</b></p> <p><b>Le ton,</b> le ton qui devient... Parce que pris par le stress, <b>désagréable.</b> Ça, pour moi, c'est peut-être plus compliqué, <b>ça m'impressionne plus.</b></p> <p>Il y a eu un moment donné où elle a fait <b>un appel qui n'a pas fonctionné.</b></p> <p>J'ai eu de la chance ce jour-là d'être <b>avec une équipe médicale, voilà qui savait faire les bons gestes.</b></p> <p>Le fait d'être <b>sur des plateaux techniques</b> et d'avoir des gestes très précis, répétés de l'urgence font que c'est <b>mon quotidien,</b> fait que... <b>je suis plus sereine et je maîtrise mieux mes émotions.</b></p> <p>J'ai des <b>gestes répétés</b> où je suis peut-être <b>plus sereine par</b></p>	<p>rapidement, que ça parte dans tous les sens", "l'anesthésiste qui passe sur le ton de la colère ou de la frustration", "le ton pris par le stress désagréable",</p> <p>"être serein", "Celle où les gens restent calmes et concentrés", "humour"</p> <p>Communication : "la communication c'est primordial, verbale et non verbale"</p> <p><b>Personnel</b> "que tout le monde nous regarde là", "la pression", "le stress", "ce jour-là ils ont déjà des problèmes perso", "ils sont fatigués", "fatigués", "moins de concentration"</p> <p><b>RESPONSABILITE</b> "on sent qu'on peut rien faire tant que nous on a pas fait notre soin", "le médecin n'est pas là", "le patient t'échappe", "je peux être toute seule" (x6), "il n'y a pas de médecin", "Seul, seul, c'est très, très compliqué"</p> <p>"tout le monde rapplique"</p> <p>Contraire : Équipe : "personnel en nombre", "les collègues</p>
--	--	--	---	--

	<p><b>je faisais il n'y avait pas de stress.</b></p> <p><b>Ça fait un moment que je suis là maintenant</b> donc oui je fais.</p> <p>On était tous dans le même... <b>dans la même idée avec la même attente que le patient il ne souffre pas.</b></p> <p>Pourtant <b>on est deux en même temps en train d'essayer.</b></p> <p>La <b>communication</b> c'est primordial : verbal et non verbal.</p> <p><b>Déstabilisés.</b></p> <p>Ça peut <b>nous mettre mal à l'aise.</b></p> <p><b>Moins dans la réflexion</b> parce qu'on veut tellement faire vite, tellement faire bien.</p> <p><b>On peut ne pas...</b> comment dire ça... ne pas... <b>agir de façon optimale.</b></p> <p>Des fois on est peut-être <b>trop dans la précipitation.</b> Ne pas confondre vitesse et précipitation. Il y a des gens <b>qui perdent leurs moyens.</b></p>	<p><b>l'expérience.</b></p> <p>Sur le plateau technique où je suis, avec les gens qui m'entourent, <b>il y a la force de l'équipe, la force de la confiance des équipes, de ce que l'on arrive à mettre en place.</b></p> <p>J'ai aussi la chance d'être toujours en salle de réveil avec la <b>présence d'anesthésistes d'avoir un médecin tout de suite à côté de moi et d'avoir la possibilité d'une équipe plus structurée.</b> Donc, c'est un avantage énorme.</p> <p><b>L'équipe s'est mise en place et ça a été.</b></p> <p><b>Seul, seul, c'est très, très compliqué</b> oui.</p> <p><b>L'urgence vitale est importante en équipe</b> et elle est importante de pouvoir <b>passer le relais.</b> Elle est importante de pouvoir <b>dire mes limites.</b></p> <p>C'est l'atout de travailler toujours avec des équipes qu'on connaît, qu'on a <b>la confiance, qu'on sait qui fait quoi.