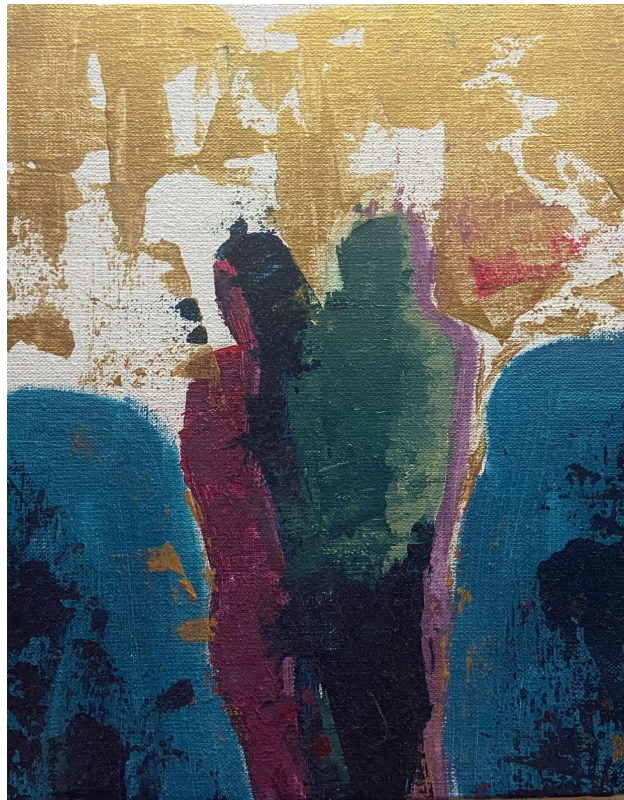




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'urgence de l'émotion



Formateur référent mémoire :
Béatrice Marchadour

BIDOSSE Louise
Formation infirmière
Promotion 2020-2023
Date 01/05/2023

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

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 ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du (nom du document)..... à dater et à signer

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 01/05/2023

Identité et signature de l'étudiant : Louise Bidosse



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

Je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je voudrais remercier **Béatrice MARCHADOUR** pour m'avoir guidée dans la rédaction de mon mémoire, pour votre soutien et votre patience. J'aimerais remercier également **LE BIHAN Christine** pour avoir été ma référente pédagogique durant ma formation, pour votre écoute et votre soutien.

Je remercie également les membres du jury pour leur temps et leur expertise.

Je voudrais aussi dire merci aux deux infirmiers avec qui j'ai échangé pour la réalisation des entretiens, pour leur disponibilité et l'intérêt qu'ils ont porté à mon projet.

Je tiens également à remercier tous les professionnels que j'ai pu rencontrer en stage et qui ont enrichi mes connaissances et façonné ma pratique professionnelle.

Je suis reconnaissante envers mes collègues de promotion, pour leur soutien et leur bienveillance tout au long de la formation. Merci particulièrement à Anne-Penda, Charline, Coralie, Lou et Youna.

Un grand merci à Chloé pour sa relecture attentive et le temps consacré à ce projet.

Je remercie également Lauriane, d'avoir été présente malgré la distance et d'avoir cru en mon mémoire.

Je tiens à remercier Akemi pour avoir été mon soutien émotionnel et pour m'avoir motivée à continuer dans les moments compliqués.

Je voudrais remercier mes parents et mes quatre sœurs, pour leur soutien, leurs encouragements et leur écoute tout au long de ma formation. Et tout particulièrement ma maman, qui a su faire émerger cette vocation en moi il y a presque trois ans.

Sommaire

Introduction	1
Cheminement vers la question de départ	2
1. Les situations d'appel	2
2. Les questionnements	3
3. La question de départ	3
Cadre théorique ou conceptuel	3
1. Le service d'accueil des urgences	3
1.1. Qu'est ce que le SAU ?	3
1.2. Les différents motifs de consultation	4
1.3. Conditions d'exercice particulières	5
2. La profession infirmière	6
2.1. Définition	6
2.2. La posture infirmière	6
2.3. L'IDE au SAU	7
3. De l'émotion au mécanisme de défense	8
3.1. La définition de l'émotion	8
3.2. Le mécanisme de défense	9
3.2.1. Les différents mécanismes de défense	10
3.3. Les mécanismes de défense des soignants	11
Dispositif méthodologique du recueil de données	12
1. Objectifs du guide d'entretien	12
2. Population interviewée	12
3. Organisation des entretiens	13
4. Bilan du dispositif	13
Analyse descriptive des entretiens	14
1. Le Service d'accueil des urgences	14

1.1. La description géographique des urgences	14
1.2. Les situations prévalentes retrouvées	15
2. Les émotions et la posture infirmière	15
2.1. Les émotions vécues par des infirmiers des urgences	16
2.2. Comment ces émotions ont-elles évolué avec le temps ?	16
2.3. Quel impact ont les émotions sur la prise en soin des patients ?	16
3. Les infirmiers des urgences mettent-ils en place des mécanismes de défense ?	17
Discussion	18
1. Les émotions des soignants aux urgences	18
2. De la gestion de l'émotion au mécanisme de défense	20
3. L'utilité pour le soignant ? Pour le patient ?	20
4. Qu'en est-il des situations d'appel ?	21
Conclusion	23
Bibliographie	24
Annexe I : Guide d'entretien	1
Annexe II : Entretiens n°1	2
Annexe III : Entretien n°2	6
Annexe IV : Tableaux d'analyse	12
Annexes V : French Triage Classification	29
Abstract	32

Introduction

Actuellement en troisième année de formation en soins infirmiers, il m'est demandé de réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Pour ce faire, j'ai sélectionné la thématique suivante : "L'impact des mécanismes de défense des infirmiers sur leur posture infirmière auprès des patients des urgences". J'ai choisi le Service d'accueil des urgences comme lieu d'observation car cela a été un des lieux de stage qui m'a le plus intéressé au cours de ma formation.

Au cours de mon expérience en stage ou de mon expérience professionnelle, j'ai pu être confrontée à de nombreuses situations auxquelles les soignants sont régulièrement confrontés : la douleur des patients, leurs émotions, l'agressivité, la fin de vie. Je me suis alors questionnée sur l'impact que la répétition de ces situations pouvait avoir sur les soignants, notamment sur les infirmiers des urgences qui y sont confrontés quotidiennement. Mes intentions étaient alors d'identifier quelles situations étaient les plus récurrentes dans leur service, puis d'identifier si ces situations évoquent des émotions chez les soignants. Après cela, l'objectif est de relever quels outils ils utilisent pour pallier ces émotions, si des mécanismes de défense sont mis en place ou non, puis, établir l'impact que cela peut avoir sur la posture infirmière du soignant.

J'ai premièrement effectué mes recherches sur l'organisation du Service d'accueil des urgences afin de définir le cadre du service, la population accueillie et les situations prévalentes. Il était ensuite question d'établir la définition de l'infirmier, de définir son rôle et d'identifier la posture infirmière afin de l'appliquer au service des urgences. Par la suite, j'ai effectué des recherches sur la définition des émotions, leur fonctionnement, puis, la définition du mécanisme de défense, leurs fonctionnements et comment ils sont retrouvés chez les infirmiers. Après cela, j'ai réalisé deux entretiens auprès de deux professionnels d'un service des urgences afin de pouvoir alimenter mon analyse dans la seconde partie.

Pour conclure, il sera question de confronter ces apports théoriques aux deux témoignages ainsi qu'à mes expériences professionnelles et personnelles afin d'établir des hypothèses, et ainsi de construire un raisonnement autour de cette thématique pour ma pratique professionnelle.

Cheminement vers la question de départ

1. Les situations d'appel

La première situation que je vais exposer se déroule lors de mon premier stage de semestre 4 dans un service d'accueil des urgences. Ce jour-là je suis d'horaire d'après-midi dans le module du "déchocage". C'est une salle de soins intensifs permettant d'accueillir jusqu'à 6 patients. 5 lits simples et un lit pour un éventuel patient atteint du covid-19.

