



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La gestion des émotions en situation d'urgence



Formateur référent mémoire : Séverine Ducloyer

LE BIHAN Léna
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : La gestion des émotions en situation d'urgence

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 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 02 mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : Léna Le Bihan

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^{er} : 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

Tout d'abord, un grand merci à ma maman qui m'a soutenue et encouragée depuis le début de ma formation. Merci à ma sœur et mon frère d'avoir été là pour m'épauler.

Merci à mes meilleures amies : Elsa, Estelle, Anaëlle et Camille pour leur soutien et leur aide incomparable dans les moments difficiles comme dans les moments de joie.

Merci à mon ami et collègue de promotion Richard pour son soutien et les moments partagés durant ces trois années de formation.

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

Merci à Elsa et à ma sœur pour leur relecture bienveillante et clairvoyante.

Merci à Séverine, ma formatrice référente du MIRS, 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 à tous les professionnels, que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, de m'avoir appris le métier d'infirmière. 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'APPELS.....	2
2. MON QUESTIONNEMENT.....	4
3. LA QUESTION DE DÉPART.....	5
LE CADRE THÉORIQUE	6
1. PRENDRE SOIN.....	6
1.1 Définition.....	6
1.2 Care ou Caring.....	6
2. URGENCE.....	8
2.1 Urgence = rapidité ?.....	8
2.2 L'urgence vitale ou absolue.....	9
2.3 Législation.....	10
3. LES ÉMOTIONS.....	11
3.1 Définition.....	11
3.2 Les réactions physiologiques et comportementales.....	11
3.3 Les différentes émotions.....	12
3.4 Le stress.....	13
3.4.1 Définition.....	13
3.4.2 La gestion du stress.....	14
3.4.3 Le stress des soignants en situation d'urgence.....	15
4. L'EXPÉRIENCE IDE.....	16
4.1 Définition.....	16
4.2 De novice à expert.....	17
L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE DE TERRAIN	18
1. MÉTHODOLOGIE.....	18
2. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	20
2.1 Représentation de l'urgence.....	21
2.2 Rôle et compétences IDE en situation d'urgence.....	21
2.3 Les émotions soignantes en situation d'urgence.....	22
2.4 Savoir être et organisation d'une situation d'urgence.....	22
2.5 Le débriefing.....	23
2.6 Impact et évolution de l'expérience en situation d'urgence.....	23
LA DISCUSSION	23
1. L'urgence.....	24
1.1 La temporalité.....	24
1.2 La subjectivité.....	25
1.3 L'urgence vitale.....	26
1.4 Rôle et compétence.....	26

2. Les émotions.....	27
2.1 Les facteurs émotionnels.....	27
2.2 La gestion des émotions.....	29
3. Le prendre soin en situation d'urgence.....	30
4. L'expérience IDE.....	30
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	35
ANNEXES	

SIGLIER

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

UMCA : Urgence Médicale et Chirurgicale Adulte

COVID : Corona Virus Disease

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

CTCV : Chirurgie Thoracique et Chirurgie Vasculaire

KTC : Cathéter Veineux Central

KTA : Cathéter Artériel

SE : Seringue Électrique

CEC : Circulation Extra Corporelle

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences

HAS : Haute Autorité de Santé

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CH : Centre Hospitalier

INTRODUCTION

Le Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins infirmiers vient clore mes trois années de formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pontchaillou à Rennes. Elles m'ont permis d'évoluer et de me construire, personnellement et professionnellement, à travers les stages pratiques et les apports théoriques.

Ce travail d'initiation à la recherche porte sur la gestion des émotions en situation d'urgence. Dans ce sujet je souhaite comprendre l'impact des émotions ressenties par l'infirmière lors de la prise en soin du patient en situation d'urgence. Je souhaite déterminer l'influence de l'expérience professionnelle de l'infirmière sur la gestion de ses émotions et sur le prendre soin en situation d'urgence.

Durant sa carrière professionnelle en tant qu'infirmière diplômée d'état (IDE), chaque soignant est susceptible d'être confronté au moins une fois à une situation d'urgence. Que ce soit dans un service de médecine, de chirurgie ou de psychiatrie, les situations d'urgence suscitent chez les soignants certaines émotions, qui peuvent s'avérer complexes. Afin de me préparer au mieux à mon futur métier, il est important à mes yeux de développer la dimension de l'expérience infirmière, et cela dans la perspective éventuelle d'exercer au sein d'un service des urgences.

Tout au long de ce travail de recherche, je cherche avant tout à développer une certaine réflexion quant à l'amélioration de ma pratique et de la qualité du soin apporté au patient.

Pour vous guider dans cette compréhension, je me suis appuyée sur deux situations de stage qui ont suscité des questionnements. Ces derniers m'ont amenée à définir ma question de départ. Afin de la cerner, je détaillerai, grâce à de nombreux auteurs, les concepts clés tels que : le prendre soin, l'urgence, les émotions et l'expérience. Puis je mènerai deux entretiens auprès d'IDE, que j'analyserai, afin d'avoir une vision de la réalité du terrain. Enfin, je terminerai par confronter les données théoriques, pratiques et ma posture professionnelle. Ceci permettra de donner des éléments de réponse à la question de départ et, probablement, d'ouvrir sur d'autres interrogations et sur une question de recherche.

L'ÉMERGENCE DE LA QUESTION DE DÉPART

Tout d'abord, il s'agit de mettre en lumière les deux situations d'appels qui ont suscité mon intérêt pour ce travail de recherche.

1. LES SITUATIONS D'APPELS

Situation d'appel n°1 :

Je suis étudiante infirmière en 2ème année, pour mon stage de semestre 3 je suis aux Urgences Médicales et Chirurgicales Adultes (UMCA). Je rappelle que nous sommes en période de crise sanitaire liée au COVID (corona virus disease).

Lors de ma septième et dernière semaine de stage au sein du déchocage. Nous venons de recevoir un appel de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) pour une patiente qui va venir rapidement à la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). Mme B vient pour une luxation du coude suite à une chute de vélo sur du verglas.

J'accueille donc Mme B au déchocage en me présentant et je prends les transmissions de l'infirmière. Elle criait très fort, son faciès était crispé, elle n'arrivait même pas à me répondre tellement elle avait mal. Au même moment, nous recevons un patient COVID positif, l'infirmier me dit qu'il va s'occuper de ce monsieur pendant que moi je m'occupe de Mme B. Au début ses cris ne me perturbaient pas, j'arrivais à faire ce que j'avais à faire sans stresser. Mais au moment où toute l'équipe était partie et que je me suis retrouvée seule à gérer cette situation, j'ai sentie la pression montée.

Je comprends tout de suite que la patiente va aller au bloc opératoire afin de procéder à une réduction. Avec l'aide de l'aide-soignante, nous commençons à la préparer pour le bloc en coupant ses vêtements. Ma collègue a dû partir aider pour la prise en charge du patient atteint par la Covid. Je me retrouve alors seule pour poursuivre la préparation de Mme B. J'essaie de continuer à découper ses vêtements mais la douleur est telle que seule je n'arrive à rien. Au regard de la douleur de la patiente, je me concentre sur les moyens à ma disposition pour la soulager en suivant le protocole en vigueur. Malheureusement l'antalgique de palier 1 en intraveineux ne suffit pas. Un médecin, en passant, me propose son aide et me prescrit de la morphine et de la kétamine. Je connais la morphine mais pas la kétamine. Je sens mon stress monter et atteindre un niveau élevé au point que le médecin s'en rend compte. Il me rassure en vérifiant mon calcul de dose et en restant le temps de la préparation et de l'administration de ces drogues. La patiente est rapidement soulagée me permettant de continuer sa préparation pour le bloc. L'infirmier est revenu peu de temps après que la patiente soit enfin soulagée. Je lui ai fait mes transmissions. Il m'a félicité sur ma prise en charge, ce qui a provoqué chez moi un sentiment de fierté. Nous n'avons pas pris le temps de debriefer sur ce

que j'ai ressenti lors de cette prise en charge en autonomie, ce stress qui à un moment de ma prise en charge m'a déstabilisée au point que je ne savais plus quoi faire avant l'arrivée de ce médecin. J'ai eu un sentiment d'impuissance que je me suis retrouvée seule face à cette patiente dont je n'arrivais pas à soulager sa douleur.

Situation d'appel n°2 :

Je suis étudiante infirmière en 3ème année, pour mon stage de S5 je suis en réanimation chirurgie thoracique et chirurgie vasculaire (CTCV).

L'unité accueille des patients adultes pour de la chirurgie programmée ou en post urgence. Les patients sont des adultes, au 3/4 des hommes opérés d'une chirurgie cardiaque, thoracique ou vasculaire.

Nous sommes à ma quatrième semaine de stage, il est midi, je dois prendre en soin deux patients sur trois, dont voici les transmissions :

- Mr B, J1 d'une plastie mitrale, extubé, avec des drains médiastinaux qui donnent peu, un KTC et un KTA. Aujourd'hui, je dois faire les surveillances toutes les deux heures, ainsi que les pansements de ses KT.

- Mr R, J4 d'un remplacement de valve aortique. Mr R était sortant la veille mais depuis deux jours il est en hyperthermie, on ne retrouve pas d'anomalies sur les hémocultures. Cet après-midi, le médecin doit remettre un cathéter artériel (KTA) et un cathéter veineux central (KTC), afin d'avoir sa tension en continue et de mettre en place une antibiothérapie.

Je commence mon premier tour de surveillance, assez rassurée. Pour Mr B, il n'y a rien à signaler de particulier, il n'est pas algique, après l'avoir réinstallé, je vais voir Mr R. A mon arrivée, Mr R était à 39,8°, il présentait des frissons, une hypotension et une tachycardie. Je ne pensais pas qu'en arrivant dans la chambre il allait être dans cet état au vue des transmissions. Cependant, je ne stresse pas ni ne panique car depuis le début de mon stage j'ai pu voir des patients dans un même état qui s'est réglé assez rapidement par la suite. Je décide donc de prévenir l'infirmière puis le médecin. Suite aux informations transmises, le médecin décide de poser tout de suite le KTA puis le KTC. Je l'assiste, soulagée d'être aidée de l'infirmière et de l'aide soignante, dans la pose des deux cathéters, Mr R était très angoissé à ce moment-là, l'aide soignante essayait de le rassurer au maximum. Je me sentais impuissante face à la situation car rien ne le soulageait, et ça n'allait pas en s'arrangeant. Le fait qu'il se dégradait commençait petit à petit à me stresser. Je n'arrivait pas à faire plusieurs choses à la fois, le rassurer et être là pour lui pendant que j'assistais le médecin. Lorsque le médecin pose le KTC, il me demande d'aller préparer une seringue électrique (SE) de noradrénaline car Mr R était hypotendu, je vais donc dans la chambre d'à côté car il n'y avait pas beaucoup de place dans la chambre de Mr R.

A la fin de la préparation de ma SE, j'entends l'infirmière crier fort "ramener le chariot d'urgence !", une vague de stress m'empare, je me dépêche donc d'aller dans la chambre de Mr R : il était en arrêt cardio-respiratoire. Le médecin me demande de mettre en place directement la SE de noradrénaline, sans me préciser le débit. Je demande donc gênée le débit et met en place le traitement en tremblant. Une fois la seringue mise en place je me mets à l'écart pour ne pas gêner la réanimation tout en restant disponible si besoin et j'observe la scène... Pour la réanimation de Mr R, il y avait dans la chambre l'aide soignante, 2 infirmières, un sénior et deux internes. Une infirmière s'occupait des drogues tandis que l'autre aidait le sénior à intuber, et les internes faisaient le massage cardiaque à tour de rôle. Ce qui m'a interpellé c'est le calme dans lequel cette réanimation a eu lieu. On aurait dit que chacun savait ce qu'il avait à faire. J'en étais admirative : rapidité, efficacité, coordination, communication et tout ceci dans le calme, sans éclat de voix. Puis ils ont appelé le bloc opératoire afin de mettre en place une circulation extra corporelle (CEC), donc 7 personnes sont arrivées en plus. Au regard de la situation, j'ai pris l'initiative de la prise en charge des 2 autres patients du secteur. J'ai réalisé les surveillances et les soins en autonomie. J'étais bien dans ce rôle que j'avais pris et c'était pour moi une raison d'échapper à cette situation très stressante. Je me suis sentie utile. Une fois Mr R stabilisé, l'infirmière est venue me voir et je lui ai transmis ce que j'avais fait. Elle m'a félicitée pour ma prise d'initiative. Nous n'avons pas reparlé de qui c'était passé, de mes émotions et de mon ressenti, je n'ai pas osé.

2. MON QUESTIONNEMENT

Ces deux situations ont fait émerger plusieurs questions relatives à l'urgence, aux émotions, à l'expérience et à l'impact que cela peut avoir dans la prise en soins. Dans la première situation, j'étais actrice et même l'actrice centrale, alors que dans la seconde situation j'étais plus observatrice. Cependant, que ce soit dans l'une ou l'autre, je me suis sentie en difficulté face à ces deux situations.

Quelle place tiennent les émotions de l'infirmière dans les soins ? Sont-elles une faille quant à la qualité de la prise en soin des patients ? Quelles sont les conséquences d'une intériorisation excessive des affects ? Dans le cas d'une situation d'urgence, la répétition de cette dernière permet-elle de mieux gérer ses émotions ? Quels moyens l'infirmière mobilise-t-elle au cours des soins d'urgences pour gérer ses émotions ? En quoi la présence du médecin peut rassurer lors d'une situation d'urgence ? Est-ce que l'expérience joue un rôle dans la gestion des émotions et donc dans la qualité de la prise en charge du patient ?

3. LA QUESTION DE DÉPART

Ces questionnements sont à l'origine de ma question de départ qui est **dans un contexte de situation d'urgence, en quoi l'expérience de l'IDE influence la gestion des émotions du soignant dans le prendre soin ?**

Je tenterai d'y répondre en commençant par me référer à des auteurs de référence sur les différents concepts posés. Je poursuivrai ma réflexion en réalisant des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières. Entretiens que j'analyserai afin de confronter la vision du terrain aux grandes théories. J'exposerai mon cheminement par rapport à ma problématique de départ tout en essayant d'apporter un éclairage en m'appuyant sur la théorie d'auteur de référence et sur le retour d'expérience de professionnels de santé.

LE CADRE THÉORIQUE

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à ma question de départ, il convient de commencer par explorer les quatre concepts principaux auxquels elle fait référence. Je vais tenter de les définir par l'intermédiaire des propos de différents auteurs.

Tout d'abord, j'évoquerai le prendre soin. Ensuite, je ferai un point sur le contexte de mes situations, à savoir la situation d'urgence. Puis, j'aborderai les émotions liées à ces situations pour finir sur l'expérience infirmière.

1. PRENDRE SOIN

Il s'agit tout d'abord de définir le prendre soin, notion présente dans mes situations d'appels.

1.1 Définition

“Gérondif du verbe “to care” communément traduit par “prendre soin”, le terme anglais “caring” implique une action de soin et traduit d’une certaine façon d’être dans la relation de soin.” (Vigil-Ripoche, 2009, p.96) Selon Walter Hesbeen, cité par Vigil-Ripoche, prendre soin de quelqu’un n’est pas forcément une action de soin. Pour lui, c’est “porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à sa santé.” (2009, p.97)

“Le « prendre soin » n'est ni une théorie ni une science. Ceci est une "valeur" et n'a pas de statut de "vérité". Cette valeur est associée à un état d'esprit, à un comportement ou à une tentative d'agir dans la vie. Il est conçu pour aider à rencontrer et à soutenir les autres en sa présence en vue de s'impliquer dans le déploiement de la santé”.(Hesbeen, 1999. p.14)

Mais qu’est-ce vraiment le “care” et le “caring” ?