</b></p> <p>Tu me mets infirmière avec une urgence vitale au milieu de <b>ma salle de réveil que je connais par cœur et</b></p>	<p>viennent facilement nous aider", "Il me disait tu fais si tu fais ça, je faisais il n'y avait pas de stress.", "on est deux en même temps en train d'essayer", "avec une équipe médicale qui savait faire les bons gestes", "il y a la force de l'équipe, la force de la confiance des équipes, de ce que l'on arrive à mettre en place", "présence d'anesthésistes d'avoir un médecin tout de suite à côté de moi et d'avoir la possibilité d'une équipe plus structurée", "L'équipe s'est mise en place et ça a été", "L'urgence vitale est importante en équipe", "des gens calmes qui donnent une ligne de conduite et qu'on suit au fur et à mesure", "collègues qu'on est habitué de travailler ensemble", "on a à peu près les mêmes codes, qu'on a plus besoin de se dire tout", "on a chacun nos rôles", "en renfort"</p> <p>→ "passer le relais, dire ses limites"  → "on sait qui fait quoi"  → "on a confiance"</p> <p><b>SITUATION INHABITUELLE</b>  "dès qu'il y a quelque chose qui se passe pas comme prévu",</p>
--	---	--	--

		<p>On peut vite <b>perdre nos moyens</b>.</p>	<p><b>que j'ai tout le matériel... je suis très sereine.</b></p> <p>J'ai <b>de la sérénité</b> parce que <b>c'est mon quotidien.</b></p> <p>Les urgences que j'aime le mieux traiter dans mes émotions, c'est <b>celles où les gens restent calmes et concentrés.</b></p> <p>Pour moi, il faut avoir <b>des gens calmes qui donnent une ligne de conduite et qu'on suit au fur et à mesure.</b></p> <p>Ça fait plus de dix ans que je suis à peu près avec les mêmes collègues, c'est des <b>collègues qu'on est habitué de travailler ensemble</b> et qu'on a à <b>peu près les mêmes codes, qu'on a plus besoin de se dire tout.</b></p> <p><b>Humour</b> : permettre aux équipes de travailler.</p> <p>Le côté d'<b>être serein</b>, de dire on fait ça en premier, deuxième, troisième, qui fait ça, qui fait ceci ? Je pense qu'<b>on a chacun nos rôles qui peuvent permettre une sérénité.</b></p> <p>On est venu <b>en renfort.</b></p>	<p>“dès que ça fonctionne pas comme prévu”, “personne n’est venu”, “imprévu”, “un appel qui n’a pas fonctionné”</p> <p><b>EXPERIENCE</b>  “parce qu’ils débutent par exemple”, “je trouve pas ma place”, “il y a des jeunes”, “quand on débute, qu'on n'est pas à l'aise et tout c'est rassurant”, “là depuis peu de temps, qui n'avait pas eu de situation d'urgence”, “mon quotidien”, “expérience”, “gestes répétés”, “mon quotidien”</p> <p>Contraire : “Ça fait un moment que je suis là maintenant”</p> <p><b>MOYENS / LIEU / CONTEXTE</b>  “peu de moyens”, “sans matériel”, “la nuit”, “être sur des plateaux techniques”, “au milieu de ma salle de réveil que je connais par cœur et que j’ai tout le matériel”</p> <p><b>CONSÉQUENCES</b> sur la gestion des émotions :  “perdre leurs moyens”, “déstabilisés”, “nous mettre mal à l’aise”, “moins dans la réflexion”, “on ne peut pas agir de façon optimale”, “être trop</p>
--	--	---	---	---

				<p>dans la précipitation”, “il y a des gens qui peuvent perdre leurs moyens”, “on peut vite perdre nos moyens”, “plus difficile à gérer”, “ça m’impressionne plus”, “je suis plus sereine, je maîtrise mieux mes émotions”, “plus sereine”, “très sereine”, “de la sérénité”, “peuvent permettre une sérénité”</p>
	<p>Moyens de gérer ses émotions</p>	<p>On <b>échange beaucoup entre collègues</b>, je pense que c'est pour ça peut-être que je ne m'en rappelle plus maintenant parce que... soit ça s'était bien passé soit <b>on avait bien débriefé après</b>.</p> <p>Si on sent que le médecin est stressé, perdu et bien <b>ça va se répercuter sur tous les soignants qui sont dans la chambre</b>.</p>	<p><b>Je ne sais pas si on peut maîtriser ses émotions.</b></p> <p>Il faut <b>très vite cadrer les gens</b>. Et il faut <b>pouvoir se dire les choses très rapidement</b>, car c'est très codé maintenant parce que nous les équipes <b>on se connaît quand même pas mal</b>. Mais <b>ça aide beaucoup et en fait, de se connaître</b>, de savoir les valeurs des uns et des autres. Les émotions des uns et des autres, de savoir comment l'un et l'autre réagissent, on arrive peut-être mieux à gérer certaines situations.