Ce jour-ci nous accueillons une dame d'environ 50 ans en salle de déchocage, accompagnée par le SAMU jusqu'à l'hôpital, elle a été retrouvée inconsciente par son mari à son domicile après qu'elle soit allée faire une sieste. Arrivée dans la salle, la patiente présente un score de Glasgow évalué à 3, ainsi qu'une mydriase à un œil, et un myosis à l'autre. Ses réflexes neurologiques sont évalués par l'interne présent et en l'occurrence, en réalisant le réflexe cutané plantaire, méthode qui permet d'évaluer ses réflexes neurologiques, nous remarquons la présence du signe de babinski. Ce dernier est un signe réflexe que l'on voit normalement disparaître environ six mois après la naissance, sa présence à l'âge adulte peut donc évoquer des troubles neurologiques. Ainsi, à l'évaluation de ces signes, l'infirmière présente qui m'encadre dit à voix haute dans la salle de déchocage "Globalement elle est morte là", et poursuit en disant "On va faire un scanner cérébral mais bon elle est déjà décédée". Un scanner cérébral est réalisé et cette dame présente un engagement cérébral. Cette dame avait une tumeur cérébrale déjà connue. Par la suite, il lui est posé une sonde vésicale. Je tente une première fois mais je n'arrive pas à maintenir les jambes de la dame afin de pouvoir poser la sonde. L'infirmière prend alors le relai en disant "Laisse moi ta place il faut qu'on fasse vite".

La seconde situation se déroule également lors de mon stage de semestre 4 en service d'accueil des urgences. Je travaille le matin ce jour-là, dans un module des urgences accueillant des patients venant pour des prises en soins de médecine. Je me joins à l'infirmière qui m'encadrera ce jour. Arrive ce moment clé de la matinée : le tour des constantes, ce qui à aller voir chaque patient un à un et prendre les constantes nécessaires, administrer des traitements, réaliser des bilans sanguins, réinstaller les patients dans les brancards, écouter leurs plaintes et besoins et y répondre lorsque c'est possible. L'organisation de ce tour dépend de chaque infirmier ou infirmière. Avec cette infirmière, nous décidons de procéder ainsi : nous commencerons par le fond du couloir, nous assurerons de croiser chaque patient avant de commencer. Dans ce couloir, il y a des boxs mais également des dizaines de patients allongés sur des brancards de part et d'autre. On peut y entendre les plaintes des personnes âgées en train de geindre sur leur lit, observer des patients ayant fini par s'endormir ou encore être interpellé par les requêtes des multiples patients logés dans les couloirs. Nous descendons le couloir avec le chariot de soin et avec le tensiomètre. Je croise le regard de plusieurs patients, l'infirmière devant moi continue d'un pas soutenu jusqu'au box du fond en regardant droit devant. Un monsieur m'interpelle, il me demande combien de temps il va encore attendre. Je lui réponds que je n'ai pas de réponse précise à lui donner mais que nous serons de retour dès que possible pour lui prendre ses constantes. Je repars ensuite avec l'infirmière et nous réalisons le tour ensemble.

2. Les questionnements

Les deux événements que je viens d'évoquer soulèvent sans équivoque différents questionnements vis-à-vis du vécu du soignant face aux situations auxquelles celui-ci peut se retrouver confronté au quotidien.

En effet, dans la première situation, j'ai remarqué un décalage, une différence entre ma réaction et celle de l'infirmière qui m'a encadré ce jour-là. En effet, l'infirmière continue ses activités de soins auprès des autres patients comme si de rien n'était, malgré l'issue établie pour cette patiente. Ce qui m'a amenée à différentes questions : Est-ce que cela a affecté la façon dont je me suis positionnée dans la prise en soin? La confrontation à des situations récurrentes en service d'urgence impacte-elle la position infirmière ? Comment les infirmiers et infirmières des urgences parviennent-ils à continuer de travailler aux urgences ?

Dans le cas de la deuxième situation que j'ai évoqué, nous pouvons nous poser exactement les mêmes questions. Comment le soignant fait-il pour ne pas être alerté systématiquement aux plaintes ou appels du patient ? A quel point la récurrence de ces situations impacte-elle la dimension émotionnelle du soignant ? Quelles émotions sont évoquées ? Que met-il en place pour pallier ces émotions ? Des mécanismes de défense ?

3. La question de départ

De ces interrogations, je dégage la question de départ suivante :

En quoi les mécanismes de défenses des IDE peuvent-ils influencer la posture infirmière auprès de patients accueillis dans un service d'urgence ?

Nous pouvons nous poser cette question sur les mécanismes de défense qu'empruntent les infirmiers aux urgences dans le but de comprendre lesdits mécanismes : comment se mettent-ils en place ? Dans quelle mesure ? Ainsi, nous pourrions en identifier l'impact sur la posture infirmière.

Cadre théorique ou conceptuel

1. Le service d'accueil des urgences

Il s'agira ici d'explicitier le rôle d'un service d'accueil des urgences, de décrire les différents patients qui peuvent être pris en soin ainsi que d'identifier les conditions d'exercices du service.

1.1. Qu'est ce que le SAU ?

Le SAU, plus précisément le service d'accueil des urgences, et plus communément appelé : "Les urgences", désigne le service hospitalier chargé de l'accueil et des soins des personnes malades ou blessées, comme indiqué dans l'article de *Passeport santé*. Cet article explique que les patients peuvent venir d'eux-mêmes à l'hôpital ou venir via les services de secours comme les pompiers ou le SAMU. Dans cet article, des urgences de plusieurs ordres

sont décrites. On y retrouve l'urgence vitale, qui sera traitée en priorité. L'urgence fonctionnelle, qui correspond à une blessure, une maladie, qui entraîne "un pronostic lourd et assez urgent". On y trouve aussi des urgences ressenties décrites qui sont rencontrées lorsqu'un patient est angoissé mais son pronostic vital n'est pas engagé. Il est possible de trouver également des "urgences sociales", c'est le cas de personnes qui se retrouvent dans des situations difficiles sans savoir vers qui se tourner. Ce sont des personnes qui seront orientées vers un service de police et/ou un assistant social. L'article souligne cependant : "Il ne s'agit pas d'une urgence médicale à proprement parler", il relève alors d'une prise en charge sociale.

Aux urgences, les patients vont d'abord passer par l'accueil, où leur état clinique est évalué, puis ils seront orientés vers les différents modules de soins. Il peut exister des secteurs "ambulatoires", pour les soins de courte durée avec un retour à domicile rapide, et un secteur de pré-hospitalisation où les patients passeront "quelques jours ou quelques semaines à l'hôpital". Il existe également la SAUV ou la salle de déchocage qui est un lieu d'accueil pour les patients présentant une détresse vitale ou potentielle. Certains secteurs peuvent être destinés à la médecine ou encore à la psychiatrie (*Infirmier En Soins Généraux - Urgences - H/F*, n.d.). Dans certains centres hospitaliers, il est possible de trouver des services d'urgences spécialisés, comme nous l'indique l'article *Ce Que Vous Devez Savoir Sur Les Services D'urgence* publié en 2015 sur le site *hopital.fr*, comme des urgences psychiatriques, cardiologiques ou encore des services de maternité. Ces urgences spécialisées permettent d'orienter directement des patients avec une plainte spécifique vers des professionnels de soins adaptés à leurs besoins. L'article *Le service des Urgences aujourd'hui* de Bertrand Galichon décrit le SAU comme "un phare", allumé nuit et jour, qui permet l'accès aux soins à n'importe quel moment. Il précise également le rôle important de ce service dans l'accès aux hospitalisations, de leur régulation et leur préparation. Bernard Galichon relève aussi les enjeux de cette "porte ouverte", attirant selon lui "un concentré de précarités". Il évoque donc ici un nombre important de patients qui combinent régulièrement une prise en charge somatique et sociale.

1.2. Les différents motifs de consultation

Le service d'accueil des urgences accueille une population diversifiée, que cela soit de par l'âge ou les motifs de consultation. Ce sont les moins de 25 ans qui représentent la plus grande part de consultations en France, mais cependant, les personnes âgées sont celles qui sont le plus souvent hospitalisées avec un taux de 56% en 2017. (*Les Urgences Hospitalières, Miroir Des Dysfonctionnements De Notre Système De Santé*, 2023).