1.2 Care, Caring

Pour ce qui est du care, la théoricienne des soins Jean Watson, infirmière américaine, a développé ce concept avec une approche philosophique humaine. Elle le définit comme un ensemble de facteurs appelés "curatifs". C'est la base du processus de guérison qui favorise “le développement ou le maintien de la santé, ou la mort paisible”. (cité par Vigil-Ripoche, 2009, p.96)

François Boissière-Dubourg, cité par Paillard, rejoint la vision de Jean Watson puisqu'elle affirme que c'est "le soin prodigué dans sa plus totale congruence avec la personne rencontrée et qui respecte son propre système de représentations, et non pas en s'y opposant." Le care conduit à l'adoption d'attitudes et de comportements appropriés dans une situation donnée. Cela signifie que l'infirmière peut être empathique et donc hors de ses normes afin de respecter les normes du patient. Le care englobe également "la capacité de s'occuper d'autrui et de lui porter attention, d'une façon individualisée". (2015, p.71)

J-M Morvillers, a un avis un peu différent des précédents auteurs car pour lui le care "renvoie au registre des émotions et des affects", au sens premier du terme. Il peut correspondre à un côté un peu plus négatif car "il met en question le registre de la douleur, de la tristesse ou de l'affliction". Il peut aussi renvoyer à une notion plus positive "puisque'il s'agit de soin, d'attention ou d'accompagnement". (Morvillers, 2015, p.78)

Pour ce qui est du caring, Barbara Timby explique que les interventions infirmières peuvent aider à rétablir ou à maintenir la santé d'une personne et comprennent des moyens aussi simples que de soutenir les activités de la vie quotidienne (bain, toilette, se nourrir). Toutefois, le rôle de l'infirmière s'accroît dans la mesure où il nécessite la prise en charge, en toute sécurité, des personnes soignées qui ont des besoins liés à un équipement technique complexe. (Paillard, 2015, p.71-72)

Le philosophe américain Milton Mayeroff, cité par Vigil-Ripoche, est plutôt en accord avec Barbara Timby. Selon lui le "caring" est "l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser", c'est un "processus et une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise le développement". (2009, p.96)

Le prendre soin possède des limites. Certaines de ces notions de "care" peuvent être retrouvées dans l'expression française de "prise en charge". Ces expressions avec le verbe "prendre" font toutefois l'objet de critique dans le sens où le verbe "peut connoter un rapport de domination, de pouvoir peu réfléchi du soignant sur le soigné car celui qui prend est actif et celui qui est pris est passif" et l'expression "en charge" évoque une matérialisation du patient en termes de "fardeau". (Vigil-Ripoche, 2009, p.98)

Aussi, le rôle des soignants s'est accru dans la mesure où il nécessite la prise en charge de résidents qui ont besoin d'équipements techniques complexes pour une sécurité absolue. Traditionnellement, les infirmières ont toujours été des « fournisseurs » de soins physiques pour ceux qui sont temporairement, ou définitivement, dépendants afin de répondre à leurs besoins de santé et de poursuivre leur autonomie. L'effet de la bienveillance représente ici les préoccupations et les liens qui découlent d'une relation étroite avec l'aidant. Les infirmières veulent aider une personne à retrouver

son autonomie, mais il est entendu qu'elles ne doivent pas développer de liens affectifs, par exemple en les considérant comme des proches. (Paillard, 2015, p.71-72)

Si la notion de prendre soin est complexe mais très importante dans le métier d'infirmière, il en est de même s'agissant de l'appréhension de l'urgence.

2. URGENCE

Il convient d'identifier et de définir le contexte dans lequel se déroulent les deux situations de départ développées précédemment : une urgence.

2.1 Urgence = rapidité ?

Comme l'explique Armelle Jacquemot, "les uns et les autres ont une conception et une perception différente" (p.762, 2020), ce qui rend le concept de l'urgence complexe à définir.

De façon générale, d'après 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.)

Pour Eric Revue, cité par Paillard et Jeanguiot-Pierre-Poulet, "l'urgence relève de l'absence de prise en charge rapide et qui pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables. Elle nécessite une évaluation diagnostique, la mise en œuvre d'un traitement et une orientation". (2015, p.433-434)

L'Association UPSA, également cité par Paillard et Jeanguiot-Pierre-Poulet, est en accord avec Eric Revue sur le fait que l'urgence "introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement" et ajoute que l'appréciation de l'urgence "appartient autant à la victime qu'au soignant" (2015, p.434)

Tous deux se mettent d'accord sur le fait que l'urgence est à l'origine d'une situation clinique imprévue.

Selon Nicole Aubert, cité par la Société Française de Médecine d'urgence (SFMU), la notion d'urgence désigne d'abord une situation (urgence contextuelle), puis un jugement porté sur la situation (urgence subjective), et enfin une action mise en place face à ce jugement. Pour elle, l'urgence est subjective car elle dépend des valeurs de la société mais aussi de la personne qui qualifie l'urgence.

Cependant, la SFMU explique que la subjectivité de l'urgence ne peut pas l'être pour des "infirmiers, professionnels de l'urgence". Face aux pathologies qui peuvent parfois être complexes, les différentes manifestations cliniques, la charge de travail, le nombre de patient mais aussi le stress, "une compétence infirmière s'avère indispensable pour éviter les pièges liées à la subjectivité" (2008, p.9)

Selon le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, les médecins utilisent des classifications d'urgence et mettent en œuvre leur intervention en fonction des risques estimés et des moyens disponibles :

- "urgence absolue" qui correspond à une situation de détresse vitale,
- "extrême urgence" (urgence immédiate) qui évolue très vite vers l'urgence absolue
- "urgence relative" qui peut attendre
- "urgence potentielle" qui nécessite seulement une surveillance attentive (2022)

Nous avons vu que la définition de l'urgence renvoie à la notion de risque faible ou vital, mais qu'elle fait aussi appelle à une certaine subjectivité. Si nous faisons à présent un focus sur l'urgence vitale.

2.2 L'urgence vitale ou urgence absolue

Il m'a semblé important d'explorer l'urgence vitale rencontrée au cours de ma deuxième situation d'appel.

L'urgence absolue arrive lorsque la vie d'une personne est en jeu. Cela peut être à la suite d'une perte de connaissance, d'une hémorragie, d'un problème cardiaque, de difficultés respiratoires importantes, d'une douleur intense. (Hospices civils de Beaune, s.d.) L'HAS fait également correspondre l'urgence vitale au terme d'urgence absolue. Pour elle, c'est "une situation où la vie du patient est en danger imminent et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés." Elle ajoute que "toute pathologie mettant en jeu le pronostic vital" rentre dans le cadre d'une urgence vitale. (2021, p.1)

D'après Jean-Yves Fagon, le terme "urgence vitale" correspond à des situations pour lesquelles il faut agir dans la seconde, comme pour l'arrêt cardio-respiratoire. Dans d'autres cas cela peut être de l'ordre de la minute, de l'heure ou de la journée.(s.d.)

Dans cette partie, nous constatons que la notion de temporalité est très présente. Nous allons nous intéresser à l'urgence d'un point de vue législatif.

2.3 Législation

Depuis l'arrêté du 3 mars 2006, l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) est obligatoire pour l'ensemble du personnel des établissements de soins et des secteurs médico-sociaux. Il s'agit des professions inscrites dans la quatrième partie du code de la santé publique, pour qui le niveau 2 est requis. L'AFGSU ayant une validité de 4 ans, il est nécessaire de réactualiser régulièrement ses connaissances en soins de premier secours. Être informée de ces techniques permet à l'infirmière de réaliser des actes conservatoires sur rôle propre, mais, en l'absence de son binôme médical, sa démarche peut malheureusement manquer d'efficacité. (Kipper, 2013, p.35-36) Selon l'Haute Autorité de Santé (HAS), cité par Mazon et Kerrou, 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).(2017, p.20)

Le métier d'infirmière ainsi que ses compétences sont encadrés par des référentiels et des textes législatifs. D'après l'Article premier de l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier, les compétences professionnelles sont nécessaires pour exercer les activités du métier d'infirmier définies dans le référentiel d'activités et de compétences. Selon la 2e compétence, l'infirmière peut "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).

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'urgence et décider des soins à prodiguer en absence de protocole et de présence médicale". (2020) Face à cette habilitation, la Société Française de Médecine et d'Urgence (SFMU), a également rédigé certaines recommandations adaptées aux différentes urgences rencontrées (2015) telles que : l'arrêt cardio-respiratoire, les différents chocs possibles, etc.

Pour faire face à une situation d'urgence, un chariot d'urgence contenant le matériel nécessaire aux urgences vitales et aux réanimations est présent et disponible dans tous les services de soins. Sa localisation est signalée et doit être connue de tous les soignants (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 2004).

Après avoir défini l'urgence en développant sur l'urgence vitale et fait un point sur la législation qui encadre le métier d'infirmière dans les situations d'urgence, il convient d'aborder l'autre concept clé inhérent à ma question de départ : les émotions.

3. LES ÉMOTIONS

L'infirmière, face à une situation d'urgence, peut éprouver une multitude d'émotions. Il me semble nécessaire de comprendre l'impact que ces émotions peuvent avoir dans ce genre de situation. Pour cela j'aborderai ce qu'est une émotion et ses manifestations physiologiques et comportementales, en faisant un focus particulier sur le stress.

3.1 Définition

Le mot émotion a été construit au XIIIe siècle à partir du mot motion (mouvement) d'après l'ancien français. Au XVe siècle, le mot est utilisé au sens de "trouble moral" et au XVIe siècle, comme dérivé d'émouvoir (du latin emotionem, de emotum, supin de emovere). (Fernandez,2009,p.158)

De nombreux auteurs développent et définissent la notion d'émotion dans leurs ouvrages. De façon générale, pour Michel Minder, cité par Paillard, l'émotion est un "état psychologique qui possède un caractère de choc", elle peut se manifester de façon brusque ayant une phase de tension puis une phase de détente. (2015, p.154) D'après N. Sillamy, cité par Fernandez, l'émotion est "une réponse globale forte d'un organisme à une situation inattendue, accompagnée d'un état émotionnel douloureux ou agréable".(2009,p.158)

Selon Didier Anzieu et al., également cité par Fernandez, les émotions sont des états spécifiques qui se produisent dans des conditions incertaines (états dits émotionnels), accompagnés "d'expériences subjectives et de manifestations physiques et viscérales."(2009,p.158) Thines et Lempereur, cité par Paillard, les rejoignent en expliquant que les émotions agissent sur tout notre organisme et affectent notre corps, nos pensées et nos actions.(2005,p.154)

Les émotions provoquées par l'environnement sont ainsi sources de réactions visibles, physiologiques et comportementales, qu'il convient d'approfondir lors de leur émergence en situation d'urgence.

3.2 Les réactions physiologiques et comportementales

Dantzer, Anzieu et al., Thines et Lempereur sont tous d'accord pour dire que les émotions ne sont pas purement cérébrales mais peuvent être accompagnées de modifications physiologiques et somatiques (cité par Cosnier, 1994; cité par Fernandez, 2009; cité par Paillard, 2005). Ces

modifications sont rapides car selon Ekman et Friesen cités par Cosnier également, “les réactions physiologiques peuvent survenir en une fraction de seconde et les mimiques en quelques millisecondes”. Une tension rapide permet de distinguer les émotions de base des autres états émotionnels, comme les sentiments forts.(1994, p.31).

Les manifestations physiologiques sont multiples telles que : 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 elles sont plus contrôlées que les manifestations non verbales. (J. Cosnier, 1994, p.14)

Les différentes émotions ainsi que les réactions physiologiques et comportementales qui caractérisent les émotions définies, nous allons nous intéresser aux différentes émotions que l’on peut retrouver.

3.3 Les différentes émotions

Selon Robert Dantzer, “les émotions sont caractérisées par des sensations plus ou moins nettes de plaisir ou de déplaisir. Les émotions agréables ou positives accompagnent la survenue ou l’anticipation d’événements gratifiants. Les émotions désagréables ou négatives sont associées à l’expérience de la douleur, du danger ou de la punition.”(2002)

Presque tous les experts s’accordent à dire qu’il existe un certain nombre d’émotions “discrètes” (c’est-à-dire distinctes les unes des autres), appelées émotions de base ou primaires. Elles se caractérisent par des expériences, des comportements et des manifestations physiques spécifiques. Les 6 émotions “de base” sont : la joie, la peur, la surprise, la colère, le dégoût et la tristesse.(Cosnier, 1994, p.26) Selon les auteurs, elles sont également considérées comme primitives, voire darwiniennes, et contrairement aux changements subtils qui instaurent des émotions associées à des contextes sociaux et relationnels complexes.(Claudon & Weber, 2009, p.62)

Le site internet boussole des émotions, distingue deux types d’émotions : les émotions primaires et les émotions secondaires. Les émotions primaires seraient des “réactions émotionnelles spontanées” par rapport à une situation. Elles sont appelées ainsi car ce sont-elles qui apparaissent à l’origine, c’est la première réaction à une situation ou à quelque chose. Les émotions secondaires

sont, quant à elles, “une réponse émotionnelle à une émotion primaire”. Par exemple, le fait d’être triste suite à une mauvaise action d’une personne qu’on aime peut générer de la colère. Ici, l’émotion primaire est la tristesse et l’émotion secondaire est la colère. Il ajoute que les émotions primaires correspondent généralement aux 6 émotions de base, expliquées plus haut, mais que les émotions secondaires peuvent aussi l’être. (2019)

S’il existe un panel diverse d’émotions possibles, il est important de développer la notion de stress qui, aux vues de mes situations d’appel, occupe une place importante dans le métier d’infirmière.

3.4 Le stress

“Lorsque l’équilibre physiologique est remis en cause, apparaît la notion de stress”. (C. Belzung, 2007, p.142).

3.4.1 Définition

Selon Anne-Marie Pronost, le mot stress trouve ses origines dans l’ancien français “estrece” ou “estresse” du verbe “estrecier”. Il est associé au processus d’invasion émotionnelle. C’est le résultat d’une pression externe ou interne qui est perçue comme une tension qui doit être soulagée. (2009, p.264)

Si la notion d’angoisse-anxiété est d’essence psychologique, la notion de stress s’étaye sur la biologie. La publication de Stress of life par Hans Selye a développé cette notion 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” (Cosnier, 1994, p.128).

Selye, cité par Pronost, ajoute que le stress conduit à un syndrome d’adaptation commun. Ses effets sont répandus dans tout le corps et peuvent même être mortels si le cortisol est maximal. L’accent est mis sur la réponse physiologique et les aspects psychologiques sont ignorés.(2009, p.264)

Lazarus, Bruchon-schweitzer et al., cité par Pronost, expliquent que le stress dépend de la façon dont on perçoit la situation dans laquelle on se sent impliqué. Les individus sont des acteurs qui modifient les effets des facteurs de stress par des stratégies agressives, cognitives et émotionnelles. (2009, p.264)

Selon le chercheur Hans Selye, cité par Chakroun et al., l'état de stress se manifeste par une série de réponses physiques aux effets non spécifiques de facteurs de stress physiques, chimiques et/ou biologiques. Le même chercheur a fait la distinction entre "l'eustress" qui correspond aux plaisirs liés au bonheur et entre le "distress" qui correspond à l'inconfort, à la douleur intolérable et souvent liée à la douleur.(2013, p.568)

Nous constatons que la définition du stress comporte plusieurs axes en fonction des auteurs. Cette émotion est de l'ordre du subjectif, d'où ces différentes définitions. Je vous propose maintenant de nous intéresser à la gestion de cette émotion qu'est le stress.

3.4.2 La gestion du stress

Il existe 2 types d'opérations mentales mobilisées, lors de situation de stress : les mécanismes de défense et les processus de coping.

Les mécanismes de défense ont été découverts par la psychanalyse et occupent une place importante dans la théorie et le traitement psychanalytique. (Chabrol, 2005, p.32) "Dans les situations difficiles, nous avons naturellement tendance à utiliser des mécanismes de défense pour nous protéger : ce sont des mécanismes psychologiques inconscients qui permettent de réduire le stress mental, notamment l'anxiété qui surgit face à des stimuli potentiellement dangereux pour le corps humain, la personnalité et l'organisme en général." (Psychologue.net, 2017)

Le processus de coping a été étudié à l'aide de méthodes psychologiques scientifiques et est actuellement au centre de l'attention des psychologues de la santé et des thérapeutes cognitivo-comportementaux qui ont accordé une place importante à leur théorie et à leur traitement. Contrairement aux mécanismes de défense, le processus coping est défini comme "une activité mentale volontaire dans laquelle le sujet choisit consciemment de répondre à des problèmes internes et/ou externes".(Chabrol, 2005, p.32)

Autre que les mécanismes de défenses et le coping, il est important de connaître d'autres méthodes mais aussi ce qui est mis en place dans certains hôpitaux sur la gestion du stress.

Les programmes de gestion du stress se sont multipliés ces dernières années. On peut citer quelques activités souvent préconisé à titre individuel :

- La relaxation et des méthodes apparentées (sophrologie et yoga)
- Les exercices d'imagerie mentale (méditation, hypnose)
- Les procédés autocalmants (gestes d'auto-contacts, tapotements, manipulation d'objet,etc)

- Les relations sociales amicales ou intimes (opportunités de mettre ses expériences affectives en mots)
- Tabac, alcool, tranquillisants (Cosnier, 1994, p.138-139)

Pronost explique qu'il existe une formation à la gestion du stress basée sur une approche interactive. Elle permet de mieux comprendre la nécessité d'être à la bonne distance, d'augmenter son "niveau d'hardiesse" et de mettre en place un soutien social. Les soignants perçoivent comme efficace d'établir des projets de service ou de groupe de soutien pour réduire le stress émotionnel. (2009, p.265)

S'il existe plusieurs outils à mettre en place en tant qu'individu afin de gérer le stress de la meilleure façon, il convient d'approfondir cette notion chez les soignants en situation d'urgence.

3.4.3 Le stress des soignants en situation d'urgence

Le fait d'être impliqué dans plusieurs situations d'urgence est une bonne raison pour le développement d'un état stressant, également connu sous le nom de fatigue ou épuisement émotionnelle. (Chakroun et al. 2013, p. 566)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que le stress au travail affecte négativement la santé mentale et physique d'un individu mais aussi sur les performances de l'entreprise, en l'occurrence les services des soins. En fait, le stress est considéré comme la première cause de fatigue émotionnelle. C'est l'un des trois paramètres de base qui définissent la fatigue professionnelle ou « burnout » : la dépersonnalisation, la diminution de l'accomplissement de soi et la fatigue émotionnelle.