</p> <p><b>Humour</b> c'est une façon aussi de se cacher derrière quelque chose, certainement. Et peut-être de permettre aux gens de faire des actes en l'étant moins dans le stress.</p> <p>Certains anesthésistes qui sont beaucoup dans <b>dédramatiser la</b></p>	<p><b><u>GESTION DES EMOTIONS</u></b>  “Je ne sais pas si on peut maîtriser ses émotions”, “les prendre en compte”, “savoir les regarder, se remettre en question et avancer”</p> <p>PAROLE  “On échange beaucoup entre collègues”, “On avait bien débriefé après”, “Très vite cadrer les gens”, “pouvoir se dire les choses très rapidement”</p> <p>IMPORTANCE DE GERER SES EMOTIONS  “Ça va se répercuter sur tous les soignants qui sont dans la chambre”</p> <p>SE CONNAITRE EN EQUIPE  “on se connaît quand même pas mal”, “ça aide beaucoup de se connaître”, “comment l'un et</p>

			<p><b>situation.</b> Je pense que ça peut permettre à certaines personnes d'être plus efficaces ou d'être plus concentrées.</p> <p>Les émotions faut arriver à les... <b>que le curseur soit au bon endroit</b>, ce qui n'est pas toujours évident.</p> <p>Donc <b>toutes ces émotions-là faut les prendre en compte.</b></p> <p>Je pense qu'il faut <b>savoir les regarder, se remettre en question et pouvoir avancer, se dire...</b></p>	<p>l'autre réagissent, on arrive peut-être mieux à gérer certaines situations"</p> <p><b>MECANISMES DE DEFENSE</b> "Humour", "dédramatiser la situation"</p>
Actions une fois la situation stabilisée	<p><b>Temps de parole informels.</b> Il n'y a pas de temps prévu pour.</p> <p>On est une équipe où la communication est plutôt facile entre nous. <b>On sait qu'on peut se confier. Tout le monde trouve quelqu'un pour parler</b> quand ça va pas.</p> <p>Et c'est après par contre qu'on va se dire woaw alors... <b>on débriefe.</b> Je pense que <b>tous on débriefe</b> quand même.</p> <p><b>Soit on débriefe avec des collègues.</b></p> <p>Dans ma voiture, j'ai un petit peu</p>	<p>Toute situation que tu as vécu d'urgence vitale, bien vécue, mal vécue, <b>c'est important de faire du débriefing derrière</b> et de se dire les choses <b>pour améliorer la fois d'après.</b></p> <p>Il faut pouvoir en équipe, <b>se dire les choses.</b></p> <p>J'ai besoin, certainement à ce moment-là, <b>d'avoir un peu de temps avec le patient.</b></p> <p>J'ai aussi souvent : <b>est-ce que quelqu'un a parlé à la famille ?</b> J'ai souvent le souci du patient, de la famille et après de l'équipe, dans ma</p>	<p><b><u>ACTIONS UNE FOIS SITUATION STABLE</u></b></p> <p><b>SOUFFLER</b> "on commence à souffler et à se remettre"</p> <p><b>SOLITUDE</b> "un temps pour soi"</p> <p><b>AUPRES DU PATIENT</b> "avoir un peu de temps avec le patient", "est-ce que quelqu'un a parlé à la famille ?"</p> <p><b>RANGEMENT</b> "on fait du ménage", "on fait la place propre"</p>	

		<p>de route, c'est sûr que <b>je vais y penser</b>.</p> <p>C'est après qu'on peut... qu'on peut vraiment <b>y réfléchir et améliorer les choses pour que la fois d'après ça se passe mieux</b>.</p> <p><b>Qu'est ce qui s'est passé.</b></p> <p><b>Ça s'est passé comme ça, j'ai appelé là machin.</b></p> <p>A ce moment-là déjà <b>on commence à souffler et à se remettre</b> : il y a eu ci, il y a eu ça.</p> <p>Souvent <b>quand on fait les transmissions</b> avec nos collègues l'après-midi ou le soir voilà on leur raconte un petit peu <b>comment on a vécu les choses</b>.</p> <p>Je pense que <b>ça fait partie de notre travail</b>.