Pour ce qui est des motifs d'hospitalisation, ceux-ci peuvent dépendre de différents facteurs comme la région, la période de l'année ou des événements actuels. Pour pouvoir classer et traiter comme il se doit les patients, il existe une échelle de classification des motifs d'entrée visant à réaliser un triage des individus afin de correctement les orienter et évaluer la gravité de leur état clinique. Cette classification s'appelle "FRENCH triage" ce qui correspond à : *French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage*. Elle recense les différents motifs de consultation et leurs critères de gravité correspondants. Des exemples de grandes catégories sont : Cardiovasculaire ; Respiratoire ; Traumatologie ; Infectiologie. Parmi ces catégories, nous pouvons retrouver respectivement : hypotension artérielle ; dyspnée ; plaie ; fièvre. Avec le motif de la plainte identifié viendra un code de tri, ce code de tri se place entre 1 et 5 et correspond au risque d'aggravation de l'état de santé d'un patient. Le code de tri 5, par exemple, correspond à : Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente ; Pour le tri 1 : Détresse vitale majeure.

A chacun de ces codes de tri est associé un délai de prise en charge, une conduite à tenir et une orientation, par exemple, pour un patient de tri 2 : Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère, le risque d'aggravation est estimé à 1 heure, il est donc nécessaire qu'il soit vu par une IDE dans un délai de 10 minutes puis un médecin dans un délai de 20 minutes. Cette échelle (FRENCH triage) recense également les normes de la tension artérielle en fonction de l'âge des patients, du rythme cardiaque et de la fréquence respiratoire, ces normes sont utilisées comme valeur de référence pour juger de la gravité des symptômes du patient. (cf annexe)

Dans l'article *Urgence absolue, pronostic vital : quelle est la réalité derrière les mots ?* publié dans Ouest France le 17 avril 2023, le Dr Moronval, Urgentiste explique l'origine des termes "urgences absolues" ou "urgence relative", tous deux proviennent d'une classification : "Noto-Larcen-Huguenard" qui servait en médecine de catastrophe à trier les patients lors d'événements comme des séismes ou encore des attentats. Il explique également que parfois, entre deux urgences absolues, une passerait en "urgence relative" car l'autre urgence absolue serait plus grave, et c'est ce qu'il présente avec une hémorragie de la rate et une fracture ouverte, l'hémorragie de la rate serait prise en charge au bloc en premier, tandis que la fracture ouverte serait prise en charge après.

Ainsi les urgences accueillent constamment, jour et nuit, des patients de tout âge venant pour des motifs de consultations variables de par leur nature et leur gravité. Cela implique alors l'adaptabilité des infirmiers face à la diversité des situations pouvant être accueillis.

Il s'agira alors de se questionner sur les particularités d'un service d'accueil des urgences, quelle est la population accueillie ? Quelles problématiques pouvons-nous rencontrer ?

1.3. Conditions d'exercice particulières

La porte d'entrée de l'hôpital, c'est comme cela que Bertrand Galichon désigne le service d'accueil des urgences dans l'article *Le service des Urgences aujourd'hui*, que l'on retrouve dans la revue Laennec 2014. Il explique ce surnom de la façon suivante : 50% des entrées dans le circuit de soins se font via le service d'accueil des urgences. Cet article met en lumière le lien entre l'accessibilité du service des urgences et la diversité des prises en charges retrouvées. L'auteur souligne l'importance capitale du "s" marquant le pluriel du mot "Urgences" : "il implique, pour tous les personnels travaillant dans ces services, un saut du coq à l'âne permanent qui exige un ajustement toujours renouvelé". Cet ajustement met en lumière la notion d'adaptabilité nécessaire des équipes soignantes des urgences. Car en effet, la charge de travail dans ce service est importante de par le nombre de patients très variable, le nombre de patients assignés à un infirmier dépendra du nombre de patients accueillis ce jour-là. En plus de cela, comme vu précédemment, les motifs d'admission au SAU sont très diversifiés, et parmi ceux-ci, nous pouvons retrouver des situations psychologiquement difficiles comme des patients polytraumatisés ou des arrêts cardio-respiratoire. Ainsi, les soignants sont exposés à des prises en charge pouvant être difficiles, et ce de par leur complexité ou de par leur gravité. En plus de l'accueil très diversifié réalisé en continu dans un SAU, il est également important de prendre en compte le contexte du milieu de la santé. En effet, il est possible de lire dans cet article : *Immersion aux urgences : manque d'infirmiers, pénurie de médecins... Quel avenir pour nos hôpitaux ?* les différentes problématiques qui touchent les hôpitaux de Belgique, par exemple, il est recensé la difficulté que les hôpitaux ont à engager des infirmiers. Le poste infirmier a évolué avec les années, c'est ce dont témoigne le chef

infirmier. Il explique que le nombre de patients a augmenté, que les tâches administratives également mais que les équipes d'infirmiers, elles, n'ont pas augmenté en effectif.

2. La profession infirmière

Dans cette partie, il s'agira d'expliciter la définition de l'infirmier ainsi que de définir sa posture au sein du contexte d'un service d'accueil des urgences.

2.1. Définition

Selon le Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, on associe à l'infirmier un rôle : “Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Ils contribuent aux missions d'éducation à la santé, à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leurs parcours de soins en lien avec leur projet de vie.” Le ministère de la santé a une description similaire de l'infirmier. En effet, on peut lire “Prévention, soins, maintien de la santé en vue d'un rétablissement.” (*Infirmier*, 2012). De plus, il est possible de lire dans (Paillard, 2021, 291) “Les tâches infirmières s'inscrivent dans le projet de soin global du patient.” En d'autres mots, l'infirmier à différentes missions, celui-ci va travailler en collaboration avec une équipe pluridisciplinaires, avec des médecins, des spécialistes, des aides-soignants, kinésithérapeutes afin d'évaluer, d'améliorer ou de conserver l'état de santé d'un patient. De manière plus explicite, l'infirmier va mettre en place des prescriptions médicales, des soins ou des traitements, et il va contribuer à l'établissement d'un diagnostic par la réalisation d'examens, comme des prises de sang ou d'autres prélèvements, ou encore coordonner l'intervention des différents professionnels.

Les infirmiers peuvent travailler dans divers milieux de soins de santé, comme des établissements de santé public ou privé, des EHPAD ou établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, des cabinets libéraux, ou encore directement au domicile des patients. Ils peuvent également travailler au sein d'entreprises, ou en milieu scolaire dans des écoles primaires, des collèges, des lycées et des universités. On les retrouve aussi dans des associations humanitaires, que cela soit en France ou dans des pays étrangers. (*L'infirmier*, 2012).

Pour résumer, l'infirmier est un professionnel de santé qui joue un rôle important dans la prévention de maladies ou d'infections, dans l'éducation thérapeutique auprès de patients, de leur famille ou encore dans la réalisation de soins. Cela requiert donc des connaissances sur la physiologie humaine, les traitements, les pathologies et les examens à réaliser.

Cependant, les connaissances suffisent-elles à la réalisation de soins satisfaisants ?

2.2. La posture infirmière

“Une manière d’habiter un positionnement” c’est comme cela que la posture infirmière est décrite dans *Le Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* de Paillard C. “La posture est la place que l’on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée.” On peut également y lire “Par la posture s’incarnent les valeurs d’un professionnel en relation à autrui.” Ce qui laisse comprendre que la posture peut-être changeante, qu’elle peut évoluer, et ce en fonction du soignant, de l’infirmier. La posture infirmière fait référence à l’attitude, à l’approche que le soignant va adopter auprès d’un patient lors d’un soin. Ainsi, la façon dont est réalisé un soin dépend de quel soignant le réalisera. En effet, la façon dont le professionnel va entreprendre la relation avec le patient, de par l’analyse de son état clinique, ses constantes vitales, ses plaintes, son langage non-verbal, pourra être plus ou moins bénéfique pour le patient.

La posture infirmière est également régie par les valeurs de la profession, les normes éthiques et professionnelles. Celles-ci apparaissent dans le Code de déontologie des infirmières et des infirmiers. On peut identifier le respect des autres professionnels de soin, de son équipe afin de travailler efficacement et de pouvoir prendre des décisions rapides et éclairées pour répondre aux besoins des patients. D’autre part le respect du secret professionnel, la confidentialité des informations, le respect de la dignité et des droits d’un patient. Le Code de déontologie s’applique aussi par la recherche du consentement du patient, et aussi par les explications des soins réalisées aux patients., leur intérêt. Le respect de la dignité du patient est aussi une notion clef. On cherche la mise en place d’une alliance thérapeutique.

Or, la formation initiale infirmière implique des connaissances scientifiques et des compétences cliniques. La formation initiale est un élément essentiel dans la professionnalisation des infirmiers. L’article “*Prendre soin et formation infirmière*” articule la compétence : “elle inclut la capacité à se situer face à la personne ou au groupe de personnes à accompagner dans les soins”. Suggérant ainsi le rôle majeur de la formation initiale dans la professionnalisation des infirmiers car elle participe au façonnement de leur posture.