Le terme « stress au travail » semble plus fréquent chez les professionnels ayant des relations d'aide (infirmiers, médecins, thérapeutes, travailleurs sociaux, enseignants). Les statistiques américaines confirment cette tendance. Parmi les 17 professions qui présentent le plus de problèmes de santé mentale, 15 se retrouvent dans le secteur hospitalier. L'environnement de soins est donc une cible particulière et les professionnels de santé qui sont confrontés à la détresse, à la maladie, au décès et à une détresse psychologique importante ne sont pas concernés par ces risques. La médecine d'urgence est l'une des professions les plus exposées aux stress professionnel. (Chakroun et al. 2013, p.568)

Après avoir développé les émotions et leur définition, je souhaite terminer mon cadre théorique en abordant l'expérience infirmière, mon questionnement premier étant l'impact de cette dernière sur le prendre soin et sur la gestion des émotions en situation d'urgence.

4. L'EXPÉRIENCE IDE

4.1 Définition

Le terme "expérience" vient du latin *experientia*, de *experiti*, qui veut dire faire l'essai. Le dictionnaire Larousse définit, de manière générale, le terme expérience comme étant "la pratique de quelque chose, de quelqu'un, l'épreuve de quelque chose, dont découlent un savoir, une connaissance, une habitude. En découle une connaissance tirée de cette pratique." (Expérience, s.d.) Autrement dit, l'expérience résulte de notre pratique infirmière.

Selon le dictionnaire trésor de la langue française, cité par Paillard, l'expérience est "le fait que, volontairement ou involontairement, la connaissance de l'être ou des choses s'acquiert ou se développe par sa pratique et, plus ou moins, par l'exposition au monde".(2015, p.172)

Pour Carl Rogers, l'expérience est un processus "expérientiel" dans lequel les expériences, le ressenti et les émotions occupent une plus grande place. Cette approche éducative et thérapeutique vise à créer une culture de confiance entre les soignants et les patients, leur permettant d'apporter des changements et d'appréhender de nouvelles situations. (Paillard, 2015, p.172)

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, l'expérience, au singulier, signifie d'une manière générale et abstraite, les leçons tirées de l'utilisation de la vie. "Quand on applique à un médecin le mot expérience pris au singulier, il exprime l'instruction qu'il a acquise par l'exercice de la médecine." Il en va de même pour les autres professions, et en ce sens on dit d'un homme qu'il a acquis de l'expérience, qu'il a de « l'expérience ». (Expérience, 2012)

Pour aller plus loin dans la définition, il est important de définir l'expérience professionnelle. Pour Christine Paillard, l'expérience professionnelle résume les compétences acquises à travers un large éventail de connaissances tout au long du processus cognitif acquis durant la carrière. Certaines procédures (dispositifs légiférés) permettent de valider "des acquis de l'expérience".(2015, p.172)

Pour Patricia Benner, le mot "expérience" ne fait pas simplement référence au "passage du temps". Il s'agit plutôt d'améliorer la théorie et les croyances des préjugés en rencontrant de

nombreuses situations du monde réel qui ajoutent des nuances et des différences subtiles à la théorie. (1995, p.35-36)

A présent, je vais exposer la vision de Patricia Benner sur l'expérience infirmière via son livre "De novice à expert".

4.2 De novice à expert

Patricia Benner, infirmière, développe cinq niveaux croissants de la compétence infirmière : novice, débutant, compétent, performant puis expert. Ce modèle d'acquisition des compétences, inspiré par le modèle de Stuart et Hubert Dreyfus, démontre toute l'importance de l'expérience dans la pratique infirmière.

Les novices n'ont aucune expérience des situations qu'ils peuvent rencontrer. Ces situations leur sont expliquées à l'aide d'éléments objectifs pour les informer et leur permettre d'acquérir l'expérience nécessaire au développement de leurs compétences. Leur pratique se limite souvent à gérer des paramètres mesurables (poids, température, etc.) et à mettre en place des règles standard indépendantes du contexte. En conséquence, leur comportement est restreint et rigide, et leur comportement peut être inutile ou inapproprié. Être novice n'est pas qu'un étudiant en soins infirmiers qui arrive dans un nouveau service. Les infirmières arrivant dans un nouveau service peuvent être considérées comme des novices car elles ne connaissent pas les patients et leurs caractéristiques ainsi que le matériel, le personnel soignant, etc.

Les débutants ont vécu suffisamment de situations réelles pour être conscients des facteurs importants qui se reproduisent dans la même situation (soit par eux-mêmes, soit sous la direction du tuteur). Ces facteurs (Dreyfus les appelle « aspects de la situation ») comprennent l'ensemble des traits globaux qui ne peuvent être identifiés que par l'expérience antérieure. Les débutants peuvent développer des principes qui dirigent leurs actions, mais les divers attributs et aspects de ces principes sont tous traités de la même manière.

L'infirmière compétente travaille dans le même secteur depuis 2 ou 3 ans. Elle commence à reconnaître ses actions en termes d'objectifs et de plans à long terme dont elle est consciente. Ce plan dicte quels attributs et aspects de la situation actuelle ou souhaitée doivent être considérés comme les plus importants et lesquels sont négligeables. Le plan de soins crée une perspective et se fonde sur une analyse analytique consciente et abstraite du problème. Une infirmière compétente n'a pas encore la

rapidité et la flexibilité d'une infirmière performante, mais elle sent qu'elle est en contrôle et peut gérer des situations inattendues.

L'infirmière performante voit la situation comme un tout, et non comme un aspect. Les perspectives ne sont pas considérées, mais sont présentées parce qu'elles sont basées à la fois sur l'expérience et sur l'événement actuel. Grâce à l'expérience, l'infirmière performante apprend des événements typiques qui peuvent se produire dans une situation particulière. Elle arrive à modifier ses plans pour faire face à ces événements. À ce titre, elle est consciente que des imprévus peuvent apparaître, mais leur expérience favorise leur capacité à réagir en fonction des priorités perçues. À ce stade, l'infirmière performante développe une compétence connue sous le nom de «signal d'alarme précoce», qui est le pouvoir de percevoir une détérioration de l'état de santé avant même que les signes vitaux n'expliquent ces changements.

L'experte peut passer de la compréhension à l'action sans s'appuyer sur les principes d'analyse (règles, maximes). Sa grande expérience lui donne une vision intuitive de la situation et lui permet d'appréhender un problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles. Cette maîtrise est telle que l'obliger à porter attention à des détails, à un modèle, ou à une règle formelle amènerait une détérioration de ses performances. L'infirmière experte cultive la notion de « ce qui est possible ». Ses interventions sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence. (1995, p.23 à 33)

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. MÉTHODOLOGIE

Le cadre conceptuel m'a permis de théoriser les concepts contenus dans ma question de départ grâce à la pensée d'auteurs reconnus. Mais il a ses limites. Il a été difficile pour certaines notions, notamment pour les émotions qu'une infirmière peut ressentir lors de situation d'urgence, de trouver des ressources bibliographiques. J'espère donc pouvoir compléter cette notion grâce à mon enquête exploratoire de terrain.

Afin de mener à bien cette enquête, j'ai choisi d'utiliser les entretiens semi-directifs. L'intérêt de cette méthode est d'avoir un cadre sur lequel s'appuyer pour guider l'entretien (voir Annexe I), tout en permettant à l'infirmière interrogée de s'exprimer librement. Elle permet de récolter des données qualitatives comme des explications ou des ressentis, nécessaires à l'exploitation de la question de départ.

La construction de mon guide d'entretien découle de mon cadre conceptuel. Pour la construction de ce dernier, j'ai commencé par définir les objectifs que je souhaitais atteindre. De ces objectifs, j'ai élaboré des questions ouvertes permettant de recueillir des données issues de leur expérience professionnelle.

Une fois mon guide d'entretien construit, j'ai fait le choix de réaliser deux entretiens auprès d'infirmières exerçant en réanimation. Pour recueillir des informations par rapport à l'expérience, je souhaitais interroger une jeune professionnelle (expérience <2 ans) et une infirmière plus expérimentée (>5 ans).

Pour ce qui était du choix du service, j'ai hésité entre un service d'urgence et un service de réanimation. Ayant fait un stage dans un service d'urgence, je me suis rendue compte que les plus grosses urgences (urgences vitales) arrivaient directement au déchocage. Cependant, pour être infirmier là-bas, il faut avoir de l'expérience donc il n'y avait pas de jeune professionnelle à interroger comme souhaité. J'ai donc décidé de choisir deux infirmières de réanimation pour mes entretiens.

Grâce à une connaissance, j'ai pu avoir le contact d'une ancienne élève de mon précédent IFSI lorsque que j'étais en première année. Après m'être renseigné sur son expérience, je l'ai contacté rapidement. Cette démarche a été facilitante pour moi, puisque j'avais déjà pu échanger avec elle il y a quelques années. Cette personne sera l'infirmière jeune diplômée que j'appellerai "IDE 1", pour conserver l'anonymat.

De plus, j'ai pu contacter une infirmière de réanimation via mail puis en appel. Cette dernière m'a très vite répondu pour convenir d'un rendez-vous. Cette personne sera l'infirmière expérimentée que j'appellerai "IDE 2", afin de garantir l'anonymat.

J'ai réalisé le premier entretien avec l'IDE 1 qui est une jeune diplômée de juillet dernier. Elle travaille depuis en réanimation dans un Centre Hospitalier (CH) Puis, j'ai réalisé mon second entretien avec l'IDE 2 qui est une infirmière depuis 16 ans. Elle a travaillé dans différents services tels que long séjour, urgence, chirurgie digestive, hémodialyse, hématologie, maladies infectieuses, néphrologie. Aujourd'hui, elle travaille en réanimation depuis 6 ans.

A cause de la distance, je n'ai pas pu réaliser mes entretiens en face à face. Cependant, le moyen que je trouvais le plus semblable était la visioconférence. Je trouvais important que ces entretiens ne se fassent pas simplement par téléphone car je préfère voir les personnes avec qui j'échange, ce qui me met plus à l'aise. Le langage non verbal apporte des informations supplémentaires quant au sens des réponses données. Certes la voix et l'intonation sont importantes, mais les expressions de visage facilitent également la compréhension et l'analyse.

Avec l'accord des deux infirmières, j'ai pu enregistrer les entretiens avec mon téléphone portable. Cela m'a permis de rester plus concentrée et disponible envers les infirmières pour écouter et répondre de manière plus naturelle. Ceci m'a également servi lors de la retranscription des entretiens (voir Annexe II et III).

La réalisation des entretiens à été pour moi un nouvel exercice. Lors du premier entretien je me suis sentie à l'aise du fait que je la connaissais déjà et qu'elle avait le même âge que moi. Nous nous sommes tutoyées dès le début. L'entretien a duré une vingtaine de minutes, les réponses étaient claires et riches, me permettant de récolter des données qualitatives en réponse à ma question de départ. J'ai eu le sentiment d'avoir réussi l'exercice qui ne s'avérait pas si simple que ça au début.

En revanche, pour le second entretien, du fait que je ne connaissais pas du tout l'infirmière, je me suis sentie moins à l'aise pour mener l'entretien. Le tutoiement a été proposé par l'infirmière. Il a duré une trentaine de minutes. Malgré des réponses variées et intéressantes de sa part, je trouve que l'entretien fût moins riche que le premier, puisqu'il y a eu quelques réponses très courtes alors que j'espérais un peu plus de développement. Mais je n'ai pas osé insister de peur que l'infirmière ne se sente pas à l'aise. Cette différence était-elle dû au fait que la jeune diplômée venait de réaliser cet exercice peu de temps auparavant ?

Tout au long des entretiens, j'ai pu garder le cap sur mes objectifs. Vers la fin de ces derniers, nos discussions ont dérivé sur des sujets plus personnels que je n'ai pas souhaité retranscrire par respect pour les infirmières et par souci de confidentialité. Ces moments seront illustrés par "[...]" dans la retranscription des entretiens.

Par l'intermédiaire de ces entretiens, j'ai obtenu plusieurs données. Il s'agit à présent d'analyser les propos énoncés par les deux infirmières. Pour ce faire, un tableau d'analyse des entretiens a été réalisé pour en recueillir les résultats (voir Annexe IV).

2. ANALYSE DES ENTRETIENS

Pour rappel, afin de garantir le respect de confidentialité des deux professionnelles, j'appellerai la jeune infirmière "IDE 1" et l'infirmière plus expérimentée "IDE 2".

2.1 Représentation de l'urgence

La définition d'une situation d'urgence selon l'IDE 1 et l'IDE 2 est comparable. Pour l'IDE 1, une situation d'urgence survient lorsque "les paramètres vitaux sont vraiment altérés voire critiques". Pour l'IDE 2, une situation d'urgence est "une défaillance qui commence à engager le patient, ce qui va engendrer un processus pour pouvoir résoudre ce problème". Elles ajoutent que ça peut être différentes urgences, avec "différents degrés" pour l'IDE 1 et "dépendent du service où nous sommes" pour l'IDE 2.

Les deux infirmières donnent toutes les deux des exemples d'urgences vitales similaires telles que : une fausse route et une détresse respiratoire pour l'IDE 1 en lien avec le respiratoire pour l'IDE 2, une bradycardie ou un arrêt cardiaque pour l'IDE 1 relié au cardiaque pour l'IDE 2, mais aussi une hypoglycémie pour l'IDE 1 lié au neurologique pour l'IDE 2. Soit de manière isolée ou conjointe pour l'IDE 2.

2.2 Rôle et compétences IDE en situation d'urgence

Lors d'une situation d'urgence, l'infirmière possède un rôle important et mobilise plusieurs compétences. L'IDE 1 explique qu'avant toute chose, l'infirmière est "autonome" et peut mettre en place certains soins avant d'appeler le médecin. Les deux infirmières sont toutes les deux d'accord sur le fait qu'il faut "alerter" le médecin et les collègues par la suite, où lorsqu'on se sent en difficulté.

L'IDE 1 énumère les capacités que l'infirmière doit posséder telles que des capacités "d'analyse", "d'écoute", de "coordination", "d'observation" et de "recherche".

L'IDE 2 explique que l'infirmière "n'est jamais seule en réanimation", il y a beaucoup de collaboration entre collègues. L'IDE 1 ajoute que, lors d'une réanimation, chaque soignant possède un rôle, une infirmière reste avec le patient, une autre reste à l'extérieur de la chambre pour "chercher le matériel" manquant et une autre "prépare".

La notion "d'anticipation" est soulignée par les deux IDE quand elles parlent de "préparer" par exemple, les drogues ou le remplissage à l'aide du chariot d'urgence avant que le médecin n'arrive.

L'IDE 2 évoque la notion d'habitude "des petites habitudes qui vont se mettre en place petit à petit". Quant à l'IDE 1, elle aborde la gestion du stress d'elle-même en disant qu'il faut "gérer son propre stress".

2.3 Les émotions soignantes en situation d'urgence

Ce qui est ressorti le plus du témoignage de l'IDE 1 par rapport à une situation qui l'a marqué de façon positive est "l'écoute" entre les différents soignants, mais également le fait que tout le monde était calme. Cela faisait que la situation se déroulait "facilement" et "tranquillement" et créait une bonne harmonie au sein du groupe, même si l'issue fut le décès du patient.

Pour l'IDE 2, la situation qui lui est venue en premier de façon positive est une situation qu'elle caractérise de "drôle". Elle a choisi une situation où le patient n'est pas décédé.

Pour ce qui est d'une situation plus complexe à gérer, l'IDE 1 explique qu'à cause de la situation sanitaire actuelle, les infirmières sont déployées sur deux services différents ce qui a engendré une situation "compliquée". Deux binômes sont restés bloqués dans les chambres car les deux patients avaient des urgences. Le premier avait un souci avec sa dialyse et l'autre était en arrêt. Cette organisation fait que ça a été "plus complexe à gérer".

L'IDE 2 a été marquée par une situation bien gérée mais où l'issue fut fatale pour le patient. Pour cette infirmière, plusieurs émotions sont présentes lorsqu'elle me raconte la situation : "ce n'était pas simple", "ça fait chier", "malheureusement" mais aussi "c'était dur". Elle termine sur le fait que "ça fait partie du taff" malgré que l'issue, mais aussi l'environnement l'ont marquée.

On constate que pour l'IDE 1 une situation d'urgence qui se passe bien est une situation qui se gère en équipe et dans le calme avec une communication fluide quelle que soit la finalité. Alors que pour l'IDE 2, une situation d'urgence qui se passe bien, c'est une situation où la finalité est positive. Une situation compliquée c'est lorsque la finalité amène au décès du patient. Le contexte dans lequel se déroule la situation ne semble pas être un critère pour l'IDE 2 contrairement à l'IDE 1.

2.4 Savoir-être et organisation d'une situation d'urgence

L'IDE 1 explique que, pour elle, une situation d'urgence est bien gérée lorsqu'il y a de l'écoute entre tous les soignants. Individuellement, elle trouve qu'il est important d'identifier ses émotions pour ensuite les gérer de la meilleure façon. Au contraire, ce qui fait qu'une situation se passe moins bien est lorsque c'est compliqué de dialoguer avec l'équipe, que personne ne parle et qu'on ne sait pas trop où on va.