</p> <p>Dans tous les cas à <b>distance</b> il faut se dire : <b>bon où est-ce que j'ai été efficace</b>, parce qu'on fait quand même toujours des choses bien. Et où est-ce que bon j'étais peut-être pas... comment dire... optimal, et <b>où est-ce que je pourrais m'améliorer pour la</b></p>	<p>graduation.</p> <p>Où tu ramasses tout ce qu'on a sorti, tout ce qu'on a fait, <b>on fait du ménage</b>. Et intérieurement, je pense qu'il y a quelque chose qui se décrit de nos émotions. <b>On fait la place propre</b>.</p> <p>Et après, on a <b>un temps</b> peut-être... je ne sais pas s'il est <b>pour soi</b> mais un peu.</p> <p>En fait on a eu <b>besoin de se retrouver tous ensemble</b>, et de <b>se dire les choses. De notre propre initiative</b>. À ce moment-là, les anesthésistes sont venus avec nous et ont essayé de nous <b>expliquer pourquoi, comment</b>, on ne comprenait pas ce qui s'était passé.</p> <p><b>Scientifique que t'as besoin de comprendre. Dire ce qui avait fonctionné dans notre prise en charge, ce qui n'avait pas fonctionné. Écouter</b> ma collègue.</p> <p>Beaucoup de <b>temps d'écoute</b>... Voilà, que les anesthésistes l'écoutent, <b>lui dire que ce n'était pas de sa faute</b>, qu'elle avait fait les bons gestes.</p> <p>Il faut arriver à <b>trouver pourquoi ça s'est passé comme ça, pourquoi il</b></p>	<p>PAROLE (deux à deux, équipe) <b>Informel</b> "Temps de parole informels", "de notre propre initiative"</p> <p><b>Parler</b> "on débriefe", "tous on débriefe", "soit on débriefe avec des collègues", "pendant les transmissions", "on va en reparler toutes les deux", "c'est important de faire un débriefing derrière", "pouvoir en équipe se dire les choses", "se dire les choses", "besoin de libérer la parole, de dire des choses"</p> <p><b>Écouter</b> "écouter", "temps d'écoute", "écouter, replacer, recadrer", "qu'elle soit entendue", "besoin de libérer la parole, de dire des choses", "besoin d'être écouté et il y a quelqu'un qui écoute"</p> <p><b>Facilitée par</b> <u>Confiance</u> "On sait qu'on peut se confier", "tout le monde trouve quelqu'un pour parler", "comment on a vécu les choses"</p> <p><b>SE RETROUVER</b> "besoin de se retrouver tous ensemble"</p>
--	--	---	---	--

		<p><b>fois d'après.</b> Je pense que <b>tout le monde fait un peu ça chez soi.</b></p> <p>Demain <b>on va en reparler toutes les deux...</b></p> <p>Je pense que <b>ça fait partie de notre travail.</b></p>	<p><b>n'y a pas eu le relais.</b></p> <p>Il faut arriver à <b>écouter, à replacer, à recadrer.</b></p> <p>C'est important que la collègue le dise et qu'<b>elle soit entendue.</b> Qu'on puisse <b>comprendre pourquoi.</b></p> <p>Je pense que c'est vraiment primordial de pouvoir <b>se remettre en question.</b></p> <p>On a <b>besoin de libérer la parole, de dire des choses je pense.</b> On a <b>besoin d'être écouté, et il y a quelqu'un qui écoute.</b></p> <p>En fait <b>il y a toujours à évoluer</b> et à...</p>	<p><b>REFLEXION</b></p> <p>"je vais y penser", "y réfléchir", "tout le monde fait un peu ça chez soi", "se remettre en question"</p> <p>→ <b>Bilan</b> : "qu'est-ce qui s'est passé", "ça s'est passé comme ça, j'ai appelé machin", "où est-ce que j'ai été efficace", "où est-ce que je pourrais m'améliorer la fois d'après", "dire ce qui avait fonctionné, pas fonctionné"</p> <p><u>Améliorer</u></p> <p>"améliorer les choses pour que la fois d'après ça se passe mieux", "pour améliorer la fois d'après", "il y a toujours à évoluer"</p> <p>→ <b>Rassurer</b> : "lui dire que ce n'était pas de sa faute"</p> <p>→ <b>Comprendre</b> : "pourquoi ça s'est passé comme ça, pourquoi il n'y a pas eu le relais", "comprendre pourquoi, comment", "scientifique que t'as besoin de comprendre", "comprendre pourquoi"</p> <p>"ça fait partie de notre travail", "ça fait partie de notre travail"</p>