Ainsi, la posture soignante est la façon dont un soignant va *habiter* sa profession, et ce en se basant sur sa formation initiale, sur des connaissances scientifiques, ses expériences de vie et des compétences afin de répondre aux besoins des patients. Le soignant va aussi habiter sa profession à travers ses valeurs personnelles et les valeurs de la profession infirmière. Il s’agit ici dans le cadre de la profession infirmière de promouvoir l’autonomie du patient, de réaliser des soins dans le respect de la dignité du patient, de son intimité. Et ce au moyen de l’écoute, de l’empathie et de la communication qu’un soignant est en capacité de procurer.

Nous pouvons donc maintenant appliquer ces notions à un service d’accueil des urgences, mais qu’en est il de la posture infirmière d’un soignant aux urgences ? Comment se façonne-t-elle ?

2.3. L’IDE au SAU

L’infirmier des urgences a un rôle crucial. Celui-ci représente le premier contact avec le patient. En effet, le patient se présentant aux urgences sera accueilli par un infirmier d’accueil, l’IAO ou infirmier/infirmière d’accueil et d’orientation. C’est lors de ce premier contact que le cadre de la prise en soin va se dessiner. L’IDE va analyser la situation à travers la plainte du patient, de ses constantes (tension artérielle, température, évaluation de la douleur,

fréquence cardiaque) et de son état général. Avec ce recueil de données, l'IAO va pouvoir orienter le patient dans le secteur adapté. Ce recueil de données complet permettra aux médecins et infirmiers d'évaluer à nouveau le patient par la suite et de voir l'évolution de son état général.

Avec ce premier recueil de données, l'infirmier a pour responsabilité d'installer le patient de manière adaptée, d'assurer son transfert dans le bon secteur. Puis, selon son rôle prescrit, l'infirmier des urgences va aussi prodiguer les premiers soins en fonction des suspicions de diagnostics et de la situation clinique du patient. Ces premiers soins peuvent être des gestes techniques comme la pose d'un cathéter veineux ou la réalisation d'un électrocardiogramme. Il peut notamment administrer les premières thérapeutiques et déclencher les mesures nécessaires au maintien en vie d'un patient. Il revient aussi à la responsabilité infirmière que de coordonner le parcours de soin du patient, et cela peut se présenter par la bonne transmission des informations entre les différents professionnels de soins (médecins, infirmiers, aide-soignants) ou encore dans la réalisation de transferts entre le SAU et un autre service ou centre hospitalier. Cette coordination se fait par différents logiciels qui peuvent être retrouvés aux urgences ou par téléphone selon l'accessibilité des ressources et les besoins des patients. Tout autour de la prise en soin des patient, comme dans un autre service classique, se construit aussi le suivi du matériel nécessaire au service, que cela soit le bionettoyage de l'environnement, des boxs, des brancards, ou l'inventaire des salles de stockage du matériel, de leur intégrité et si leur date limite d'utilisation n'est pas dépassée.

Ainsi, l'infirmier des urgences constitue la première alliance entre le patient et les services de soins. Une analyse de situation et une orientation précise du patient est donc primordiale à un fonctionnement fluide du SAU, mais également au circuit de soin du patient.

On peut alors se questionner sur comment cette première alliance : ce premier contact avec un service de soin peut-il impacter la relation avec le patient ? Quels éléments du vécu des infirmiers peuvent la modifier ?

Il s'agira ici de présenter les notions des émotions et des mécanismes de défenses et par la suite de les mettre en lien avec la posture infirmière : comment s'inscrivent les émotions dans le prendre soin ?

3. De l'émotion au mécanisme de défense

3.1. La définition de l'émotion

L'émotion est décrite, d'après Le Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, comme "une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit), et comportementales (nos actions)".

Il est possible d'éclairer ces propos par la lecture du livre *Les processus cognitifs dans l'élaboration d'une émotion* de Véronique Christophe. Dans cet ouvrage sont présentées les différentes théories sur l'élaboration des émotions. Cependant, nous pouvons relever les éléments principaux pour l'élaboration des émotions. Premièrement, la perception d'un stimulus. Celui-ci peut-être interne ou externe. Dans son ouvrage l'auteur propose la musique et l'attraction interpersonnelle comme exemple de stimulus. La seconde étape est l'évaluation cognitive : une fois que

le stimulus est perçu, il s'agit d'évaluer s'il peut être une menace ou une opportunité. Si il est évalué comme une menace, alors cela peut générer une réponse émotionnelle négative comme la colère ou la peur. Au contraire, si il est évalué comme une opportunité, cela pourra susciter une réponse émotionnelle positive comme la joie ou l'excitation. Ensuite, c'est la réponse physiologique qui prend place. Dans les études que V. Christophe présente, le rythme cardiaque est enregistré lors du stimulus, et chez certains celui-ci s'accélère. C'est une réponse physiologique à l'émotion induite par le stimulus. Enfin, l'émotion est exprimée par le comportement de l'individu. Ces comportements peuvent être différents d'un individu à l'autre, une personne en colère pourrait crier tandis qu'une autre s'éloignerait de la situation. V. Christophe met en lumière cet aspect dans l'évaluation d'un stimulus en expliquant qu'il dépend de l'individu, de par ses expériences passées, ses croyances ou encore sa culture, et qu'en ce sens la réponse à cette situation ne sera pas la même d'un individu à un autre.

Ainsi, les émotions sont des réponses complexes face à des stimuli qui impliquent des aspects physiologiques, cognitifs et comportementaux. On retrouve une notion personnelle dans l'élaboration de chaque émotion de part le vécu de chacun, leur culture, leurs croyances. Cela explique également la diversité des réponses possibles à un même stimulus.

Il est intéressant de se pencher sur la mise en place des mécanismes de défense, car bien que ce concept soit distinct de celui de l'émotion, il peut exister des interactions pouvant influencer le vécu des émotions et le bien-être psychologique d'un infirmier et de son patient. Comment fonctionnent ces mécanismes de défense ? Comment peuvent-ils affecter l'expérience émotionnelle du sujet ? De l'infirmier ? Du patient ?

3.2. Le mécanisme de défense

L'origine du terme "mécanisme de défense" remonte à Freud, originellement appelé "les psychonévroses de défense" et par la suite "mécanisme de défense" comme on peut lire dans l'ouvrage *Les mécanismes de défense* de S. IONESCU, M-M JACQUET et C. LHOTE. Par la suite, le terme "mécanisme de protection" apparaît dans le périodique de Laennec mais l'expression "mécanisme de défense" reste plus utilisée.

Dans ce périodique, les mécanismes de défense sont décrits comme "des réactions spontanées, involontaires, de notre psychisme, qui nous permettent d'atténuer ou même de faire disparaître l'angoisse liée à des dangers internes ou externes, réels ou imaginaires.", en d'autres mots ils nous aident : "à ne pas trop déprimer." Leur but est en effet, comme on peut le lire dans (Paillard, 2021, p. 334) de "protéger la personne de son anxiété". Ainsi, on peut comprendre que les mécanismes de défense sont des stratégies qu'un individu va mettre en place pour faire face à une situation stressante ou menaçante.

Aurore Bevalot explique qu'il est commun de croire que les mécanismes de défense sont forcément en lien avec des troubles psychiques graves, cependant, il est important de souligner que ces procédés sont utilisés par tout le monde, et ce de manière régulière. Elle résume ces mécanismes par : "l'appareil psychique" étant exposé à des conflits internes portant sur nos envies, nos désirs, nos valeurs. Ces conflits internes vont alimenter des angoisses, et afin de lutter contre cette souffrance, les mécanismes de défense vont contrer cela.

Or, ces mécanismes de défense, considérés comme "protecteurs" peuvent être nuisibles. En effet, elle explique : "il s'agit de pansements, ils ne règlent pas ces fameux problèmes." Ces fonctionnements ne feraient que

retarder la confrontation avec les différents problèmes qu'un individu pourrait rencontrer. Ce qui peut engendrer des difficultés dans les relations aux autres et avec soi-même.

Pour résumer, le mécanisme de défense s'installe inconsciemment et involontairement dans le but de protéger une personne de dangers internes ou externes et de son anxiété. Mais, celui-ci ne permet pas de régler la source d'une problématique, et sur le long-terme il peut engendrer des difficultés relationnelles. Il s'agira ensuite d'explicitier quelles formes peuvent prendre ces mécanismes de défense.