Pour l'IDE 2, sa réponse est plutôt de l'ordre de la logistique, c'est-à-dire : une personne qui commande, généralement le médecin, puis deux infirmiers et deux aide-soignants dans la chambre et une personne à l'extérieur de la chambre. Selon elle, il ne faut pas trop de personnes dans la chambre, c'est un risque que ce soit brouillon et que tout le monde parle, cela ferait partie des choses qui font que ça peut mal se passer.

2.5 Le debriefing

Les deux infirmières interrogées affirment toutes les deux qu'il n'y a rien de mis en place dans leur service pour les équipes après des situations d'urgence.

Pourtant, elles expliquent toutes les deux que des débriefings ont lieu de façon spontanée au sein de l'équipe, entre pairs et avec l'équipe médicale. Pour l'IDE 1 ces moments sont importants pour appréhender les autres situations.

L'IDE 1 et l'IDE 2 ont des points de vue différents sur le fait d'en parler au sein de sa famille. L'IDE 1 exprime ce besoin de verbaliser ces situations avec sa famille et ses amies infirmières. Alors que l'IDE 2 va volontier en parler avec des collègues et ami(e)s professionnel(le)s mais surtout pas avec sa famille. Pour l'IDE 2 il paraît important de dissocier la vie professionnelle de la vie personnelle.

2.6 Impact et évolution de l'expérience en situations d'urgence

L'IDE 1 et l'IDE 2 sont en accord pour dire que l'expérience a un impact dans la gestion des urgences. Selon l'IDE 2, "plus tu vis ce genre d'urgence, plus tu sais comment réagir". L'IDE 1 l'a rejoint sur la même idée, mais à son échelle, c'est-à-dire jeune diplômée. Pour elle, l'expérience s'est faite grâce à ses stages.

Par rapport à l'évolution entre le début de leur carrière et maintenant, l'IDE 2 explique qu'au début de la réanimation elle n'était pas à l'aise, cela ne fait que deux ou trois ans qu'elle l'est.

Pour l'IDE 1, au début, elle ne se faisait pas confiance et appelait souvent ses collègues car elle avait l'impression d'être encore dans une posture étudiante. Mais à présent, elle trouve qu'elle appréhende mieux, qu'elle est moins stressée, qu'elle analyse plus, qu'elle passe plus à l'action et qu'elle se fait davantage confiance car elle est habituée.

L'analyse des entretiens réalisés, je vous propose de confronter les propos recueillis auprès des deux professionnelles aux théories des auteurs de référence que j'ai choisies et de me positionner à ce stade de ma réflexion sur le sujet.

LA DISCUSSION

Au cours de ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai, dans un premier temps, exposé les propos des auteurs au sujet des notions ayant émergées de ma question de départ. Ensuite, j'ai interrogé deux professionnelles de terrain et analysé leurs réponses. Dans cette dernière partie, je vais

croiser ces différentes données dans le but de les interpréter, et j'y ajouterai ma réflexion personnelle. Pour ce faire, je m'appuierai sur la chronologie de mes entretiens afin de rester cohérente vis-à-vis du déroulé de ce mémoire.

Je rappelle ma question de départ : **dans un contexte de situation d'urgence, en quoi l'expérience de l'IDE influence la gestion des émotions du soignant dans le prendre soin ?**

1. L'urgence

1.1 La temporalité

Eric Revue et l'association UPSA expliquent que l'urgence est à l'origine d'une situation clinique "imprévue". Cependant, les infirmières interrogées n'en parlent pas lorsqu'elles définissent l'urgence. Est-ce le fait qu'elles travaillent toutes les deux en réanimation et que l'état des patients considéré comme critique rend les situations d'urgences prévisibles ? L'urgence fait partie de leur quotidien. Les infirmières de réanimation recherchent des signes cliniques/paracliniques d'une aggravation de l'état de santé du patient et donc d'une urgence dite "vitale". Au contraire, dans un service de psychiatrie, les infirmières ne sont pas en recherche constante de signe de gravité. Ceci pourrait aussi faire appel aux notions d'expérience et de compétence de l'infirmière, que je développerais plus tard.

Il est aussi proposé plusieurs autres définitions par les auteurs. Le terme "traitement" revient pour le dictionnaire Larousse et pour Eric Revue. L'Association UPSA les rejoint en parlant "d'action médicale". Il est sous entendu qu'une urgence engendre une action de la part des soignants, comme par exemple l'administration d'adrénaline lors d'un arrêt cardiaque. L'IDE 2, en accord avec les auteurs, explique que l'urgence est "ce qui va engendrer un processus pour pouvoir résoudre ce problème".

Malgré la notion "d'agir vite" (Larousse, urgence, s.d.) ou d'agir "immédiatement" (Association UPSA, 2015, p.434), les deux infirmières interrogées n'en n'ont pas parlé. Peut-être qu'au vu de leur connaissance, de leur expérience et de leur service, le fait de réagir rapidement en situation d'urgence n'est pas sortie en premier car c'est quelque chose de logique pour elles.

Agir vite, d'accord, mais je pense qu'il ne faut pas se précipiter. Selon moi, c'est important d'agir rapidement en situation d'urgence, puisque la vie du patient est en jeu. Cependant, il est aussi important de prendre le temps d'analyser la situation, de prendre du recul. En tant qu'étudiante infirmière, il m'est déjà arrivée de réfléchir 30 secondes afin de comprendre ce qu'il se passe, élaborer un plan d'action dans ma tête et agir par la suite. Se précipiter pourrait aggraver le cas du patient, où nous mettre en difficulté, par exemple sur la gestion de nos émotions. A travers mes situations d'appels,

les infirmières ont dû agir vite lors de l'arrêt cardiaque du patient, de même pour moi qui ai dû administrer des antalgiques rapidement pour pouvoir soulager la patiente.

Il y a des choses qu'on peut mettre en place avant l'arrivée du médecin. L'IDE 1 et 2 expliquent qu'elles peuvent préparer les drogues d'urgences, le plateau d'intubation, etc. Mais d'un point de vue réglementaire l'IDE ne peut pas agir seule mais sous l'autorité médicale.

1.2 La subjectivité

La subjectivité de l'urgence est un élément considérable, comme l'explique Nicole Aubert "elle dépend des valeurs de la société mais aussi de la personne qui qualifie l'urgence"(SFMU, 2008, p.9). C'est pour cela que définir l'urgence n'est pas une chose facile puisque "les uns et les autres ont une conception et une perception différente" (Jacquemot, p.762, 2020).

Selon le dictionnaire Larousse, l'urgence est "une situation pathologique" (Urgence, s.d.) et pour l'Association UPSA l'urgence "introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital". Les infirmières parlent plutôt de "défaillance qui commence à engager le patient" (IDE 2) ou de "paramètres vitaux qui sont vraiment altérés et critiques" (IDE 1), ce qui rejoint les auteurs. Cela voudrait dire que si l'urgence n'est pas identifiée et gérée le patient pourrait avoir des conséquences graves voire fatales. Eric revue l'illustre en disant que ça "pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables" (2015, p.433-434).

Lors de mes entretiens, l'IDE 1 me parle de "différents degrés d'urgence" tels que "les urgences sévères voire vitales, les urgences modérées et les petites urgences". Le dictionnaire médical de l'académie de médecine donne quelques précisions sur la classification de l'urgence. Il parle d'urgence absolue, immédiate, relative ou potentielle. (2022) L'IDE 2, quant à elle, les rejoint sur le fait que "ce n'est pas toujours la même chose" donc qu'il y a différentes urgences. Elle ajoute que "ça dépend dans quel service on est", cela veut dire que d'un service à un autre les urgences ne seront pas les mêmes. Malheureusement je n'ai pas relancé l'IDE 2 sur cette notion et me rend compte maintenant que cela manque pour pousser plus loin ma réflexion sur ce sujet. Selon l'IDE 1, les petites urgences "peuvent se résoudre facilement" ce qui induit que d'autres ne peuvent pas se résoudre facilement. Le fait de classer les types d'urgence permettrait de mettre en œuvre les interventions en fonction des risques et des moyens.

Je m'en rend compte, à travers les différents stages que j'ai pu faire durant ma formation, que définir l'urgence n'est pas facile. Lors de mes bilans de stage nous avons un item qui s'intitule "pertinence des réactions en situation d'urgence", en lien avec la compétence 2 "concevoir et conduire un projet de soins infirmiers". Plusieurs fois, mes tuteurs de stage ne savent pas ce qui se cache derrière

situation d'urgence. Pour certains c'est la mise en place d'une réanimation lors d'un arrêt cardiaque, alors que pour d'autres cela correspond à la gestion d'une hypoglycémie ou d'une hyperglycémie. Ceci démontre bien que l'urgence est subjective d'une personne à une autre. Lors de mon stage en psychiatrie, on m'a même dit qu'il n'y avait pas d'urgence ici et que ma compétence ne pourrait alors pas être mobilisée. Peut-être cela dépendrait-il aussi du service où l'on se trouve ? Pour moi-même, lorsqu'on me demande si j'ai géré une situation d'urgence, je n'arrive pas à trouver les mots pour définir l'urgence.

1.3 L'urgence vitale

Au cours de mon cadre théorique, j'ai pu explorer la notion d'urgence vitale qui me semblait importante puisqu'une de mes situations fait référence à cela.

Pour l'HAS, l'urgence vitale est "une situation où la vie du patient est en danger imminent et où il risque de décéder" (2021). Lors de mes entretiens avec les infirmières, je ne leur ai pas demandé de définir l'urgence vitale pour ne pas induire une réponse fixe de l'urgence de manière générale. Cependant, elles m'ont donné toutes les deux des éléments sur ce qui relève pour elles de l'urgence vitale en réanimation tels que "une fausse route, une détresse respiratoire, une bradycardie sévère, une hypoglycémie sévère ou un arrêt" (IDE 1) ou encore "un problème respiratoire, cardiaque ou neurologique" (IDE 2). Selon moi, l'auteur et les infirmières se rejoignent puisqu'en effet, les exemples d'urgences vitales données par les deux infirmières peuvent engendrer le décès du patient.

Tous ces éléments ont permis de m'éclairer sur ma définition de l'urgence que j'avais auparavant. Au tout début de ma formation, pour moi une situation d'urgence était un arrêt cardiaque ou une fausse route, c'était quelque chose que je qualifierai de "grave" et où le chariot d'urgence était mobilisé. Mais au fil de mon parcours, j'ai pu constater que l'urgence était une notion subjective. Je comprends mieux maintenant la notion de temporalité, c'est-à-dire le caractère inattendu d'une situation qui en devient urgente. Aujourd'hui, l'urgence, selon moi, c'est une situation d'inattendu, voire attendu selon notre expérience construite sur notre parcours professionnel ou de stage. Il faut agir rapidement, peu importe le degré ou la nature de l'urgence, pour qu'il n'y ait pas ou peu de conséquences pour le patient.

1.4 Rôle et compétences IDE

Le rôle et les compétences infirmiers, développés par les infirmières lors des entretiens, sont régis par le référentiel d'activités et de compétences qui encadre la profession. C'est dans ce dernier

qu'il est indiqué que l'infirmière peut "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). Le Code de la Santé Publique ajoute que "l'infirmier est habilité à évaluer une situation d'urgence, mettre en œuvre un protocole médical de soins d'urgence et décider des soins à prodiguer en absence de protocole et de présence médicale" (Article R4311-14, 2020). 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

Les infirmières interrogées donnent plus de précision sur ces compétences en situation d'urgence. L'IDE 1 et 2 expliquent que l'infirmière possède des capacités d'alerte, d'analyse, d'écoute, de coordination, d'observation et de recherche. Lors d'une réanimation, le rôle de chacun est défini rapidement, chaque soignant sait ce qu'il faut faire. Les deux infirmières développent en disant qu'il y en a une qui va chercher le matériel tandis qu'une autre prépare les drogues. Elles insistent toutes les deux sur la notion d'anticipation qui semble essentielle pour le bon déroulement de ces situations.

Selon moi, la prise en charge d'une situation d'urgence se déroule en plusieurs étapes. Si l'infirmière "découvre" l'urgence c'est bien parce qu'il y a eu une analyse clinique du patient. Après cela, son rôle est d'alerter, que ce soit d'autres infirmiers/aides-soignants ou médecins. Il est important par la suite de réagir de manière rapide mais pas précipitée comme expliqué plus haut. Un meneur va alors être désigné, l'infirmière dans un premier temps, puis le médecin lorsqu'il est présent. Le meneur va alors déléguer les tâches à faire tels que : préparation de drogues, aspiration, préparation de l'intubation, compression thoracique, ventilation, injection des traitements, etc. Grâce à cette répartition, le rôle de chacun est défini, ce qui permet de poser une base saine.

A présent je vais parler d'un autre aspect de ma recherche qui est : les émotions du soignant face à une situation d'urgence vitale.

2. Les émotions

2.1 Les facteurs émotionnels

Pour certains auteurs, comme Michel Minder (2015, p.154) ou Didier Anzieu, l'émotion est une réponse de notre corps à une situation dite "inattendue" ou se produisant dans des "conditions incertaines". Les émotions peuvent être douloureuses ou agréables, selon N.Sallamy. (2009, p.158)

Les deux infirmières illustrent bien ces propos. Pour ce qui est des émotions dites "douloureuses", l'IDE 1 donne l'exemple d'une situation où l'organisation du service n'a pas facilité la gestion des deux situations d'urgence ayant lieu simultanément. Le patient est finalement décédé. Elle

explique que, pour elle, c'était "compliqué" et "complexe à gérer". Mais ne va pas plus loin dans sa réflexion, ne partage pas plus son ressenti dans cette situation.

La deuxième infirmière, parle de la situation d'un homme qui a fait un arrêt. Ils n'ont pas pu le récupérer. Malgré que la situation était bien gérée, ça l'a quand même "marquée". Elle explique que ça l'a "fait chier" d'avoir passé autant de temps dans sa chambre pour qu'au final, le patient décède. Pour elle, c'était "dur" et "pas simple" car l'environnement s'ajoutait à ça, c'est à dire la femme du patient.

Pour les émotions dites "agréables". L'IDE 2 parle d'une réanimation qu'elle qualifie de drôle et cocasse avec une bonne issue pour le patient. L'IDE 1 développe plus sur une réanimation où l'organisation et l'écoute étaient de rigueur ce qui a engendré du calme et de la facilité pour le groupe et une bonne issue pour le patient.

Les deux infirmières interrogées ont connu une situation similaire : la réanimation s'est bien déroulée mais le patient est décédé. Pourtant, pour l'IDE 1 cela est plus de l'ordre de l'agréable puisque la situation a été bien gérée mais pour l'IDE 2 cela est plus de l'ordre du douloureux puisque le patient est finalement décédé. Cela me questionne, puisque dans n'importe quelle situation d'urgence, malgré que l'on fasse tout pour récupérer le patient, son "sort" ne nous appartient pas. Cela veut donc dire pour certaines infirmières, qu'importe comment la réanimation s'est déroulée (bien ou moins bien) c'est la finalité qui va décider des émotions du soignant.

Malheureusement, les deux infirmières n'ont pas assez développé sur leurs émotions ou leurs ressentis. Est-ce parce que je ne suis pas allée plus loin dans mes questions ? Est-ce parce que parler de ses propres émotions est difficile car elles se seraient "mises à nue" devant moi ? Nous l'avons vu plus haut, les situations d'urgence sont subjectives et je pense qu'une partie de cette subjectivité est liée à nos émotions. Je pense également que nos émotions peuvent avoir un impact plus ou moins sur la gestion de l'urgence.

Deux auteurs expliquent les manifestations possibles des émotions. Pour Cosnier (1994, p.15), il y a les manifestations physiologiques comme une accélération du cœur, des tremblements, transpiration, etc. Pour Paillard (2018, p.165), il y a aussi des manifestations comportementales telles que la fuite, le repli sur soi, etc. Cosnier ajoute en dernier les manifestations verbales mais qui sont moins vraies car on les contrôle plus.

Selon Cosnier (1994, p.26), il y a 6 émotions de bases : la joie, la peur, la surprise, la colère, le dégoût et la tristesse. Les deux infirmières l'illustrent bien. Lors des situations de l'IDE 1 les émotions qui ressortent le plus sont : la joie quant au déroulé de la réanimation qui a porté ses fruits puisque le patient est en vie et la peur/la tristesse lorsque les équipes étaient bloquées dans les chambres, le patient est décédé à la fin. Lors des situations de l'IDE 2, les émotions qui ressortent le plus sont la tristesse voir le dégoût et la colère du fait qu'elle soit restée dans la chambre d'un patient toute la journée alors qu'il ne s'en est pas sorti.

2.2 La gestion des émotions

H.Chabrol identifie deux types d'opérations mentales pour la gestion des situations d'urgence : les mécanismes de défense qui sont mis en place de manière inconsciente et le processus de coping qui est plutôt un mécanisme conscient. (2005, p.32)

Lors de mes entretiens, les deux infirmières s'accordent pour dire qu'elles utilisent le débriefing. Elles sont dans un processus de coping puisqu'elles le font consciemment et se rendent compte de leur besoin de verbaliser. Elles débrièfent avec leurs collègues dont les médecins, les aides-soignants, les étudiants infirmiers, etc. L'IDE 1 ajoute que le fait de débrièfer permet d'appréhender d'autres situations. C'est quelque chose qui se fait naturellement et qui n'est pas "organisé par l'institut" d'où le sentiment que rien n'est mis en place.