--	--	--	---	---

	<p>Émotions ressenties après</p>	<p>C'est surtout <b>après qu'on réfléchit.</b></p>	<p>Après <b>quand c'est passé, les émotions peuvent apparaître peut-être plus</b>, on prend peut-être plus de recul et c'est là où on peut <b>s'écrouler</b>, où on n'est <b>pas content</b> de ce qu'on a fait ou voilà. Ou au contraire, on a réussi quelque chose. On a été bon. On n'a pas été bon. On peut avoir ce bilan.</p> <p>Et après, juste le moment d'après, là il y a eu les <b>émotions exprimées de chacun.</b></p> <p>Elle <b>s'est culpabilisée</b> beaucoup.</p>	<p><b><u>EMOTIONS RESENTIES APRES</u></b>      "après qu'on y réfléchit", "quand c'est passé, les émotions peuvent apparaître peut-être plus", "juste le moment d'après, là il y a eu les émotions exprimées de chacun", "s'écrouler", "pas content", "s'est culpabilisée"</p>
	<p>Le terme de mécanisme de défense</p>	<p><b>Quand on veut se protéger parce que sinon on rentrerait tous chez nous en pleurant.</b></p> <p>Quand on est infirmier, <b>quel que soit le travail, quel que soit le service dans lequel on est, il faut qu'on se protège.</b></p> <p>Je suis là pour m'occuper de mes patients mais avant tout il faut <b>que je prenne soin de moi</b> aussi.</p> <p>Si moi je ne suis pas bien, <b>je ne peux pas bien m'occuper des gens.</b></p> <p><b>On est obligé de se protéger.</b></p>		<p><b><u>MECANISME DE DEFENSE DEFINITION</u></b>      "quand on veut se protéger parce que sinon on rentrerait tous chez nous en pleurant", "faire la part des choses"</p> <p><b>Caractère obligatoire</b>      "quelque soit le service dans lequel on est, il faut qu'on se protège", "il faut que je prenne soin de moi", "on est obligé de se protéger"</p> <p><b>Sinon</b>      "on finirait tous en burn-out", "je ne peux pas bien m'occuper des gens", "un jour ou l'autre ça peut déborder"</p>

		<p>Si on se protégeait pas <b>on finirait tous en burn-out.</b></p> <p>On est obligé de se protéger parce que sinon un jour ou l'autre <b>ça va déborder</b> quoi.</p> <p>Je me dis pour des gens qu'ont pas de famille ou voilà qui vivent seuls et bah <b>s'ils en parlent pas au boulot</b> en plus ils rentrent chez eux <b>tout seul</b> comme ça.</p> <p>Même si on se protège il y a quand même des fois <b>des situations qui peuvent nous toucher plus que d'autres.</b></p> <p>Je pense que c'est bien de <b>parler</b> des situations quand même pas trop longtemps après quoi.</p> <p>C'est à nous de <b>faire la part des choses.</b></p>		<p><b>Comment ?</b> Se protéger en parlant : "ils rentrent chez eux tout seul", "parler"</p>
<p><b>Impact de la situation d'urgence et des émotions sur le soignant</b></p>	<p>Manifestation des émotions</p>	<p>Des gens qui sont très <b>démonstratifs.</b></p> <p>Il n'y a qu'à regarder la <b>tête</b> ou le <b>ton</b> qu'on emploie.</p> <p>Des gens qui <b>disent jamais rien.</b></p> <p>Quelqu'un <b>qui lève les yeux au</b></p>	<p>Extrêmement <b>calmes.</b> T'as ceux qui sont plus dans l'<b>hyperactivité.</b> Ceux qui vont être dans le rire et l'<b>humour</b>, ceux qui vont être d'en <b>parler, parler, parler</b> t'as ceux qui vont <b>se taire</b>, t'as les concentrés.</p> <p>Il y a de l'<b>humour</b> pour dédramatiser.</p>	<p><b><u>MANIFESTATION DES EMOTIONS VERBALES (7)</u></b> <b>Intonation</b> "ton"</p> <p><b>Mots</b> "humour" (x4), "parler parler parler", verbaliser → 6</p>