3.2.1. Les différents mécanismes de défense

D'après Mécanismes de défense et coping, de H. CHABROL et S. CALLAHAN, "Il n'existe pas de consensus sur le nombre de mécanismes de défense." Et "Les tentatives de classifications restent également insatisfaisantes." Il est possible de trouver différentes classifications : "la plus habituelle distingue 3 niveaux : les défenses matures, intermédiaires ou névrotiques, et les défenses immatures" D'autres travaux la présente comme une organisation "en une dimension unique, en continuum allant de la défense la plus immature à la plus mature (Rutherford et al., 1998 ; Trijsburg et al., 2000)."

Cependant, il est possible d'en extraire différents mécanismes de défense : par exemple, le déni est un mécanisme par lequel une personne va refuser de reconnaître une réalité, vécue comme dangereuse ou douloureuse, celle-ci ne va pas en prendre conscience. Le déplacement, quant à lui, est un processus qui va impliquer le transfert de l'intensité émotionnelle d'une situation vers une autre situation moins intense, cette seconde situation sera similaire à la première. L'évitement est un autre mécanisme de défense qui consiste à éviter les pensées ou les événements qui peuvent provoquer de l'angoisse ou du conflit. Certaines personnes peuvent mettre en place un mécanisme de défense comme l'humour, qui lui, va viser à, par l'usage d'ironie ou de comique, se défaire d'une situation traumatisante.

L'intellectualisation est lorsqu'une personne va avoir recours à la généralisation ou l'abstraction d'une situation angoissante pour le sujet, tandis que la rationalisation est processus à travers lequel une personne va justifier ses comportements, ses émotions ou ses actions de manière logique et rationnelle mais cela va camoufler la réalité de ses angoisses et de ses ressentis.

Il est important de noter que bien que les mécanismes de défense puissent être utiles à court terme pour gérer le stress et l'anxiété, sur le long terme, ceux-ci empêchent une personne de faire face à ses problèmes et de trouver des solutions efficaces à long terme. Par conséquent, la prise de conscience de ces mécanismes peut aider à développer une meilleure compréhension de soi et améliorer les relations avec les autres. (Belavot, 2023)

Il est important de souligner que la liste des mécanismes de défense n'est pas exhaustive, et que les définitions peuvent être différentes selon les auteurs et les théories. Cependant, certains de ces mécanismes peuvent également s'appliquer aux infirmiers. En effet, il s'agira ensuite d'explicitier quels mécanismes de défense sont retrouvés chez l'infirmier et comment ils se manifestent.

3.3. Les mécanismes de défense des soignants

Comme vu précédemment, les mécanismes de défense sont des stratégies inconscientes visant à protéger le sujet d'un danger interne ou externe, et ceux-ci peuvent être mis en place par n'importe qui, notamment par les soignants, c'est ce qu'explique Alain Toledano dans sa publication *“Les mécanismes de défense des soignants”*. D'après lui : *“comprendre “les mécanismes de défense des soignants” est déterminant pour l'amélioration de la relation avec les patients, et pour une meilleure prise en charge thérapeutique”*. C'est pourquoi il est intéressant de se pencher sur certains mécanismes présentés par ce docteur.

Premièrement, il est possible de présenter le terme de banalisation, c'est un mécanisme de défense qui consiste à considérer quelque chose d'habituellement inapproprié, inacceptable ou choquant comme normal et de l'accepter. Cependant pour ce qui est de la banalisation chez les infirmiers, c'est lorsque le soignant voit seulement la maladie du patient et non le patient dans sa globalité, le laissant dans une souffrance morale, celui-ci ne sent donc ni reconnu ou entendu.

Lorsqu'un infirmier va se donner l'illusion de savoir ce qui est bon pour un patient, c'est ce qu'on appelle l'identification projective. En effet, le soignant va reporter ses propres sentiments, pensées, réactions au patient. Ainsi, l'infirmier ne se distancie plus du patient comme dans le cas de la banalisation mais s'investit émotionnellement, ce qui va donner au patient l'impression que sa souffrance est partagée.

Il existe également l'évitement, c'est un comportement qui vise à éviter une situation, une personne, qui est associé à quelque chose de désagréable, inconfortable ou menaçante. Cela peut être causé par de l'anxiété, de la peur ou un traumatisme. Chez le soignant, cela se manifeste par un comportement de fuite pour ne pas faire face à une situation difficile. Par exemple, le fait d'éviter de regarder le patient dans les yeux, d'éviter des contacts directs avec celui-ci. Pour le patient, cela provoquera un sentiment d'exclusion, de solitude.

A l'opposé de l'évitement, il peut exister la fausse réassurance, l'infirmier va rendre positif l'évolution de la situation et des examens médicaux mais cela va alimenter un espoir artificiel chez le patient. En effet, le patient est maintenu dans une ignorance partielle, en décalage de la réalité.

La rationalisation est un autre processus mental qui peut-être mis en place par les soignants, c'est le cas lorsque l'infirmier se dissimule derrière un discours savant, hermétique, et non compréhensible par le patient. La relation soignant-soigné n'est pas conservée et cela provoque de l'angoisse chez le patient.

Ensuite, il y a le mensonge, en effet, l'infirmier va mentir au patient afin de ne pas être confronté par ses émotions, ici de l'angoisse. En faisant cela, le soignant coupe la communication et rejette l'angoisse du patient, cependant, le patient étant dans l'illusion, il conserve tout de même sa confiance pour l'infirmier qui le prend en soin, mais cela retarde également son processus d'acceptation.

Contrairement au mensonge, il y a la fuite en avant, c'est lorsque le soignant va exposer tout son savoir afin de se libérer de son “fardeau”, cela empêche le patient de poser des questions, celui-ci sera sidéré et son angoisse sera majorée. Le soignant en question pensera toujours être dans la maîtrise de la situation, or il est explicité que ce mécanisme est utilisé lorsqu'il n'est plus possible d'avoir recours à un autre (rationalisation, mensonge, banalisation).

Ainsi, on peut recenser de nombreux mécanismes de défense présents chez les infirmiers, la banalisation, l'évitement, l'identification projective. Ces mécanismes visent à préserver l'équilibre psychique des infirmiers, mais ceux-ci ont bel et bien des conséquences sur le patient, comme de l'angoisse, de l'inquiétude, un sentiment de solitude, d'isolement.

Il sera question désormais d'identifier les dispositifs méthodologiques choisis et mis en place pour la réalisation du recueil de données. Il sera premièrement explicité les objectifs du guide d'entretien et le format choisi, les

Dispositif méthodologique du recueil de données

1. Objectifs du guide d'entretien

Le guide d'entretien que j'ai élaboré avait pour objectif de mettre en lumière les différentes notions pouvant apporter une réponse à ma question de départ. Pour ce faire, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs, afin d'obtenir des témoignages fiables et pertinents sur le service d'accueil des urgences, qui est le cadre de ma question de départ.

La construction du guide d'entretien s'est calquée sur les notions abordées dans mon cadre théorique, afin d'avoir un fil conducteur cohérent et de faciliter la comparaison des deux entretiens. Cela s'est constitué d'une liste de huit questions ouvertes identiques pour chaque interview. J'ai également préparé des questions de relance pour alimenter la réflexion des infirmiers rencontrés et pour obtenir des détails et précisions supplémentaires sur leurs réponses. Enfin, ces questions de relance ont également permis de recentrer le dialogue si cela s'avérait nécessaire. De plus, celles-ci peuvent ouvrir à d'autres notions, pouvant être utiles à la question de départ ou à l'établissement d'une question de recherche.

En somme, le choix d'une méthodologie qualitative a permis de recueillir des données détaillées et pertinentes dans le cadre de ce mémoire et à l'élaboration d'une réponse à la question de départ.

2. Population interviewée

Pour sélectionner les deux infirmiers que j'ai interrogés, j'ai tout d'abord pris contact avec un cadre d'un service d'accueil des urgences où j'ai effectué un stage lors de ma deuxième année de formation. Celui-ci m'a orienté vers les deux professionnels de soins que j'ai finalement rencontrés. Les deux infirmiers travaillent tous deux dans le même environnement et les mêmes conditions de travail. En effet, ceux-ci possèdent des postes de travail similaires de par leurs horaires de travail. De plus, ils ont environ le même âge et le même nombre d'années d'ancienneté dans le service. Avoir des profils similaires permet d'obtenir un plan de comparaison d'un même espace de travail étant donné qu'il est important de contextualiser le service d'accueil des urgences, puisque c'est précisément sur ce service que porte ce mémoire.