Dans mes situations d'appels, ceci m'a manqué. J'aurais aimé pouvoir discuter de la situation avec l'infirmier(ère) mais je ne l'ai pas exprimé à l'équipe. Etait-ce parce que je ne voulais pas déranger ? Est-ce que je souhaitais que ça vienne d'eux ? Est-ce que c'est mon statut d'étudiante qui m'a empêché de le demander ? Est-ce que j'avais peur de leur jugement ? Est-ce qu'ils ont estimé que ce n'était pas le bon moment pour débrièfer et pensaient le faire un peu plus à distance ? Est-ce parce que pour eux c'était compliqué aussi ? Est-ce que pour eux c'est une situation "habituelle" et n'ont pas pensé que ça puisse être difficile pour moi ? Est-ce qu'ils attendaient que la demande vienne de moi, car comment auraient-ils pu savoir que j'en avais besoin au regard du degré d'urgence ?

A ce niveau de travail, je me rends compte que ma grille de lecture de ces situations a évolué. Du fait que des émotions personnelles interviennent et que la notion d'urgence soit "subjective", je me rends compte que la gestion de ses émotions est propre à chacun. On le voit avec les deux IDE, l'une a besoin d'en parler à sa famille alors que pas l'autre. Comme elle, j'ai eu besoin de débrièfer sur ces situations et comme ce n'était pas possible au sein du service pour x raisons, je l'ai fait avec des amies et ma famille.

A-M.Pronost parle également de groupe de soutien pour réduire le stress émotionnel dans les services ainsi que des formations sur la gestion du stress (2009, p.265). N'ayant jamais vu ça, je trouvais donc intéressant de demander aux professionnels du terrain s'il y a des choses mises en place dans leur unité de soin. Mais à l'unanimité, les services des deux infirmières n'ont rien de mis en place pour les équipes après des situations d'urgence ou sur la gestion des émotions. En même temps, est-ce que si quelque chose avait été mis en place, les équipes y auraient participé car nous sommes sur des émotions, quelque chose d'intime ?

3. Le prendre soin en situation d'urgence

Selon Walter Hesbeen, le prendre soin c'est "porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à sa santé." (Vigil-Ripoche, 2009, p.97)

Cependant, je n'ai pas trouvé d'auteurs parlant du prendre soin en situation d'urgence vitale lorsque le patient est inconscient. Il faut savoir qu'une situation d'urgence génère de l'anxiété et du stress chez les patients mais aussi chez les soignants. Le patient ressent tout ce qui se passe autour de lui, le soignant se doit donc de canaliser son stress pour ne pas le communiquer au patient. Si ce dernier a confiance dans les soignants, le facteur d'anxiété induit par la situation d'urgence peut-être réduit.

La prise en charge émotionnelle du patient passe par un travail de l'infirmière sur elle-même à travers la gestion de ses propres émotions. L'IDE 1 explique que pour elle, il faut identifier ses émotions pour pouvoir les gérer par la suite, c'est ce qui va faire que la situation d'urgence sera bien gérée. Elle ajoute qu'il faut gérer son propre stress.

Après m'être renseignée, j'ai pu voir qu'il y avait des choses mises en place par les sapeurs-pompiers afin de gérer le stress et l'anxiété d'un patient en situation d'urgence. Ils parlent d'un interlocuteur unique auprès de ce dernier. Cette personne va rester près de la personne pour retenir toute son attention et ainsi établir une relation de confiance. Dans ma deuxième situation d'appel, l'aide soignante présente est restée un bon moment avec le patient pour le rassurer, lui expliquer ce qui se passait, ce que le médecin faisait. Je pense que cette interaction unique a fait que le patient était moins stressé de ce qui se passait autour puisque l'aide-soignante captait toute son attention. Pour ma première situation d'appel, j'étais seule avec la patiente, je devais faire plein de choses en même temps, la perfuser pour lui donner des antalgiques mais aussi la rassurer. Il était impossible pour moi d'avoir les deux rôles, un interlocuteur unique aurait été bénéfique dans cette situation puisque la patiente était très angoissée.

Le prendre soin en situation d'urgence semble dépendant de plusieurs paramètres : la gestion de ses propres émotions, le fait d'être seule ou en équipe, en fonction d'une situation attendue ou inattendue ou encore de type d'urgence. Mais qu'en est-il de l'expérience ?

4. L'expérience IDE

De façon générale, le dictionnaire Larousse définit l'expérience comme étant "la pratique de quelque chose, de quelqu'un, l'épreuve de quelque chose, dont découlent un savoir, une connaissance, une habitude. En découle une connaissance tirée de cette pratique." (Expérience, s.d.) Le trésor de la

langue française est en accord avec ce dernier car l'expérience "se développe par sa pratique". (2015, p.172). Autrement dit, l'expérience résulte de notre pratique infirmière. Carl Rogers, ajoute que c'est une approche éducative et thérapeutique qui vise à créer une culture de confiance entre les soignants et les patients, mais aussi d'apporter des changements et d'appréhender d'autres situations. (Paillard, 2015, p.172) Les infirmières interrogées sont plutôt en accord avec les auteurs. Pour l'IDE 2, "plus tu fais plus tu es à l'aise" et donne pour exemple les urgences : "plus tu vis ce genre d'urgence, plus tu sais comment réagir. Cela voudrait dire que plus on vit une même situation, plus notre cerveau et notre corps vont agir de manière plus efficace, vont réagir plus vite. Comme dit l'infirmière, ce sont des "petites habitudes qui vont se mettre en place". L'IDE 1, malgré qu'elle soit diplômée depuis 10 mois, elle voit déjà la différence entre sa prise de poste et maintenant. Pour elle, "l'expérience dans les situations d'urgence c'est ce qui fait tout". C'est son parcours à l'école avec de nombreux stages en soins critiques qui a fait son expérience. Sans cela, elle ne se serait pas senti légitime à travailler en service de réanimation.

Patricia Benner s'est intéressée à l'expérience infirmière. Elle développe, dans son livre "De novice à expert", cinq niveaux croissants de la compétence infirmière : novice, débutant, compétent, performant et expert. Pour P. Benner, la compétence infirmière se transforme avec l'expérience (1995). Pour elle, l'infirmière 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.33).

En tant qu'étudiante, de par mon manque d'expérience et parce que c'était la première situation d'urgence vitale vécue lors de la deuxième situation d'appel, je n'ai pas su réagir tout de suite. Il a fallu que le médecin me dise de mettre la seringue pour que je réalise un soin. En tant que novice, premier stade de la compétence infirmière évoqué par Patricia Benner, chaque expérience est source d'apprentissage. 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.

Cette évolution de l'expérience est décrite par les infirmières interrogées. Les deux s'accordent à dire qu'au début elles n'étaient pas à l'aise. L'IDE 1 ajoute qu'elle n'avait pas confiance en elle, appelait souvent ses collègues, avait l'impression d'être encore étudiante. Mais plus le temps est passé, plus elle a mieux appréhendé. Elle est devenue moins stressée parce qu'elle était plus habituée, elle analysait plus, passait plus à l'action et se faisait davantage confiance.

Cela 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, qu'il sera important d'être davantage attentive aux émotions qui pourraient survenir dans ces situations stressantes.

Cette analyse m'a révélé que l'urgence est souvent imprévue et qu'il est nécessaire d'agir vite, mais pas dans la précipitation. C'est l'expérience et la connaissance qui permettent parfois d'anticiper l'urgence, ou le cas échéant, les gestes à réaliser. Autrement dit, l'expérience s'acquiert avec de la pratique et de la répétition.

Nous constatons que les émotions sont des notions subjectives et tabous dans notre profession. Nous avons pu le voir lors de la phase exploratoire : les infirmières tout comme moi n'avons pas osé aller au bout de notre réflexion (que ce soit les réponses des IDE, ou mon absence de relance sur ce sujet). Réunir à la fois les émotions et l'urgence, qui sont toutes les deux des notions où la subjectivité occupent une place importante, rend le prendre soin complexe. L'émotion la plus citée est le stress. Une fois encore nous ne vivons pas tous le stress de la même façon, il y a le stress positif et le stress négatif.

Aussi, la notion de stress ne touche pas seulement le patient ou le soignant, elle touche aussi la famille. Qu'il y a-t-il de plus effrayant et stressant pour la famille que de savoir qu'un de leur proche a besoin d'aide immédiatement ? Je l'ai abordé avec l'IDE 2. Elle explique qu'après le décès d'un patient qu'elle avait en soin elle a dû aller voir la famille pour leur expliquer ce qui c'était passé et annoncer la mauvaise nouvelle. Ce n'était pas une position facile pour l'infirmière, elle a demandé à l'aide soignant de l'accompagner en tant que soutien pour elle-même mais aussi pour la famille. Aussi, lors d'une autre situation, la femme du patient avait été présente toute la journée pour son mari, qui est finalement décédé. L'IDE 2 a dû gérer les émotions de cette dernière et ce n'était "pas simple" selon elle. On peut donc en déduire qu'après avoir géré son propre stress puis celui du patient, il faut aussi gérer la multitude d'émotions de la famille.

De ce fait, ma question de départ pourrait évoluer vers la question de recherche suivante : **Dans quelle mesure l'expérience du soignant dans la gestion des émotions impacte la prise en charge de la famille d'un patient en situation d'urgence ?**

CONCLUSION

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 m'a permis d'approfondir mes connaissances et de me remettre en question sur mes pratiques futures afin de m'améliorer. 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.

J'ai commencé ce travail de recherche en soins infirmiers en partant de deux situations qui m'ont interpellée. Elles décrivent deux situations d'urgence que j'ai vécu durant mes stages, une où j'étais actrice et l'autre observatrice. Ces situations ont fait émerger en moi des émotions. Suite à l'émergence de nombreux questionnements, j'ai été amené à me demander : **dans un contexte de situation d'urgence, en quoi l'expérience de l'IDE influence la gestion des émotions du soignant dans le prendre soin ?**

Afin de mieux exploiter cette question de départ, j'ai décomposé cette question en quatre notions : le prendre soin, l'urgence, les émotions et l'expérience infirmière. S'en est suivi le cadre théorique, grâce à la pensée d'auteurs de référence j'ai pu développer ces notions. Cela m'a permis de poser les fondements de ce mémoire.

J'ai réalisé deux entretiens auprès d'infirmières du terrain, afin d'apporter d'autres éléments à la théorie. Mon objectif était d'échanger avec elles sur leur représentation de l'urgence, d'identifier les émotions présentes lors d'une situation d'urgence, la gestion de celles-ci, et enfin la place de l'expérience dans la gestion des émotions et dans la gestion d'une situation d'urgence.

La dernière étape a été la discussion, où j'ai pu croiser l'ensemble de ces données en y ajoutant ma réflexion personnelle. Cela m'a permis de comprendre que l'urgence était quelque chose de subjectif tout comme les émotions. Ces dernières sont tabous, c'est pourquoi il est complexe de traiter de ce sujet. En faisant un focus sur le stress, je me suis rendue compte que chacun vivait les choses différemment et qu'on pouvait dissocier le stress positif du stress négatif. J'ai compris que l'expérience joue un rôle important dans la gestion des émotions mais aussi dans la gestion d'une urgence. Il m'est paru évident de parler de la gestion des émotions de l'entourage familial du patient. La famille peut être effrayée et stressée de savoir que leur proche a besoin d'aide immédiatement. J'ai émis l'hypothèse qu'après avoir géré son propre stress puis celui du patient, il faut aussi gérer la multitude d'émotions de la famille.

La question de départ m'a permis d'apporter un éclairage aux interrogations soulevées au début de ce mémoire. Dans sa formulation, elle m'a permis de cibler ce que je recherchais réellement à comprendre. Cependant, ce travail a fait émerger d'autres questionnements. Je ne suis pas étonnée car ce n'est que la première partie d'un travail de recherche. C'est pourquoi j'ai proposé cette question de recherche définitive : **dans quelle mesure l'expérience du soignant dans la gestion des émotions impacte la prise en charge des familles d'un patient en situation d'urgence ?**

Il s'agirait de comprendre si la gestion des émotions du soignant s'acquière avec l'expérience. De savoir, ensuite, si cette gestion des émotions a un impact lors de la prise en charge de la famille d'un patient. Après avoir fait une première étape avec le prendre soin du patient, je pense qu'il serait intéressant, dans la suite de ce travail de recherche, d'aller vers le prendre soin de la famille. Elle est, le plus souvent, présente auprès du patient lors de hospitalisation. Je trouve important de continuer ce

travail de recherche dans ce sens, puisqu'en tant qu'infirmier nous allons côtoyer de nombreuses fois la famille. Selon moi, l'infirmière est un lien fort entre le patient et sa famille car elle peut annoncer des bonnes nouvelles comme des mauvaises. Ce lien est d'autant plus important lors de situation d'urgence génératrice de stress pour le patient, le soignant mais aussi la famille.

Tout cela m'a permis de prendre du recul sur mon travail de recherche. En relisant mes situations d'appels, j'ai pu constater l'évolution de mon point de vue. Je les ai abordées avec le regard de l'étudiante, avec ses doutes et ses questionnements. Mais à ce jour, je les perçois du point de vue professionnel. Ce travail m'a apporté de nombreuses connaissances théoriques, via le cadre conceptuel, mais aussi pratiques, à travers le témoignage des infirmières. Avec le recul, j'ai le sentiment d'avoir ouvert mon esprit, d'avoir grandi et gagné en maturité.

Grâce à ce travail j'ai pu comprendre l'importance des émotions et voir à quel point il était difficile de traiter de ce sujet. Aussi, j'ai compris que le travail en équipe était une valeur clé, mais surtout l'importance du débriefing après des situations qui nous ont touchées. Chacun ressent les choses différemment mais il ne faut pas hésiter à en parler autour de nous. Comprendre que la réalité n'est pas la même pour tout le monde incite à analyser une situation sous différents angles. Avoir conscience de ses propres émotions permet de mieux les gérer dans son quotidien.

Ce travail de recherche me sera utile puisque je suis susceptible d'être confrontée à une situation d'urgence durant l'exercice infirmier, aspirant à travailler dans un service de soins critiques. Au-delà de l'urgence qui provoque des fortes émotions, je rencontrerai dans ma pratique à venir des situations qui seront source de stress et d'émotions. Travailler sur la gestion des émotions me paraît également avoir été important pour mon futur métier, j'en ressors enrichie.

J'ai vécu ce travail de recherche comme quelque chose d'encourageant puisque le thème que j'ai choisi m'a inspiré, facilitant les étapes. Je ne pensais pas qu'il allait être aussi complexe de parler des émotions mais maintenant je m'en rends compte. J'ai été confrontée à des difficultés comme le manque de ressources sur les émotions des infirmières où je trouvais délicat d'aller chercher plus loin dans leur réponse, mais aussi au manque de ressource dans certaines parties de mon cadre théorique.

Je peux vous dire, qu'à l'instant où j'écris ces mots, je suis enfin soulagée et heureuse d'avoir fini ce mémoire. Je suis fière de ce travail qui me servira, j'en suis sûr, dans ma pratique future.

BIBLIOGRAPHIE

Photographies

Infirmière et patient main dans la main. (s. d.). [Photographie]. Vecteezy.
<https://fr.vecteezy.com/photo/1397366-infirmiere-et-patient-se-tenant-la-main>

Ouvrages

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

Benner, P. (1995). *De novice à expert*. Masson.

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

Paillard, C., & Jeanguiot-Pierre-Poulet, N. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2^e éd.). Setes.

Pronost, A-M. (2009). *Les concepts en sciences infirmières* (Mallet conseil éd.). ARSI.

Vigil-Ripoche. M-A. (2009). *Les concepts en sciences infirmières* (Mallet conseil éd.). ARSI.

Articles

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, n°82, p.31-42.

Chakroun, W-O., Rejeb, I., Kammoun, L., Nasri, A., Ghnainia, T., Chaari, A., Ksibi, H., Bouaziz, M., & 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*, n°9, p.565-570.

Claudon, P. & Weber, M. (2009). L'émotion. *Médecine et hygiène : « Devenir »*, n°21, p.61-69.

Dantzer, R. (2002). Nature et fonction des émotions. *Les émotions*, p.7-14.

Fernandez, L. (2009). Émotions. Dans *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil. p.158-161.

Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, n°4, p.1-20.

Jacquemot, A. (2020). Qu'est ce qu'une urgence ? Quelques réflexions sur les définitions biomédicales de l'urgence médicale. HAL, p.761-776.

Kipper, B. (2013). L'infirmière dans la chaîne d'urgence. L'infirmière magazine, n°335, p.35-36.

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

Morvillers, J-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 77-81.

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.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. (2009, août 8). JORF. Légifrance.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/>

Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence. (2020).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030084493>

Article R4311-14. (2020). Code de la santé publique, 18 avril.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

Pages web

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). Définition de EXPÉRIENCE. CNRTL.

<https://www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience>

Delage, V. (2022). *Urgence*. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine.