		<p><b>ciel</b> ou des choses toutes simples.</p>	<p>Je trouve pas que c'est dans l'<b>agitation</b> et la <b>colère</b> qu'on est les plus efficaces.</p> <p>Un peu de frustration, de <b>colère</b>.</p> <p>Ça peut être la manifestation de l'<b>humour</b>, de l'<b>agressivité</b>, de la <b>colère</b>, d'être <b>muet</b>.</p> <p>Il y a eu la <b>colère</b>.</p> <p>L'<b>agressivité</b>.</p> <p>Il y a ceux qui sont restés <b>muets</b>.</p> <p>Il y a eu ceux qui ont <b>ri</b>, qui ont eu l'<b>humour</b>.</p> <p>Il y a eu les gens qui <b>se regardaient</b>.</p> <p>Moi j'étais plutôt dans le fait de <b>verbaliser</b>, de dire : mais de quel droit on fait ça.</p> <p>S'est <b>effondré en larmes</b> à ce moment-là.</p>	<p>NON-VERBALES (19)</p> <p><b>Attitude / Comportement</b>  “démonstratifs”, “calmes”, “hyperactivité”, “agitation”, “colère” (x4), agressivité (x2), rires</p> <p><b>Visage</b>  “tête”, “lève les yeux au ciel”, “effondré en larmes”, “se regardaient”</p> <p>“ne disent jamais rien”, “se taire”, “muet” (x2) → 4</p>
Impact des émotions sur le soignant, sur la prise en soin du patient		<p>Je n'ai <b>pas été traumatisée</b> en tout cas.</p> <p><b>Oui un impact.</b></p> <p><b>Les émotions qu'on ressent jouent sur notre... sur notre</b></p>	<p>Ça a été <b>traumatisant</b> parce que c'était moi qui avait induit le fait que le patient aille mal.</p> <p>Une situation qui <b>m'a toujours marquée</b>.</p>	<p><b><u>Impact des EMOTIONS sur le SOIGNANT</u></b></p> <p>“Oui un impact”, “traumatisant”, “une situation qui m'a toujours marquée”, “qui me restera marqué à vie”, “nos émotions [...] disent quelque chose d'une</p>

		<p><b>façon de prendre en soin les patients.</b></p> <p><b>Si nous on n'est pas bien c'est compliqué de s'occuper des autres.</b></p> <p><b>Quand on est plus joyeux</b>, plus voilà on va peut-être... je sais pas comment dire...</p>	<p><b>Qui me restera marqué à vie.</b></p> <p>Les émotions sont forcément là, <b>elles ont un impact sur notre prise en charge de nos patients, sur leurs soins, sur comment on va être, comment on va réagir. Le tout c'est qu'elles ne soient pas dans l'excès en fait.</b></p> <p>Je pense que les émotions, <b>si elles sont en excès, peuvent être un frein.</b></p> <p>Je pense que <b>la colère en excès c'est un frein, l'euphorie à l'excès c'est un frein, l'insouciance ou le fait de rigoler ça peut être un frein. Si tout ça est dosé... si ces émotions-là sont dans une certaine marche, un juste milieu...</b></p> <p><b>Je n'arrivais pas à laisser ma place.</b> Parce que <b>j'étais trop dans l'émotion de...</b></p> <p><b>Je n'arrivais pas à détacher, je n'arrivais plus à déléguer.</b></p> <p><b>J'arrivais pas à lâcher.</b></p>	<p>situation, c'était intolérable"</p> <p><b><u>Impact des EMOTIONS sur la PRISE EN SOIN</u></b></p> <p>"Les émotions qu'on ressent jouent sur notre... sur notre façon de prendre en soin les patients", "Si nous on n'est pas bien c'est compliqué de s'occuper des autres", "Quand on est plus joyeux", "elles ont un impact sur notre prise en charge de nos patients, sur leurs soins, sur comment on va être, comme on va réagir. Le tout c'est qu'elles ne soient pas dans l'excès en fait", "si elles sont en excès, peuvent être un frein", "la colère en excès c'est un frein, l'euphorie à l'excès c'est un frein, l'insouciance ou le fait de rigoler ça peut être un frein. Si tout ça est dosé... si ces émotions-là sont dans une certaine marche, un juste milieu...", "je n'arrivais pas à laisser ma place parce que j'étais trop dans l'émotion", "Je n'arrivais pas à détacher, je n'arrivais plus à déléguer", "j'arrivais pas à lâcher"</p>
--	--	---	--	---

Autre	IDE 1 / Items	IDE 2 / Items