Cependant, l'âge et l'expérience de travail pourraient être des critères de particularités intéressants à étudier dans l'analyse de témoignages. Un jeune diplômé peut avoir une interprétation et une posture infirmière différente d'un infirmier ayant plus d'expérience dans le service face à une même situation. Cela pourrait s'expliquer par les nouveaux enseignements durant la formation ou par la formation continue liée à la profession. D'autre part, il aurait été possible de prendre en compte d'autres critères comme le témoignage d'une infirmière afin de diversifier les témoignages et d'identifier d'éventuelles disparités de genre dans le service des urgences.

En outre, d'autres critères comme l'expérience professionnelle, les horaires de travail ou encore le genre pourraient également être pris en compte pour une analyse plus approfondie des témoignages.

3. Organisation des entretiens

Les entretiens se sont tous deux déroulés sur une fenêtre d'une heure environ, chacun a duré environ vingt minutes. Je n'avais donné qu'une approximation pour ne pas imposer de limite de temps ni d'exiger un temps minimum, il était question de faire ressortir des notions sans s'écarter du sujet. Les deux infirmiers étaient informés d'une thématique générale, mais pas de la question de départ, afin de ne pas orienter leurs réponses. Ceux-ci n'ont été informés de la question qu'une fois chaque entretien terminé. Un des entretiens s'est déroulé dans une salle de soin du service d'accueil des urgences de Rennes Pontchaillou, pendant le service du premier infirmier. Celui-ci ne pouvait pas quitter son module de soins. Pour ce qui est du deuxième entretien, celui-ci s'est déroulé le même jour, à la suite du premier entretien, mais cette fois-ci dans une salle isolée et close. Cela a permis de trouver un cadre plus calme à la réalisation de l'entretien.

Avec autorisation de chaque infirmier, j'ai enregistré les entretiens à l'aide du dictaphone de mon téléphone portable afin de faciliter leur retranscription et la fiabilité des informations échangées. Avant de débiter les entretiens, je leur ai présenté les modalités de l'interview : enregistrement des entretiens sur leur accord, huit questions avec quelques questions de relance, aucune obligation de répondre aux questions, anonymat complet dans la retranscription des dialogues. Pour conclure les échanges, je les ai remerciés et nous avons continué d'échanger sur le sujet.

4. Bilan du dispositif

Les entretiens ont permis de ressortir une majorité de notions attendues dans les objectifs établis. Cependant, certaines limites se sont mises en place dans la réalisation des entretiens. Premièrement, les deux infirmiers que j'ai rencontrés n'étaient pas au courant de ma venue. En effet, je me suis présentée à eux suivant les consignes transmises par le cadre de santé mais je ne les avais pas contacté directement, ainsi ils n'étaient pas préparés à ma venue. Cependant cela n'a pas empêché la réalisation des entretiens. La seule contrainte était de réaliser le premier entretien dans une salle de soin d'un module des urgences, et ce avec l'animation classique d'un service de soin, les scopes et leurs alarmes, les différents professionnels de l'hôpital, agent d'entretien, aide-soignant, infirmier ou médecin pouvant aller et venir dans la salle. Cette contrainte a mener à quelques interruptions durant le premier entretien, ce qui aurait pu limiter la concentration du professionnel sur l'entretien, qui était ici plus court que le

deuxième. Mais cela pourrait s'expliquer aussi par le manque d'intérêt du professionnel envers ce sujet là. Cela reste à caractère hypothétique.

Dans la réalisation des entretiens, j'ai pu orienter une réponse donnée par l'infirmier, notamment durant le premier, celui-ci m'a posé une question à laquelle j'ai répondu avec des exemples, au lieu de le laisser répondre de lui-même. Il faut donc le prendre en compte dans l'analyse des données.

Analyse descriptive des entretiens

Il s'agit dans cette partie de mettre en mot les deux entretiens réalisés avec deux infirmiers d'un Service d'accueil des urgences. Chacun d'eux apporte un témoignage unique sur leur pratique professionnelle, leur vécu au sein de ce service et auprès des patients.

1. Le Service d'accueil des urgences

1.1. La description géographique des urgences

Tout d'abord, les deux infirmiers ont une façon similaire de décrire le service des urgences. En effet, chacun d'eux s'engage dans une description géographique du service. Le second infirmier relève la notion d'accueil non programmée des patients. En effet, il précise que les patients peuvent arriver dans le service par différents moyens, ils peuvent être emmenés par le 15 ou le SAMU, le 18 ou les pompiers, par des secouristes ou encore venir de leurs propres moyens. Pour ce qui est de l'organisation géographique, tous deux présentent une zone d'accueil. C'est la première étape par laquelle le patient va passer, l'IDE 1 explique que c'est à cet endroit qu'ils seront premièrement pris en soin. C, c'ici que seront prises les premières constantes et qu'un premier bilan de la situation sera fait. Il sera ensuite orienté dans un des différents modules de soin selon son état de santé. Les deux infirmiers distinguent une partie somatique divisée en différents modules et une équipe de psychiatrie. La "partie" somatique est divisée en plusieurs modules, il y a des modules de soins généraux, comme le module de médecine ou encore un module de traumatologie. Ils citent également la SAUV, une salle où les patients présentant des états cliniques graves sont admis. Les infirmiers cite également UHCD ou l'unité d'hospitalisation de courte durée si des patients sont en attente d'une hospitalisation ou ont besoin d'être surveillés durant 24 heures.

Les deux infirmiers décrivent également le degré d'urgence des prises en charge aux urgences. En effet, tous deux le disent, c'est le rôle de l'infirmier qui est dans la zone d'accueil d'orienter les patients dans les différents modules selon leur pathologie et la gravité de leur état de santé, par exemple, l'IDE 1 dit : "la SAUV pour les patients graves". Les zones géographiques sont donc associées à des types de pathologies mais également à la gravité de l'état de santé des patients. En effet, l'IDE 2 précise les différentes urgences, il décrit premièrement des "problèmes somatiques et psychiques" premier critère d'orientation puis le degré d'urgence : urgence vitale ou relative. L'urgence relative est décrite comme une atteinte somatique pouvant potentiellement engager le pronostic vital.

A partir de l'organisation du service et les différents types d'urgences, nous pouvons désormais nous pencher sur différentes situations pouvant illustrer les modules de soin et les degrés d'urgence.

1.2. Les situations prévalentes retrouvées

Concernant les situations prévalentes retrouvées dans un service du SAU, les deux infirmiers décrivent des types de situations similaires. En effet, les patients prédominant sont les personnes âgées, décrites comme le ‘fond de commerce’ du service par l’IDE 2, plus touchés par des problématiques relevant de la médecine. L’IDE 1 lui, présente un motif récurrent : le maintien à domicile difficile, qui explique la venue des personnes âgées aux urgences. Autrement, comme type de population, il est aussi possible de retrouver une population non francophone. Comme motifs d’entrée à proprement parler, les deux IDE recensent de la traumatologie, ‘des petits traumatismes’ comme dirait l’IDE 2 ou ‘de la petite trauma’ selon l’IDE 1. L’IDE 2 cite certains cas spécifiques comme l’entorse de la cheville, des plaies, des pansements, des petits traumatismes qui ne nécessitent pas d’hospitalisation ou qui peuvent être traités plus tard avec une convocation à distance en consultation. Cependant, dans la traumatologie, le second IDE adresse notamment la prise en charge de la douleur, notamment la douleur très intense comme lors d’une luxation d’épaule, il explique qu’il est nécessaire de réduire la luxation au plus vite afin de soulager efficacement la douleur du patient. Pour ce qui est des prises en charges récurrentes, il y a également la prise en charge de patients venant pour des motifs psychiatriques, notamment des troubles en lien avec la dépression, des idées suicidaires ou des ‘TS’, tentative de suicide. Les troubles liés à la consommation d’alcool sont également relevés par les deux infirmiers, la prise en soin de l’addiction à l’alcool mais aussi des conséquences de la consommation chronique d’alcool, donc des conséquences digestives, hépatiques et potentiellement cardiaques comme l’explique l’IDE 2. Toutes ces situations, ces motifs d’entrées sont recensés comme des situations prévalentes, or l’IDE 1 relève le caractère unique de chaque prise en soin, il dit : ‘il y a un tas de situations assez typiques qu’on va retrouver, qui ont des similitudes, mais qui ne sont jamais forcément les mêmes non plus’. L’IDE 2 lui présente des situations moins récurrentes du service, notamment les blessures par arme à feu ou les plaies par arme blanche, même si leur nombre a augmenté avec le temps, la proportion retrouvée dans le service est minime comparée à d’autres SAU.