<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=urgence>

Fagon, J-Y. (s. d.). L'urgence vitale. Espace éthique.

https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Cellule%20de%20re%CC%81flexion%20de%20l%27Espace%20e%CC%81thique_1999_L%27urgence%20vitale.pdf

HAS. (2021, octobre). Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification. Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf

Hospices civils de Beaune. (s. d.). *Urgence*.

<http://hospices-de-beaune.com/index.php?/hospicesdebeaune/Le-Centre-Hospitalier/Definition>

La boussole des émotions. (2019, 21 octobre). *Émotions primaires et secondaires*.

<https://emotioncompass.org/fr/information/primary-secondary-emotions/#:%7E:text=Une%20%C3%A9motion%20secondaire%20est%20une,peut%2D%C3%AAtre%20une%20profonde%20tristesse.>

Psychologue.net. (2017, 24 juillet). *12 mécanismes de défense inconscients*. Psychologue.

<https://www.psychologue.net/articles/12-mecanismes-de-defense-inconscients-partie-1>

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. (2004). Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières.

https://www.sfmu.org/upload/consensus/ce_uvih_court.pdf

Larousse. (s. d.). Expérience. Dictionnaire français en ligne Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exp%C3%A9rience/32237>

Larousse. (s.d.). Urgence. Dictionnaire français en ligne Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>

SFMU. (2008, juin). Référentiel de compétence : infirmier(e) en médecine d'urgence. Société Française de Médecine d'Urgence.

https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf

SFMU. (2011). Recommandations professionnelles : L'infirmier(ère) diplômé(e) d'état seul devant une situation de détresse médicale. Société Française de Médecine d'urgence.

file:///home/chronos/u-fe6c82fa51f98d4c392028bf09c951130da42787/MyFiles/MIRSI/documents/sfmu%20recommndation%20action%20IDE%20urgence.pdf

ANNEXES

Annexe I : Le guide d'entretien

Annexe II : Retranscription entretien IDE 1 (jeune infirmière)

Annexe III : Retranscription entretien IDE 2 (infirmière expérimentée)

Annexe IV : Les tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I : Le guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je m'appelle Léna Le Bihan. 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 la gestion d'une situation d'urgence, 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 ?

Avez-vous une "fourchette" des urgences vitales que vous avez pu rencontrer jusqu'à présent ?

- **Identifier la représentation du soignant sur l'urgence**

Selon vous, qu'est-ce qu'une situation d'urgence ?

Au regard d'une situation d'urgence, quel est selon vous le rôle de l'IDE ? Quelles compétences sont nécessaires à l'IDE pour gérer une situation d'urgence ?

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

Au cours de votre expérience est-ce que vous auriez une situation d'urgence vitale qui vous a marqué de façon positive et une autre qui a été plus complexe à gérer ? Si oui, est-ce que vous voudriez la partager avec moi ?

Qu'est-ce qui fait que cette situation était bien gérée ou que c'était moins bien gérée ?

Qu'est-ce qui vous a interpellé ou marqué ?

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

Selon vous, quelles sont les conditions nécessaires pour une bonne gestion d'une situation d'urgence ? Au contraire, qu'est ce qui fait qu'une situation d'urgence se passe moins bien ?

Selon vous est ce qu'une situation d'urgence est un moment de forte émotion? Si oui, lesquelles?

- **Identifier l'impact de la situation d'urgence et des émotions sur le soignant et sur la prise en soin**

Existe-t-il des choses de mise en place dans votre service après des situations d'urgence pour les équipes ? Si oui, lesquelles ?

En tant qu'individu, avez-vous mis en place des choses ? Si oui, lesquelles ?

- **Identifier la place de l'expérience dans la gestion des émotions et dans la gestion d'une situation d'urgence**

Pensez vous qu'avec l'expérience la gestion des urgences est plus simple ? Pourquoi ?

Est ce qu'entre le début de votre carrière et maintenant vous gérer de manière différente les urgences? Avez-vous constaté une différence ?

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

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 II : Retranscription entretien IDE 1 (jeune infirmière)

ESI : Est ce que tu peux te présenter s'il te plait ? Quel est ton parcours professionnel ?

IDE 1 : ok. Je m'appelle Emma (prénom d'emprunt), j'ai 22 ans et j'ai été diplômée en juillet 2021. En fait, j'ai toujours eu un... Au début dans l'IFSI je ne savais pas trop où je voulais aller après, dans quel domaine je voulais aller bosser. Et au final, je me suis, au fur et à mesure des connaissances et de tout ce que j'entendais de tous les services, les moins critiques m'intéressaient un peu plus. En début de troisième année, j'ai eu l'opportunité de faire un stage en réanimation polyvalente et ça s'est super bien passé. J'ai vraiment aimé le côté polyvalent mais aussi de l'urgence, où il y a des situations assez critiques, graves et complexes. Après, j'ai fait des stages en médecine cancéro, salle de réveil et service d'urgence, j'ai complété ce domaine de soins critique sur différents aspects mais on reste quand même dans le domaine de l'urgence et des soins techniques surtout que j'aime. Puis, j'ai voulu postuler aux urgences de saint malo, où j'ai fait mon stage, mais ils prenaient que leurs étudiants donc ça ne s'est pas fait. Mais comme j'ai eu une bonne expérience en réanimation, je me suis dit que ça pouvait être bien en tant que jeune diplômée de démarrer dans un service assez complexe avec de la technicité et surtout ce sont des prises en charge assez globale que l'on fait, dans des petits CH (Laval). Je suis maintenant en réanimation, ça se passe bien, j'y suis depuis juillet 2021.

ESI : OK très bien. Mais du coup c'est une réanimation polyvalente ? Il y a un peu de tout ?

IDE 1 : Il y a med et chir, avec de base 10 lits qui ont été augmentés à 14 à cause du COVID. C'est la seule réanimation du département de la Mayenne, après c'est Rennes ou Angers les centres de référence. On a donc les prises en charge les plus graves du territoire. On a de la chirurgie comme de la médecine donc on peut vraiment faire les deux. Je trouvais que c'était un avantage par rapport aux gros CH où c'est directement divisé. Ça me permet de toucher un peu à tout.

ESI : OK très bien c'est intéressant. Selon toi, qu'est ce qu'une situation d'urgence ?

IDE 1 : Pour moi, une situation d'urgence c'est où les paramètres vitaux sont vraiment critiques. Par exemple, une grosse bradycardie, l'arrêt cardiaque, une détresse respiratoire subite, une perte de conscience d'un coup, ou quelqu'un qui fait un malaise vagal. Le malaise vagal c'est un peu moins, mais en réanimation l'urgence vitale c'est une fausse route, une détresse respiratoire, une bradycardie voir un arrêt cardiaque. Tout ça c'est quand les paramètres vitaux sont vraiment altérés et que c'est même plus viable. Une urgence peut aussi être une hypoglycémie sévère. Il y a différents

degrés d'urgence aussi, comme les urgences sévères voire vitales, les urgences modérées et les petites urgences qui peuvent facilement se résoudre.

ESI : Ok. Par rapport aux situations d'urgence que tu as pu vivre, quel était le rôle de l'infirmière ? Quelles compétences sont nécessaires à l'IDE pour gérer une situation d'urgence ?

IDE 1 : Déjà, moi je travaille de nuit, donc ça change complètement du jour parce que nous les médecins ils sont moins là, on n'a pas le médecin tout de suite sous la main. Ils sont jamais bien loin mais à un moment donné nous on est obligé au final de combler dans un premier temps le médecin si il n'est pas là tout de suite. Par exemple, une hypoglycémie, je vais pas attendre de l'appeler et qu'il vienne pour faire mon G30%, je vais le faire toute seule, donc le fait de travailler de nuit on anticipe beaucoup plus, on est un peu plus "autonome" je dirais vu qu'on est obligé de pallier le médecin. Si tu le réveilles à 3h du matin parce que ton patient désature et que t'as rien fait... Bon faut aussi aller chercher. On a des compétences d'alerte et de recherche, on est les premières au plus près du patient. On examine, on analyse la situation clinique du patient en le regardant et sur le scope on regarde les différents paramètres vitaux. Des compétences d'analyses également, de se demander ce qu'il se passe, bien vérifier. Si il y a une détresse respiratoire, tu augmentes directement ton oxygène, tu n'attends pas d'appeler ton médecin pour lui demander ce qu'il faut faire. Donc tu anticipes, tu es vraiment en analyse, et puis une fois que t'as fait le maximum où que tu vois pas ce que tu peux faire de plus, tu peux appeler tes collègues aussi, il vaut mieux être plusieurs. On coordonne aussi pas mal, par exemple, si c'est mon patient qui a une urgence moi je reste dans la chambre et après c'est mes collègues derrière qui appellent le médecin. Les aides soignants sont avec moi et un infirmier mais il y en a toujours un qui reste derrière pour préparer les drogues, pour aller chercher le matériel. Moi je reste toujours auprès de mon patient et je coordonne un peu ce que le médecin veut et ce dont moi j'ai besoin que je n'ai pas sous la main, comme de l'adrénaline. C'est vraiment de la collaboration et de la coordination. Également, dans ces situations, c'est important d'avoir une capacité d'écoute.

J'ai une situation en tête, c'est une dame, à l'aspiration elle a fait une bradycardie sévère, le médecin était présent et a dit "elle va s'arrêter" donc moi j'étais dans la chambre, on a commencé à masser. Donc tu prépares tout, puis tu analyses qui fait quoi, les échanges entre collègues sont importants, il faut savoir écouter mais aussi parler avec les autres de façon assez neutre, ça ne sert à rien de se crier dessus ça mettrait des tensions dans le groupe. Le fait de s'écouter permet aussi de ne pas faire les choses deux fois et donc de perdre du temps, par exemple la glycémie.

Pour résumer les compétences, compétences d'analyse, de recherche, d'observation clinique de ton patient, de la collaboration, de l'écoute et savoir se comporter en groupe et gérer son propre stress.

ESI : As-tu une “fourchette” des urgences vitales que vous avez pu rencontrer jusqu’à présent ?

IDE 1 : En termes de gravité ?

ESI : Vraiment sur des grosses urgences vitales

IDE 1 : Je pense que j’en ai eu 4 ou 5 environ. Ça dépend des patients qu’on a en charge, j’en ai pas eu beaucoup parce que j’ai des patients “plus légers” car je débute. On a fait ça dès le début pour que je puisse m’adapter à tout le matériel. Ça dépend des patients, il y en a qui sont plus ou moins stables et d’un coup ils se dégradent. J’avais une dame, ça fait plus d’un mois qu’elle est chez nous, je l’ai eu tout le week end et hier ma collègue quand elle l’a recouché à 15h elle a fait une désaturation jusqu’à 50 et après ils ont dû la ventiler. Donc d’un coup le patient peut se dégrader. Mais oui, j’ai eu vraiment 5 grosses urgences.

ESI : Au cours de ton expérience d’un an de réanimation, est-ce que tu aurais une situation d’urgence vitale qui t’as marqué de façon positive et une autre qui a été plus complexe à gérer ? Si oui, est-ce que tu voudrais la partager avec moi ?

IDE 1 : Celle qui m’a marqué de façon positive c’est une dame qui s’est mise en arrêt, elle venait d’arriver mais était déjà instable. Elle venait pour trouble du rythme, perte de connaissance, en plus elle faisait un OAP, un tableau cardio assez important avec une insuffisance cardiaque sévère. Donc les médecins sont en train de techniquer dès qu’elle est en chambre puis d’un coup elle se met à faire une brady sévère donc collègue nous demande de préparer de l’adrénaline. Ma collègue était la coordinatrice, c’était donc son patient, nous étions 4 infirmiers et 4 aides soignants. Tous les aides soignants sont partis à masser et nous avec mes collègues infirmiers on a préparé le matériel, préparé les drogues. Donc au final, vu que tout le monde était calme, les médecins étaient calmes, ils continuaient à techniquer, et moi ce qui me met en difficulté c’est quand on ne parle pas lorsque c’est assez compliqué de dialoguer, on ne sait pas trop où on va. Alors que là, tout s’est bien passé, le médecin nous disait clairement les choses, tout le monde s’écoutait et c’était vraiment facile parce que toutes les étapes s’enchaînaient tranquillement. Malheureusement, la patiente est décédée, mais dans la réanimation en soit on s’est écouté, il y avait plutôt une bonne harmonie dans le groupe. Et aussi, il y a l’expérience, quand t’en as déjà vécu une, t’es moins en train de te dire “wow le patient est en train de mourir faut qu’on y aille”. Au début sans l’expérience t’es pris par l’émotion, pour préparer l’adrénaline tu te demandes si c’est le bon dosage, tu te poses pleins de questions, mais au final tu prends confiance grâce à tes collègues aussi.

Une situation que j'avais trouvé compliqué c'est que, en ce moment on est déployé sur deux services et en faite des collègues étaient avec une dame sous dialyse en train de faire sa toilette et au moment où ils l'ont tourné, la dialyse s'est arrêtée. Entre-temps, il y avait un autre patient sur une aspiration qui a fait une bradycardie sévère, donc il y avait deux patients et deux binômes bloqués dans les chambres. On a donc commencé la réanimation à deux, c'était compliqué, le temps qu'il y en ai une qui appelle le médecin, l'autre qui commence à masser, heureusement la patiente est repartis. Mais c'est vraiment cette organisation au final quand on est un peu déployé sur d'autres services en lien avec la crise sanitaire qui fait que c'est plus complexe à gérer.

Enfaite, c'est des services où tu peux pas prévenir, les patients sont tous graves et instables donc quand il y en a plusieurs qui ont des urgences là c'est plus complexe, mais il faut toujours s'écouter et la collaboration c'est ça qui fait que les urgences sont plus où moins bien gérer. Puis de toute manière si tu n'as pas ton médecin aussi, nous en tant qu'infirmière on reste bloqué. La collaboration médecin/IDE est vraiment importante, il ne faut pas avoir peur d'appeler ton médecin de garde parce que sinon ça retarde au niveau du patient.

ESI : Tu parlais tout à l'heure de l'expérience, tu disais que quand tu a moins d'expérience tu ne sais pas trop quoi faire, tu es en pause. Tu veux dire par là que lorsque tu as des premières réanimations à faire tu mets plus de temps ?

IDE 1 : Non pas forcément le temps, mais sur le vécu de comment nous on vit l'urgence. Je me souviens de la première réa que j'ai faite, c'était un arrêt et je n'avais jamais massé en vrai a part sur les mannequins de l'AFGSU. Donc là, tu analyses un peu comment ça se passe, tu te demandes qui fait quoi ? Comment ? Entre temps on te demande d'aller chercher ça ça ça. Tu te dis "ouhlalala je sais pas comment faire". Au début je me suis vraiment mise dans une position de "qu'est ce que je sais faire ? qu'est ce que je peux apporter à la réa pour ne pas être le boulet et de me dire on perd du temps on est inefficace, qu'est ce que moi je peux apporter pour vraiment que j'ai ma place". Donc, au final, je me suis mise dans le rang pour masser, on était 4 à masser, ça m'a permis de voir comment se passait l'organisation. La seconde fois, c'était un de mes patients donc j'étais stressée, identifier son émotion c'est bien mais maintenant qu'elle est identifiée il faut passer à l'action, parce que si on reste bloqué... le patient a besoin de toi quand même.

Après il y des signes précurseurs qu'en tant que jeune diplômée tu ne perçois pas forcément mais que des collègues avec plus d'expérience perçoivent. Le partage d'expérience m'a beaucoup servis comme sur les respirateurs, les infirmières me faisaient des cours, elles répondaient à mes questions à chaque fois.

Aussi échanger sur les situations d'urgence. Une fois c'était une situation où j'avais une dame qui était en fin de vie, 47 ans, cancer généralisé et la dame était dans le refus de soin, seulement elle avait besoin d'oxygène mais elle ne supportait pas les lunettes, ni le masque, ni la VNI, donc c'était compliqué à gérer. Elle les retirait à chaque fois, mais elle se mettait en coma hypercapnique, on hésitait à intuber ou pas. Sauf qu'à un moment elle était dans un coma profond et le médecin m'a dit d'appeler la famille, ce que j'ai fait, lorsqu'ils sont arrivés je leur ai expliqué que c'était grave, qu'elle était en train de mourir. Gérer cette distance à la mort aussi c'est quelque chose en tant que jeune diplômée de complexe. Cette situation c'était compliqué pour moi car j'étais seule à la gérer, et ça j'en ai pas mal discuté après avec mes collègues. Je leur demandais si j'avais oublié des trucs, si j'ai mal fait.

ESI : T'en as discuté tout de suite après ou tu l'as fait un peu plus tard ?

IDE 1 : Oui, sur le moment déjà il faut appeler la famille, tout le monde arrive en pleure, les accueillir. J'étais toute seule à les accueillir, heureusement que j'avais mon collègue aide-soignant, donc être en binôme c'est aussi la force de la réanimation. Accueillir la famille c'était assez compliqué, une fois qu'on les a emmenés auprès du patient, on a pas mal débriefé ensemble. Moi c'est l'âge de ma mère, donc d'identifier tout ça et prendre ce temps de recul, de réussir à en parler avec ces collègues c'est vraiment important. Ça permet aussi d'appréhender d'autres situations, de se dire je ne serais pas encore dans une situation de stress et comment je peux gérer ça.