	<p>La première (situation d'urgence vitale), <b>je devrais m'en rappeler de la toute première</b>. Eh bien non.</p> <p>Que le patient ne souffre pas.</p> <p><b>Il faut qu'on y arrive</b> à ce moment-là (=&gt; un certain enjeu).</p>	<p>La première vraie situation d'urgence qui marque, c'est quand on est jeune.</p> <p>Je pense que nos émotions à un moment donné, disent quelque chose d'une situation. C'était juste intolérable.</p> <p>Il fallait un médiateur externe, là il fallait une psychologue, fallait être écouté.</p> <p>Il faut apprendre à se reconnaître chacun dans ce qu'on est.</p> <p>En fait le but qu'on veut, c'est qu'on ait des émotions qui soient... <b>Être le plus serein possible dans le moment.</b></p>

NOM : CREVIER
PRENOM : Marie
<b>TITRE</b> : Émotions du soignant en situation d'urgence vitale
<p>In the course of our professional practice, every caregiver is likely to be confronted with a life-threatening emergency. This research paper examines the place of caregiving emotions in the care of the patient in a life-threatening emergency. Based on two initial situations that occurred during an internship, several questions were raised leading to an initial question: In what way do the emotions of caregivers impact the care of a vital emergency situation? First of all, through research with authors, I was able to define and clarify the notions referring to my subject. These data were then confronted with the reality in the field with professionals by conducting interviews with two nurses having different profiles and backgrounds. They highlighted the value of teamwork as well as emotional factors. The analysis of the interviews confronted with the theory and my professional posture in a discussion, enabled me to highlight the importance of nursing skills and experience in the management of vital emergencies, as well as the different functions of emotions in care. These data provide elements of an answer to the initial question and open up to a research question.</p>
<p>Au cours de notre exercice professionnel, chaque soignant est susceptible d'être confronté à une urgence mettant en jeu le pronostic vital du patient. Ce travail de recherche étudie la place des émotions des soignants dans le prendre soin du patient en situation d'urgence vitale. A partir de deux situations de départ survenues au cours d'un stage, plusieurs questionnements ont été soulevés pour aboutir à une question de départ : En quoi les émotions des soignants impactent-elles le prendre soin d'une situation d'urgence vitale ? Tout d'abord, par le biais de recherches auprès des auteurs, j'ai pu définir et expliciter les notions faisant référence à mon sujet. Ces données ont ensuite été confrontées à la réalité du terrain auprès des professionnels en réalisant des entretiens avec deux infirmières dont les profils et les parcours sont différents. Elles mettent en avant l'intérêt du travail en équipe ainsi que les facteurs émotionnels. L'analyse des entretiens confrontée à la théorie et à ma posture professionnelle dans une discussion, permet de relever l'importance des compétences et de l'expérience infirmière dans la gestion de l'urgence vitale, ainsi que les différentes fonctions des émotions dans la prise en soin. Ces données permettent d'apporter des éléments de réponse à la question de départ et d'ouvrir sur une question de recherche.</p>
<b>KEY WORDS</b> : EMOTIONS - LIFE-THREATENING EMERGENCY - CARE - NURSING SKILLS - TEAMWORK
<b>MOTS CLES</b> : EMOTIONS - URGENGE VITALE - PRENDRE SOIN - COMPETENCES INFIRMIERES - EQUIPE
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : 2, rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 09 TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES - Année 2020