Ainsi, le service des urgences de ces deux infirmiers est amené à accueillir une population importante de personnes âgées et de personnes non francophones. En termes de type de prise en soin, les deux infirmiers sont régulièrement confrontés à des patients relevant de la médecine ou encore d’autres venant pour de la traumatologie : des plaies, des entorses, des luxations.. Autrement, les infirmiers rencontrent également des patients venant pour des motifs psychiatriques, comme des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Puis, se greffent à ça toutes les situations en lien avec l’alcoolisation. Nous verrons alors prochainement quelles émotions ces situations peuvent provoquer chez ces deux infirmiers.

2. Les émotions et la posture infirmière

2.1. Les émotions vécues par des infirmiers des urgences

“C’est une information que le corps donne sur son état” voilà comment l’IDE 2 décrit ce qu’est une émotion. Cette définition ressort de l’entretien sans que la question soit posée en ces mots. L’IDE 1 explicite le fait que face à ces situations il ne ressent pas forcément d’émotion, il explique cela par : “le côté professionnel reprend le dessus”. Cependant, il précise que certaines situations sortent de l’ordinaire et peuvent marquer le soignant, il suggère également le fait que des émotions sont bien là, malgré le côté professionnel. Il décrit ces émotions comme des émotions basiques, il en cite certaines comme : la colère, la tristesse, le dégoût ou encore le stress, il va également utiliser le mot fun ou rigoler, ce qui fait rappel à la joie. L’IDE 2 va citer les mêmes émotions, la colère, la tristesse, la joie mais il va rajouter des sentiments comme la résignation ou le sentiment de démotivation. L’IDE 1 explique l’occurrence de ces différentes émotions par le contexte de la prise en soin : ”gérer 10 000 choses en même temps”. L’IDE 2 complète cette notion par le côté relatif de ces émotions, il va apporter les notions de temporalité, impliquant le fait que les émotions peuvent changer selon le moment de la journée, si c’est le début ou la fin. Il va aussi intégrer la notion de disponibilité mentale et la charge de travail en cours. Pour lui, ce sont des critères qui influencent l’occurrence des différentes émotions et leur nature.

2.2. Comment ces émotions ont-elles évolué avec le temps ?

Pour ce qui est de l’évolution des émotions, dans le cas de l’IDE 1, ses émotions liées aux situations récurrentes qu’il peut rencontrer dans son service restent les mêmes. Ses émotions ne se sont pas modifiées avec le temps, il inclut dans ses propos la notion de distance en expliquant avoir toujours réussi à prendre de la distance avec ces situations, malgré leur récurrence. Pour ce qui est de l’IDE 2, il implique le fait que ses émotions face à ces situations ont changé mais il précise que ce n’est pas à cause du temps, il explique la présence de ces émotions ou de leur évolution par la modification des conditions dans lesquelles celui-ci serait amené à travailler. Il insiste par la suite, après une question de relance que j’ai posée : “ ces émotions-là, elles sont différentes d’avant ?” par laquelle il répond : “Parce que les conditions sont différentes.”.

Ainsi, les deux professionnels n’ont pas le même vécu par rapport à l’évolution ou non de leurs émotions, chez l’IDE 1, ces émotions restent les mêmes et il explique cela par le fait qu’il réussisse à prendre de la distance. Chez l’IDE 2, celui-ci suggère le fait qu’avec le temps, les conditions dans lesquelles celui-ci est amené à travailler que ces émotions apparaissent.

2.3. Quel impact ont les émotions sur la prise en soin des patients ?

Pour ce qui est de montrer ses émotions au patient, les deux professionnels n’ont pas la même approche. En effet, l’IDE 1 aurait plutôt tendance à ne pas faire part de ses émotions aux patients, il explique cela : “Je pense que les patients, ils arrivent avec leurs difficultés, donc il faut éviter de leur rajouter les nôtres en plus quoi”. Il explique donc ne pas vouloir charger les patients de ses propres émotions, il continue en disant qu’il fallait que cela aie un impact minimal sur la prise en charge, suggérant ainsi l’impact des émotions du soignant sur la prise en soin. Pour ce

qui est de l'IDE 2, celui-ci ne cache pas ses émotions du patient, en effet, il explique que s'il en ressentait le besoin, il expliquera au patient son état émotionnel pour que ce dernier comprenne le contexte de la prise en soin. En effet, il explique que de permettre au patient d'accéder à ces émotions éviterait d'aggraver la situation, de potentialiser de l'agressivité, de la colère, de l'agacement. Cela éviterait également au patient de s'impatienter et de s'énerver contre le soignant, et ce qui par extension permettrait à l'infirmier de ne pas être énervé.

D'après les deux professionnels, si les infirmiers n'avaient pas d'émotions, la prise en soin serait différente. L'IDE 1 explique que dans ce cas, les infirmiers seraient des robots, de plus, il explique que ce ne serait pas idéal pour les patients, il explique que ceux-ci recherchent ces émotions chez le soignant, il dit : "S'il n'y a pas de relationnel, les patients, ça ne va pas le faire". Pour l'IDE 2, le fait de ne pas voir les émotions empêcherait au soignant de s'adapter, il dit : "Si je les vois pas, je les subis". En effet, plus tard, l'IDE 1 précise : "On est certainement moins à même de gérer nos émotions, de gérer les émotions des patients, de gérer leurs problèmes de soins quand on rajoute du stress".

Les émotions ne sont donc pas utilisées de la même manière par ces deux professionnels, en effet, l'un les garde pour lui afin de ne pas les imposer au patient et les additionner à ses problèmes, tandis que l'autre les utiliserait pour mettre en contexte la prise en soin et permettre au patient de temporiser, de comprendre et d'établir une relation de confiance avec lui.

3. Les infirmiers des urgences mettent-ils en place des mécanismes de défense ?

Pour ce qui est des mécanismes de défense des infirmiers dans un service d'accueil des urgences, l'IDE 1 statue que les infirmiers ne développent pas de mécanismes de défense, selon lui, cela dépend de la gestion des émotions de chaque soignant, en prenant également en compte différents critères dépendant du service : le flux de patients ; le caractère d'urgence ; des circonstances. Cependant, il décrit de manière hypothétique le cadre dans lesquels des mécanismes de défense pourraient être mis en place notamment lorsque l'infirmier en question va craindre quelque chose, il décrit cela comme "le côté obscur" soulignant éventuellement les conséquences que pourrait avoir ces mécanismes. Pour l'IDE 2, les mécanismes de défense sont retrouvés chez tous les êtres vivants donc les infirmiers, eux aussi, mettent des mécanismes de défense en place.

Pour ce qui est d'identifier des mécanismes de défenses pouvant être mis en place par les infirmiers des urgences, tous deux ne décrivent ou ne cite pas les mêmes, sauf une notion qui possède des points commun dans leur description respective mais pas dans l'appellation, en effet, l'IDE 1 décrit une situation où un soignant pourrait être agacé ou ennuyé par un patient alors celui-ci sera délaissé par le soignant. L'IDE 2 décrit une situation similaire : lorsqu'un soignant évite d'aller dans un secteur où la situation est un peu délicate, ou lorsqu'un patient va solliciter le soignant dans le secteur, celui-ci ne va pas le voir. L'IDE 1 appelle cette notion "l'évitement", tandis que l'IDE 2 la nomme "la fuite". Autrement, l'IDE 1 cite d'autres mécanismes de défense comme l'humour ou l'agressivité, il ne décrit pas comment ceux-ci peuvent se manifester mais il explique que l'humour peut être une façon de relâcher la pression après coup. L'IDE 2, lui, apporte d'autres notions, telles que le fait de minimiser les plaintes d'un patient, notamment au sujet de sa douleur, le soignant ne va pas prendre en compte ce que le patient ressent, l'IDE 2 décrit cela par être dans le déni de ce que ressent l'autre, cependant cela fait rappel au processus de minimisation. Il illustre

cela en donnant des exemples de ce que le soignant pourrait dire : “il y en a qui sont pires que vous”, il précise que cela ne résoudra pas la problématique du patient. Pour finir, celui-ci relève la notion d’arrêts de travail liés au “burn out”, le soignant n’a pas su voir les émotions auxquelles celui-ci a pu être confronté et puise dans ses ressources, physiques comme mentales, il atteint ainsi ses limites et le corps est dans le mécanisme de défense.