ESI : Existe-t-il des choses de mise en place dans ton service après des situations d'urgence pour les équipes ? Si oui, lesquelles ?

IDE 1 : Depuis que je suis là, il n'y en a jamais eu, je n'en n'ai jamais entendu parler. De base on peut se dire, c'est un service de réanimation donc on sait que c'est grave, tu sais qu'il peut y avoir des urgences donc ça peut être vécu de façon difficile. Mais je pense que dans ces services là aussi, les équipes sont vraiment très soudées. Dans des situations d'urgence il faut toujours que tu comptes sur tes collègues, donc c'est important de bien s'entendre avec eux car tu as besoin d'eux. Le fait de travailler tout le temps en binôme, il n'y a pas l'aide soignant qui peut se sentir de côté, ils participent vraiment, on fait tout ensemble. Je trouve que le fait d'être soudé se rencontre dans tous les services d'urgence, en réanimation je ressens ça, en salle de réveil je ressens ça également aux urgences. Il y a vraiment une union car c'est des services où l'on vit des choses assez difficiles.

Mais oui, effectivement, il n'y a jamais de psychologue ou de choses comme ça mis en place dans le service. Mes collègues me disaient qu'ils en parlaient entre eux et même avec les médecins. Par

exemple, l'autre fois ils ont fait un arrêt cardiaque d'un monsieur de 40 ans, ils ont massés plus d'une heure, ça a été compliqué. A la fin, le médecin, l'infirmier, l'étudiant infirmier, l'aide soignant et 3 autres personnes qui étaient impliqués, sont restés ensemble et ont débriefés naturellement sur ce qui venait de se passer.

ESI : Est ce que toi ou tes collègues en parlez à vos proches ?

IDE 1 : moi j'arrive quand même à prendre un peu de la distance une fois que je suis plus dans le service. Mais l'autre fois, par exemple, j'ai eu un patient, il revenait d'une chirurgie pour une ablation du rectum, et de 22h jusqu'à 6 h du matin j'avais aucune urine, pas de trace dans la sonde urinaire, alors qu'il avait été rempli. J'ai donc fait un bladder mais il n'y avait rien, je regarde l'hémoglobine mais elle était bonne, j'appelle le médecin et me dit qu'il a une insuffisance rénale donc pas de soucis. J'avais prévenu ma collègue, mais l'information n'était pas arrivée jusqu'au médecin. Le lendemain, ils ont fait un test au bleu de méthylène et tout est ressorti par le redon. Donc là je me suis "mince, est-ce que moi j'aurais pu faire le test toute seule ?", le patient est reparti au bloc, ça a eu d'autres impacts, c'est grave, même au niveau infectieux. Heureusement, j'avais tracé et j'en avais parlé avec une collègue, on était deux infirmières donc deux avis sur le moment. Après ça m'a un peu travaillé et du coup j'en ai parlé avec mes amies de l'école d'infirmière, qui ne travaillent pas du tout dans les mêmes services que moi. On en avait discuté parce qu'on comprend tout notre jargon professionnel, mais j'en ai parlé aussi à ma famille qui ne travaille pas du tout dans le domaine, ça m'a permis d'évacuer un peu plus. J'en fais pas des cauchemars la nuit, mais au début vu que j'étais stressé de démarrer en temps qu'infirmière toute seule, ça m'est arrivé.

ESI : Selon toi, est ce qu'avec l'expérience la gestion des urgences est plus simple ? Pourquoi ?

Est-ce qu'entre le début de ta carrière et maintenant tu gères de manière différente les urgences ? As-tu constaté une différence ?

IDE 1 : Oui je trouve que j'appréhende un peu mieux, je suis moins stressée parce que je suis plus habitué, je sais plus analyser si c'est grave ou moins grave. Je passe un peu plus à l'action aussi car je me fais un peu plus confiance. Au début je ne me faisais pas trop confiance, j'appelais souvent mes collègues de peur de faire des erreurs et de se rassurer. Finalement, naturellement, je demandais de moins en moins à mes collègues, j'ai pris plus confiance dans mon rôle d'infirmière car au début j'avais l'impression d'être encore étudiante. C'est un peu un entre deux, je suis diplômée mais je suis encore avec une posture étudiante, il faut se sortir de là pour s'intégrer à l'équipe, que les médecins te reconnaissent en tant qu'infirmière. Petit à petit, j'ai pris confiance, je m'impose plus. Je trouve

que quand tu as déjà vécu des urgences, après tu appréhendes un peu plus et ça devient de plus en plus simple.

ESI : Très bien. Est-ce que tu aurais quelque chose à rajouter ?

IDE 1 : Quelque chose à rajouter euh... Pour moi, l'expérience sur les situations d'urgences c'est ce qui fait tout, il y a des infirmières qui avant d'être en réanimation ont fait les urgences ou le SMUR. Pour moi, à mon échelle, je trouve que mon parcours de stage durant toute la troisième année a fait que je suis resté pendant 1 an dans un rythme de situations d'urgence et a fait mon expérience.

C'est important d'avoir la capacité à gérer les situations d'urgence qui sont stressantes, avec l'adrénaline, pour ne pas en faire un mauvais usage.

J'ai aussi bossé mon mémoire sur les émotions, donc au final, j'y pense beaucoup car c'était sur la gestion des émotions.

ESI : Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions pour mon mémoire. Au revoir.

IDE 1 : Au revoir, bon courage.

Annexe III : Retranscription entretien IDE 2 (infirmière expérimentée)

ESI : On peut commencer, ça te va?

IDE 2: Oui pas de soucis, si tu vois que je me disperse tu n'hésites pas à me dire (rires)

ESI : Ça marche. Alors est-ce que tu peux te présenter ? Ton parcours professionnel ? Où est-ce que tu travailles ?

IDE 2: Alors je m'appelle Nadia (prénom d'emprunt), j'ai 38 ans, je suis diplômée depuis 2006. J'ai commencé... Tu veux tout mon parcours professionnel?

ESI : Oui si possible.

IDE 2: Ok. J'ai commencé par un remplacement d'abord en long séjour pendant 6 mois dans un EHPAD. Après j'ai commencé au CHU de T. , de 2006 jusqu'à 2010 où j'étais de nuit. Au début j'ai commencé sur un mi-temps, je faisais : urgence, chirurgie digestive et puis au bout de 6 mois je suis passée complètement de nuit, enfin... j'étais à temps plein aux urgences.

ESI : D'accord.

IDE 2 : Donc voilà, ça été très formateur pour le coup. Même le long séjour, maison de retraite c'était très formateur, même si ce n'est pas ce que je voulais faire mais...pour le coup il faut que tu te débrouilles parce que tu es toute seule. Et puis après je suis arrivée à R. en 2010 suite à une mutation professionnelle où j'ai commencé en service d'hémodialyse du centre lourd, pendant 6 mois. Et puis ensuite pendant 2 ans j'ai fait le mini poul de médecine spé donc je sais pas si tu connais, tu as le service des maladies infectieuses, l'hémato, la dialyse parce que j'étais formée, dermato, néphro, il en manque un...

ESI : Ah non je connaissais pas.

IDE 2 : Je trouve pas... mais j'ai commencé du coup sur ce mini poul, après j'ai eu ma première fille. Quand je suis revenue, je ne voulais plus aller en hémato parce que je trouvais ça trop dur moralement, je supportais plus d'y aller. Cela devenait très très compliqué donc du coup je suis restée qu'en néphro. En néphro on tournait sur l'hospitalisation de semaine, celle de jour et le service

conventionnel. Après je suis retournée en dialyse, donc on faisait 4 mois en dialyse et 4 mois en néphro. 2014, j'ai eu ma deuxième fille, et à mon retour de congé mat, 1 ans après... début 2016 on m'a proposé un poste en réa parce qu'elles étaient 7 infirmières en congé maternelle. Ils savaient que moi je voulais aller en réanimation, j'ai été formé dialyse donc c'était un plus pour la réa med et moi j'étais déjà à 80% du fait de mon deuxième enfant donc du coup je suis passée en réa comme ça.

ESI : OK, d'accord.

IDE 2 : Et puis de fil en aiguille, parce que la réa il faut souvent passer de nuit avant d'être de jour, moi j'avais dis.. j'avais déjà fait des nuits à T. donc il était hors de question que je repasse de nuit, donc si vous n'avez pas de poste de jour pour moi tant pis je partirais ailleurs. Et puis de fil en aiguille j'ai pu être de jour. Donc depuis 2016, je suis en réa médicale, avec 1 an de congé maternelle parce que j'ai eu ma troisième fille entre-temps (rires).

ESI : Que des filles (rires).

IDE 2 : Exactement. Donc voilà.

ESI : C'est bien, c'est un grand parcours, tu as pu voir plusieurs choses quand même.

IDE 2 : Ça reste dans le même domaine, urgence, réa.. c'était le domaine qui m'attirait comme toi avant d'être diplômée en tout cas.

ESI : D'accord. Du coup, pour toi, comment définirais-tu une situation d'urgence ?

IDE 2 : Une situation d'urgence c'est quand tu as un... ça dépend où tu es, dans quel service tu es parce que forcément c'est pas toujours la même chose. C'est quand...tu as une défaillance, peu importe laquelle qui commence à s'engager pour un patient. Que se soit respiratoire, que se soit cardiaque, que se soit neurologique, ça peut être les 3 à la fois, ça peut être une seule. Voilà, c'est comme ça que je définirais une situation d'urgence. C'est ce qui va engendrer un processus pour pouvoir résoudre ce problème.

ESI : Ok. Au regard d'une situation d'urgence, quel est le rôle de l'IDE selon toi ? Quelles compétences sont nécessaires à l'IDE pour gérer un situation d'urgence ?

IDE 2 : C'est pareil, ça va être différent d'un service à un autre, pour moi, puisque ça dépend... par rapport à la réa et à un service de médecine, forcément ça ne va pas être la même chose. La base pour moi déjà c'est alerter déjà, mettre en sécurité le patient, alerter tes collègues et le médecin et puis commencer à... de part l'expérience je pense qu'on est capable de préparer certaines choses. C'est-à-dire un patient ventilé, c'est l'aspirer, ramener le chariot d'urgence, commencer à préparer des drogues si besoin, du remplissage, voilà. On prépare, on administre pas on est bien d'accord, mais on peut déjà faire ça. Souvent en fonction de l'urgence que ça va être, on a des petites habitudes qui tout de suite vont se mettre en place.

ESI : C'est pas mal de préparation et d'analyse du coup ?

IDE 2 : oui et c'est l'expérience qui fait ça.

ESI : Tu veux dire quoi par là ?

IDE 2 : C'est l'expérience professionnelle en faite, plus tu vis ce genre d'urgence plus tu sais comment tu vas réagir, tu devines pas la suite, mais tu connais, tu sais ce qu'il va se passer.

Par rapport à une défaillance cardiaque, tu sais si ton patient va s'arrêter ou pas. Donc en fonction de ça tu sais ce qu'il faut faire, on est jamais seul en réa.

ESI : Est-ce que tu as une "fourchette" des urgences vitales que tu as pu rencontrer jusqu'à présent ?

IDE 2 : Une fourchette... je dirais au moins une centaine je pense sur toute ma carrière. Les urgences en réa on en a pas tant que ça non plus, les arrêts j'ai pas l'impression qu'on en ai tant que ça. Par contre des intubations sur des grosses désaturations peut-être plus fréquemment.

ESI : Ok. Au cours de ton expérience est-ce que tu aurais une situation d'urgence vitale qui t'as marqué de façon positive et une autre qui a été plus complexe à gérer ? Si oui, est ce que tu voudrais bien la partager avec moi ?

IDE 2 : Je ne sais pas... Une complexe oui il y en a une il n'y a pas très longtemps. Le monsieur était déjà chez nous quand je suis arrivée, il s'est dégradé tout au long de la journée, c'était une hémorragie digestive de mémoire. On l'a emmené au technique pour qu'ils lui posent une endoprothèse et quand on l'a ramené de son examen en fait, on a vu au tracé du scope qu'il allait s'arrêter, j'étais avec l'interne. On a massé pendant 40 minutes, on l'a ramené, il s'est encore arrêté

pendant 30 minutes. La situation était très bien gérée même si l'issue à été fatale. Mais sa femme était passé le matin parce qu'elle travaillait donc elle ne l'avait pas vu intubé, elle était repassé le midi, pour le coup il était intubé, il était pas bien. Elle l'a vu 3 fois dans la journée, le soir quand elle est venue il était mort. Cette situation-là m'avait marqué parce que j'ai passé quasiment je pense la journée dans sa chambre et que...quand tu arrives au décès ça te fais chier d'avoir passé autant de temps. Après c'est comme ça, malheureusement voila..mais l'aboutissement n'avait pas été idéal. Et c'était dur, parce qu'il y avait des collègues qui étaient enfermés dans les chambres car c'était dans le secteur covid. C'est l'issue qui fait que ça te marque un peu, et tout l'environnement aussi.

ESI : Parce que du coup j'imagine que c'est toi qui a dû être avec la famille pour annoncer ce qu'il c'était passé ?

IDE 2 : Oui, c'est ça exactement. C'est pas simple.. mais ça fait partie du taff.

ESI : Et du coup est-ce qu'il y a une situation qui t'as marqué de façon positive ?

IDE 2 : Une de façon positive... Par contre, c'était il y a beaucoup plus longtemps, parce que j'étais encore à T. C'est un jeune monsieur, je sais plus pourquoi il était là par contre, mais on l'emmenait à l'IRM, il était intubé, sédaté et ventilé. Enfaite, à l'IRM il s'est arrêté et le médecin me dit vas-y va pousser de l'adré et commence le massage et enfaite j'avais pas du tout pensé à ça mais j'avais les poches pleines avec mes boucles d'oreilles et tout ça car il fallait tout enlever avant de rentrer dans l'IRM. Il est reparti après, mais la situation était cocasse et puis j'étais toute jeune. Mais l'issue avait été bonne pour le coup. C'était plus pour le côté drôle de la chose. (rires)

ESI : (rires) D'accord. Selon toi, quelles sont les conditions nécessaires pour une bonne gestion d'une situation d'urgence ? Au contraire, qu'est ce qui fait qu'une situation d'urgence se passe moins bien ?

IDE 2 : Alors il faut, un médecin, il faut une personne qui commande et une seule, c'est qu'une personne qui donne les ordres. Souvent on est deux infirmiers dans la chambre, plus deux aide-soignants et une personne à l'extérieur qui est là si on a besoin de matériel. Pour moi il ne faut pas trop de personne, ça ne sert à rien d'être 15 dans la chambre parce qu'on serait en train de se regarder dans le blanc des yeux, ça ça ferait partie des choses qui font que ça peut mal se passer. Et aussi quand c'est brouillon, quand tout le monde parle, ça ne sert à rien, on ne s'entend plus. En réal c'est très rare que ce soit nous qui faisons le massage, c'est souvent les aide-soignants ou les externes.

ESI : Existe-t-il des choses de mise en place dans votre service après des situations d'urgence pour les équipes ? Si oui, lesquelles ?

IDE 2 : Non, on en parle beaucoup entre nous, on débriefe souvent après avec les médecins aussi. Parce que quand tu es dans le feu de l'action tu ne sais pas vraiment ce qu'il se passe non plus, pourquoi on a fait ça, etc. Je pense que vu que ce n'est pas des situations exceptionnelles chez nous du coup il n'y a pas de réunion mise en place par la cadre par exemple.

ESI : Ok. Et est-ce que tu en parles avec ta famille ou avec des personnes du même milieu ?

IDE 2 : Avec des personnes du même milieu oui avec ma famille non. Je n'ai pas envie de ramener ça à la maison.

ESI : D'accord ça marche. On parlait tout à l'heure de l'expérience, mais est ce que tu penses qu'avec l'expérience la gestion des urgences est plus simple ? Pourquoi ?

IDE 2 : Oui c'est sûr, plus tu en fais plus tu es à l'aise. C'est comme la perfusion, plus tu en fais plus tu es à l'aise.

ESI : Est ce qu'entre le début de ta carrière et maintenant tu gères de manière différente les urgences? As-tu constaté une différence ?

IDE 2 : En réa, j'ai envie de te dire que ça fait vraiment que deux ou trois ans que je suis vraiment à l'aise. Mais au début, même si j'avais déjà 10 ans de diplôme derrière moi, bah non je l'étais pas.

[...]

ESI : As-tu quelque chose à rajouter ?

IDE 2 : Non, je ne vois pas.. je pense que c'est tout pour moi.

ESI : Très bien, merci de m'avoir accordé du temps pour cet entretien, ça m'a beaucoup servi. Au revoir.

IDE 2 : Pas de soucis, avec plaisir. Au revoir.

Annexe IV : Les tableaux d'analyse des entretiens

Objectif 1: Identifier la représentation du soignant sur l'urgence		
	IDE 1	IDE 2
Définition d'une situation d'urgence	<p>“les paramètres vitaux sont vraiment critiques”</p> <p>“les paramètres vitaux sont vraiment altérés”</p> <p>“différents degré d'urgence comme : les urgences sévères voire vitales, les urgences modérées et les petites urgences”</p> <p>“peuvent facilement se résoudre”</p> <p>“en réa l'urgence vitale c'est une fausse route, une détresse respiratoire, une bradycardie voir un arrêt”</p> <p>“ça peut aussi être une hypoglycémie sévère”</p>	<p>“défaillance”</p> <p>“qui commence à engager le patient”</p> <p>“ce qui va engendrer un processus pour pouvoir résoudre ce problème”</p> <p>“ça dépend où tu es.. dans quel service tu es”</p> <p>“forcément ce n'est pas toujours la même chose”</p> <p>“que se soit respiratoire, cardiaque, neurologique, ça peut être les trois à la fois ou une seule”</p>
<p>Résultat :</p> <p>La définition d'une situation d'urgence selon l'IDE 1 et 2 est comparable. Tout d'abord, pour l'IDE 1, une situation d'urgence survient lorsque que “les paramètres vitaux sont vraiment altérés voire</p>		

Objectif 1: Identifier la représentation du soignant sur l'urgence		
	IDE 1	IDE 2
<p>critiques". Pour l'IDE 2, une situation d'urgence est "une défaillance qui commence à engager le patient, ce qui va engendrer un processus pour pouvoir résoudre ce problème". Elles ajoutent que ça peut être différentes urgences, avec "différents degrés" pour l'IDE 1 et "dépendent du service où nous sommes" pour l'IDE 2.</p> <p>Les deux infirmières donnent toutes deux des exemples d'urgences vitales similaires telles que : une fausse route et une détresse respiratoire pour l'IDE 1 en lien avec le respiratoire pour l'IDE 2, un bradycardie ou un arrêt pour l'IDE 1 relié au cardiaque pour l'IDE 2, mais aussi une hypoglycémie pour l'IDE 1 lié au neurologique pour l'IDE 2.</p>		
<p>Rôle et compétences IDE lors d'une situation d'urgence</p>	<p><u>Médecin :</u></p> <p>"comblé dans un premier temps le médecin s'il n'est pas là tout de suite"</p> <p>"obligé de pallier le médecin"</p> <p>"je vais pas attendre de l'appeler et qu'il vienne (médecin)"</p> <p>"tu n'attends pas d'appeler ton médecin pour lui demander ce qu'il faut faire"</p> <p>"appellent le médecin"</p> <hr/> <p>"analyse", "analyse", "analyse", "analyse"</p> <p>"capacité d'écoute", "savoir écouter", "s'écouter", "écoute"</p>	<p>"différent d'un service à un autre"</p> <p>"pas la même chose"</p> <p>"alerter", "alerter tes collègues et le médecin"</p> <p>"mettre en sécurité le patient"</p> <p><u>Action IDE :</u></p> <p>(anticipation)"préparer", "on prépare", "préparer les drogues et du remplissage"</p> <p>"l'aspirer"</p> <p>"ramener le chariot d'urgence"</p> <p>"on a des petites habitudes qui vont tout de suite se mettre en place"</p>

Objectif 1: Identifier la représentation du soignant sur l'urgence

	IDE 1	IDE 2
	<p>“coordonne”, “coordonne”, “coordination”</p> <p>“examine la situation clinique”, “observation clinique de ton patient”</p> <p>“anticipe”, “anticipe”</p> <p>“recherche”, “recherche”</p> <p>“collaboration”, “échanges entre collègues”, “parler”</p> <p>“autonome”, “je vais le faire toute seule”</p> <p>“alerte”, “appeler tes collègues”</p> <p>“vérifier”</p> <p>“savoir se comporter en groupe”</p>	<p>“jamais seule en réa”</p>

Objectif 1: Identifier la représentation du soignant sur l'urgence

	IDE 1	IDE 2
	<p>“gérer son propre stress”</p> <p><u>action IDE :</u></p> <p>“on est les premières au plus près du patient”</p> <p>“je reste toujours auprès de mon patient”</p> <p>“je reste dans la chambre”</p> <p>“un qui reste derrière”</p> <p>“préparer les drogues”</p> <p>“chercher le matériel”</p> <p>“se demander ce qu’il se passe”</p> <p>“tu prépares tout”</p>	

Résultat :

Lors de situation d'urgence, l'infirmière possède un rôle important et mobilise plusieurs compétences. L'IDE 1 explique qu'avant toute chose, l'infirmière est “autonome” et peut mettre en place certains soins avant d'appeler le médecin. Les deux infirmières sont toutes les deux d'accord sur le fait qu'il faut “alerter” le médecin et les collègues.

De plus, l'IDE 1 énumère les capacités que l'infirmière doit posséder telles que des capacités “d'analyse”, “d'écoute”, de “coordination”, “d'observation” et de “recherche”. L'IDE 2 explique que

Objectif 1: Identifier la représentation du soignant sur l'urgence		
	IDE 1	IDE 2
	<p>l'infirmière "n'est jamais seule en réanimation", en effet, il y a beaucoup de collaboration entre collègues. L'IDE 1 ajoute que, lors d'une réanimation, chaque soignant possède un rôle, une infirmière reste avec le patient, une autre reste à l'extérieur de la chambre pour "chercher le matériel" manquant et une autre "prépare". Effectivement, "l'anticipation" est importante lors de situation d'urgence, l'IDE 1 et 2 insistent sur le fait qu'il faut "préparer" par exemple, les drogues ou le remplissage à l'aide du chariot d'urgence.</p> <p>L'IDE 2 finit en expliquant qu'il y a des petites habitudes qui vont se mettre en place petit à petit. Tandis que l'IDE 1 ajoute que, selon elle, il faut aussi "gérer son propre stress" qui est présent.</p>	

Objectif 2 : Déterminer la place des émotions du soignant dans une situation d'urgence		
	IDE 1	IDE 2
<p>Situation d'urgence vitale :</p> <p>- Marqué de façon positive</p>	<p>"tout le monde était calme"</p> <p>"les médecins étaient calmes"</p> <p>"tout s'est bien passé"</p> <p>"le médecin nous disait clairement les choses"</p> <p>"tout le monde s'écoutait"</p> <p>"on s'est écouté"</p> <p>"c'était vraiment facile"</p> <p>"toute les étapes"</p>	<p>"issue bonne"</p> <p>"j'avais les poches pleines avec mes boucles d'oreilles"</p> <p>"la situation était cocasse et puis j'étais toute jeune"</p> <p>"c'était plus le côté drôle de la chose"</p>

Objectif 2 : Déterminer la place des émotions du soignant dans une situation d'urgence

<p>- Plus complexe à gérer</p>	<p>s'enchaînaient tranquillement”</p> <p>“Bonne harmonie dans le groupe”</p> <p>“déployé sur deux services”</p> <p>“deux binômes bloqués dans les chambres”</p> <p>“c’était compliqué”</p> <p>“l’organisation quand on est déployé fait que c’est plus complexe à gérer”</p>	<p>“Situation bien gérée”</p> <p>“mais issue fatale”</p> <p>“m’a marqué car j’ai passé la journée dans sa chambre”</p> <p>“ça te fait chier d’y avoir passé autant de temps”</p> <p>“c’est comme ça, malheureusement”</p> <p>“l’aboutissement n’avait pas été idéal”</p> <p>“c’était dur”</p> <p>“c’est l’issue qui fait que ça te marque un peu et tout l’environnement aussi”</p> <p>“c’est pas simple”</p> <p>“mais ça fait partie du taff”</p>
--------------------------------	--	--

Objectif 2 : Déterminer la place des émotions du soignant dans une situation d'urgence

Résultat :

Ce qui est ressorti le plus de la part de l'IDE 1 par rapport à une situation qui l'a marqué de façon positive est "l'écoute" entre les différents soignants mais également le fait que tout le monde était calme. Cela faisait que la situation se déroulait "facilement" et "tranquillement" et créait une bonne harmonie au sein du groupe, même si l'issue fut le décès du patient. Pour l'IDE 2, la situation qui lui est venue en premier de façon positive est une situation qu'elle caractérise de "drôle". De plus, elle a choisi une situation où le patient n'est pas décédé.

Pour ce qui est d'une situation plus complexe à gérer, l'IDE 1 explique qu'à cause de la situation sanitaire actuelle, les infirmières sont déployées sur deux services différents ce qui a engendré une situation "compliquée". En effet, deux binômes sont restés bloqués dans les chambres car les deux patients avaient des urgences. Le premier avait un souci avec sa dialyse et l'autre était en arrêt. Cette organisation fait que ça a été "plus complexe à gérer". Enfin, l'IDE 2 a été marqué par une situation bien gérée mais où l'issue fut fatale pour le patient. Pour cette infirmière, plusieurs émotions sont présentes lorsqu'elle me raconte la situation : "ce n'était pas simple", "ça fait chier", "malheureusement" mais aussi "c'était dur". Elle termine sur le fait que "ça fait partie du taff" malgré que l'issue mais aussi l'environnement l'ont marqué.

Objectif 3 : Comprendre les mécanismes mis en place par le soignant pour gérer ses émotions lors d'une situation d'urgence vitale.

	IDE 1	IDE 2
Bonne gestion des situations d'urgence	<p>"identifier ses émotions"</p> <p>"gérer ses émotions"</p> <p>"écoute"</p>	<p>"il faut un médecin, une personne qui commande"</p> <p>"deux infirmiers dans la chambre"</p> <p>"deux aide-soignants"</p> <p>"une personne à l'extérieur de la chambre"</p>

Moins bonne gestion	<p>“ce qui me met en difficulté c’est quand on ne parle pas”</p> <p>“quand c’est assez compliqué pour dialoguer”</p> <p>“on ne sait pas trop où on va”</p>	<p>“il ne faut pas trop de personne”</p> <p>“quand c’est brouillon”</p> <p>“quand tout le monde parle”</p>
<p>Résultat :</p> <p>L’IDE 1 explique que, pour elle, une situation d’urgence est bien gérée lorsqu’il y a de l’écoute entre tous les soignants. De plus, individuellement, elle trouve qu’il est important d’identifier ses émotions pour ensuite les gérer de la meilleure façon. Au contraire, ce qui fait qu’une situation se passe moins bien est lorsque c’est compliqué de dialoguer avec l’équipe, que personne ne parle et qu’on ne sait où trop où on va.</p> <p>Pour l’IDE 2, sa réponse est plutôt de l’ordre de la logistique, c’est-à-dire : une personne qui commande, généralement le médecin, puis deux infirmiers et deux aide-soignants dans la chambre et une personne à l’extérieur de la chambre. Selon elle, il ne faut pas trop de personnes dans la chambre, c’est un risque à ce que ce soit brouillon et que tout le monde parle, ceci ferait partie des choses qui font que ça peut mal se passer.</p>		

<u>Objectif 4 : Identifier l’impact de la situation d’urgence et des émotions sur le soignant et sur la prise en soin.</u>		
	IDE 1	IDE 2
Des choses mises en place dans le service pour les équipes	<p>“il n’y en a jamais eu, je n’en ai jamais entendu parler”</p> <p>“il n’y a jamais eu de psychologue ou de choses comme ça mise en place”</p>	<p>“non”</p> <p>“il n’y a pas de réunion mise en place chez nous”</p>
Des choses mises en place en	<p>“débriefer ensemble”</p>	<p>“on parle beaucoup entre</p>

<p>tant qu'individu</p>	<p>“parler avec ces collègues”</p> <p>“perler entre eux et même avec le médecin”</p> <p>“avec mes amies de l'école d'infirmière”</p> <p>“avec ma famille”</p> <p>“c'est vraiment important”</p> <p>“permet d'appréhender d'autres situations”</p>	<p>nous”</p> <p>“on débriefe souvent”</p> <p>“avec les médecins aussi”</p> <p>“avec des personnes du même milieu”</p>
--------------------------------	---	---

Résultat :

Les deux infirmières interrogées affirment toutes les deux qu'il n'y rien de mis en place dans leur service pour les équipes après des situations d'urgence. Cependant, l'IDE 1 et l'IDE 2 sont d'accord sur le fait qu'il y a des “débriefing” entre les collègues mais aussi avec les médecins du service. L'IDE 1 trouve que c'est important car cela permet d'appréhender d'autres situations. L'IDE 2 ajoute qu'elle en parle avec des connaissances mais qui restent dans le même milieu qu'elle, elle n'en parle pas avec sa famille car elle ne veut pas ramener ça à la maison. Au contraire, l'IDE 1 en parle beaucoup avec ses amies de l'école d'infirmière mais aussi avec sa famille.

Objectif 5 : Identifier la place de l'expérience dans la gestion des émotions et dans la gestion d'une situation d'urgence.

	IDE 1	IDE 2
<p>Impact de l'expérience dans la gestion des urgences</p>	<p>“l'expérience dans les situations d'urgence c'est ce qui fait tout”</p>	<p>“plus tu fais plus tu es à l'aise”</p> <p>“plus tu vis ce genre d'urgence, plus tu sais comment réagir”</p>

Objectif 5 : Identifier la place de l'expérience dans la gestion des émotions et dans la gestion d'une situation d'urgence.

	<p>“mon parcours de stage à fait que je suis resté dans un rythme d'urgence”</p> <p>“c'est ce qui a fait mon expérience”</p>	<p>“on a des petites habitudes qui vont tout de suite se mettre en place”</p>
<p>Evolution de la gestion des urgences</p>	<p>“au début je me faisais pas confiance”</p> <p>“j'appelais souvent mes collègues”</p> <p>“j'avais l'impression d'être encore étudiante”</p> <p>“j'appréhende mieux”</p> <p>“je suis moins stressée parce que je suis plus habituée”</p> <p>“je sais plus analyser”</p> <p>“je passe un peu plus à l'action”</p> <p>“je me fais un peu plus confiance”</p>	<p>“au début je n'étais pas à l'aise”</p> <p>“ça fait que deux ou trois ans que je suis vraiment à l'aise”</p>

Résultat :

L'IDE 1 et l'IDE 2 sont en accord pour dire que l'expérience à un impact dans la gestion des urgences. Selon l'IDE 2, “plus tu vis ce genre d'urgence, plus tu sais comment réagir”, l'IDE 1 l'a rejoint sur la même idée, mais à son échelle, c'est-à-dire jeune diplômée, elle trouve que ce sont

Objectif 5 : Identifier la place de l'expérience dans la gestion des émotions et dans la gestion d'une situation d'urgence.

ses stages qui ont créé son expérience.

Par rapport à l'évolution entre le début de leur carrière et maintenant, l'IDE 2 explique qu'au début de la réanimation elle n'était pas à l'aise, cela fait que deux ou trois ans qu'elle l'est. Pour l'IDE 1, au début, elle ne se faisait pas confiance, appelait souvent ses collègues car elle avait l'impression d'être encore dans une posture étudiante. Mais à présent, elle trouve qu'elle appréhende mieux, qu'elle est moins stressée, qu'elle analyse plus, qu'elle passe plus à l'action et qu'elle se fait davantage confiance car elle est habituée.

NOM : Le Bihan

PRÉNOM : Léna

TITRE DU MÉMOIRE : La gestion des émotions en situation d'urgence

During our professional practice, each caregiver is likely to be confronted at least once with an emergency. This research work studies the place of the caregiver's emotions in the care of the patient in an emergency situation. I experienced, as an actor and observer, two life-threatening emergency situations during my internships. Several questions were raised leading to an initial question: in an emergency situation, how does the experience of the nurse influence the management of the emotions of the caregiver in the care of the patient?

First, through the intermediary of authors, I defined notions such as: caring, emergency, emotions and experience. Then, I conducted two interviews with nurses to get a vision of the reality in the field. Finally, I analyzed all these elements and I added my personal views.

This work allowed me to understand that urgency and emotions are subjective notions. Experience plays an important role in the management of our emotions and in the management of an emergency. The dimension of the family in an emergency situation is present. These data allow us to answer the initial question and to open up a research question.

Durant notre exercice professionnel, chaque soignant est susceptible d'être confronté au moins une fois à une urgence. Ce travail de recherche étudie la place des émotions du soignant dans le prendre soin du patient en situation d'urgence. J'ai vécu, en tant qu'actrice et observatrice, deux situations d'urgence vitale au cours de mes stages. Plusieurs questionnements ont été soulevés pour aboutir à une question de départ : dans un contexte de situation d'urgence, en quoi l'expérience de l'IDE influence la gestion des émotions du soignant dans le prendre soin ?

Tout d'abord, par l'intermédiaire d'auteurs, j'ai défini des notions telles que : le prendre soin, l'urgence, les émotions et l'expérience. Ensuite, j'ai réalisé deux entretiens auprès d'infirmières pour avoir une vision de la réalité du terrain. Enfin, j'ai analysé toutes ces données et apporté ma réflexion personnelle.

Ce travail m'a permis de comprendre que l'urgence et les émotions étaient des notions subjectives. L'expérience joue un rôle important dans la gestion de nos émotions et dans la gestion d'une urgence. La dimension de la famille lors d'une situation d'urgence est présente. Ces données permettent d'apporter des éléments de réponse à la question de départ et d'ouvrir sur une question de recherche.

MOTS CLÉS (Anglais) : EMOTION, EMERGENCY, EXPERIENCE, CARING, STRESS

MOTS CLÉS (Français) : EMOTION, URGENCE, EXPERIENCE, PRENDRE SOIN, STRESS

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU Pontchaillou

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019-2022