En addition de ces mécanismes de défenses, les IDE précisent par certains propos le côté “adapté” ou “inadapté” d’un mécanisme de défense, l’IDE 2 précise : “La question c’est est ce que ce mécanisme de défense il est adapté ? est-ce qu’il fonctionne ?”. Selon lui, un mécanisme de défense adapté est un mécanisme qui fonctionne, un qui ne fonctionne pas est inadapté. L’IDE 1 décrit une situation pour illustrer cette notion, comme le fait de faire une blague devant un patient, cela s’inscrit dans le cas du mécanisme de défense de l’humour mais cela peut ne pas répondre à l’attente du patient, cependant il dit : “l’humour ça peut être adapté”, “c’est une façon de relâcher la pression après coup”.

Pour conclure, les deux infirmiers suggèrent la possibilité pour les infirmiers des urgences de développer des mécanismes de défense, cependant, ils relèvent également leur utilité pour le soignant comme pour le patient, en effet, certains peuvent être utilisés pour faire retomber la pression, mais d’autres ne résolvent pas les problématiques que rencontrent les patients.

Discussion

Devant l’avancée des informations recueillies, il s’agira dans cette partie d’établir une comparaison entre les données retrouvées dans les différentes documentations et les témoignages de ces deux professionnels et ce dans le but d’émettre un avis sur la question ainsi que de transférer dans mon développement professionnel.

1. Les émotions des soignants aux urgences

Dans le cadre théorique, nous avons établi la définition de l’émotion comme une réponse complexe face à un stimulus qui implique des aspects physiologiques, cognitifs et comportementaux. Nous avons aussi relevé le caractère culturel, individuel de l’élaboration des émotions, c’est ce qu’on peut retrouver ici dans les deux entretiens. En effet, l’IDE 1 dit qu’il ne ressent pas forcément d’émotions lorsqu’il est confronté aux prises en soin, cependant il explique que certaines situations peuvent évoquer des émotions ou être plus marquantes pour lui. Pour ce qui est de l’IDE 2, il expliquerait lui les émotions par le contexte lié à la prise en soin plutôt que la situation du patient en elle même. On voit ici la différence de fonctionnement de chacun par rapport aux émotions, même si celles-ci ont bel et bien une place dans leur profession, leur occurrence reste conditionnelle et dépend du soignant. De plus, cette notion est également illustrée par l’évolution de leurs émotions avec le temps, chez l’IDE 1, elles n’ont pas changé, cependant pour l’IDE 2, celles-ci ont été modifiées avec le temps par l’évolution du contexte du service. L’IDE 2 fait un lien notamment, entre le flux de patient, la charge de travail, et les émotions et la disponibilité mentale qu’il aura pour chaque patient.

En effet, avec le temps, nous avons pu voir à quel point les services d’accueil des urgences sont sollicités et comment le nombre de patients a pu augmenter, pourtant, le nombre de soignants n’a pas augmenté pour autant.

Ainsi, les soignants sont confrontés à un flux important de soignant de manière régulière, tous deux décrivent cela comme un critère pouvant évoquer du stress, ce qui fait rappel à la notion de pression temporelle. Il est donc intéressant de se pencher sur comment ces critères et ces émotions peuvent-elle impacter le travail des soignants et leurs prises en soins.

Pour cela, il est important d'identifier la place des émotions dans la posture infirmière, si les émotions des soignants changent leur comportement auprès des patients. Pour les deux infirmiers des urgences, le relationnel a une grande importance dans la prise en soin d'un patient, et si on se réfère à la définition établie de la posture infirmière : "Une manière d'habiter un positionnement", nous avons explicité le fait que ce positionnement dépend de plusieurs critères différents : l'expérience et les valeurs professionnelles, personnelles, la culture, la personnalité. C'est ce que nous pouvons observer auprès de ces deux infirmiers et la façon dont ils utilisent leurs émotions dans leur relation auprès du patient. On retrouve ici deux façons de faire : un infirmier a tendance à ne pas les montrer afin de ne pas les imposer au patient tandis que l'autre va les utiliser pour prévenir le patient du contexte de la prise en soin. Dans les deux cas, nous pouvons voir que l'objectif est de faire en sorte que le patient soit dans les meilleures conditions lors de sa prise en soin. L'IDE 2 explique que lorsqu'il n'est pas disponible émotionnellement il le dira au patient, cela pourra l'aider à temporiser, à attendre et pourrait éviter l'agressivité de ce dernier. L'IDE 1 explique : "Il faut savoir gérer ses émotions si on veut, pour moi, être dans une posture soignante", il suggère par cela, comme l'IDE 2, que les émotions du soignant vont directement impacter le patient et son vécu. L'IDE 1 ajoute : "Quand on rajoute du stress, ça fait monter la mayonnaise, et ça, ça rend les choses beaucoup plus difficiles". Cela implique donc le fait que les émotions vont agir sur le comportement du soignant, sur son positionnement auprès du patient et donc la relation avec celui-ci. En effet, l'IDE 2 explique à un moment donné qu'un soignant en colère pourrait retourner sa colère vers le patient et ainsi potentialiser la situation de crise et l'inconfort du patient.

Ainsi, les émotions des soignants et leur gestion peuvent avoir un impact sur la relation soignant-soigné, sur la façon dont le soignant va engager la relation auprès d'un patient : Est ce que le soignant sera plus fermé car il est en colère, triste ou stressé ? Est ce qu'au contraire celui-ci sera plus disponible pour recevoir les émotions du patient ? On peut voir ici la notion de disponibilité qui se dessine, en effet, les émotions du soignant à un moment T d'une prise en soin vont prendre une place plus ou moins importante et modifier son comportement auprès du patient. Chez celui-ci, cela peut évoquer de l'agacement, de l'anxiété ou bien de l'apaisement, cela peut donc plus ou moins répondre au besoin du patient. On peut également transférer la subjectivité de l'émotion au patient et suggérer le fait qu'une façon d'engager la relation avec l'un n'aura pas la même réponse avec un autre.

Nous avons vu ici la place des émotions dans la prise en soin d'un patient aux urgences, comment celles-ci peuvent être un outil pour répondre à ses besoins, comme pour l'aider à temporiser, patienter, à créer une relation de confiance, ou encore parfois quand leur gestion est plus difficile, avec le stress, la colère et que cela rendra la relation plus compliqué avec le patient et rendre la prise en soin plus difficile. Or, nous avons vu que les mécanismes de défense sont des processus inconscients servant à éviter des émotions trop intenses pour un individu, ainsi nous pouvons nous questionner sur comment, lorsque les émotions deviennent difficiles à gérer et se transforment en mécanisme de défense, ceux-ci peuvent ils impacter le comportement des soignants et donc, leur posture infirmière ?

2. De la gestion de l'émotion au mécanisme de défense

En prenant en compte que les mécanismes de défense sont des processus inconscients, j'ai cherché à questionner les infirmiers sur la présence ou non de mécanismes de défense chez les infirmiers des urgences. Ils n'avaient pas la même réponse. L'IDE 1, lui, pense que les infirmiers des urgences n'en développent pas, pour lui, cela signifierait que les soignants se sentent attaqués par le patient. L'IDE 2 lui, dit : "Il y en a chez tous les êtres vivants. Donc, de fait, il y en a qui se mettent en place". Il n'est pas question de faire une généralité de la question non plus, il est question ici de voir si la répétition et la fréquence de situation provoquent la mise en place de mécanismes de défense, et si cela modifie leur posture auprès des patients. Tous deux citent des exemples de mécanismes de défense et comment ils peuvent s'appliquer dans les prises en soin, l'IDE 2 donne comme exemple la minimisation, il la présente par exemple comme le fait de comparer la douleur d'un patient avec celle d'un autre : "il y en a qui sont pires que vous", le soignant juge l'authenticité de la plainte du patient, il nie le vécu du patient et invalide ses émotions. Le fait de nier la plainte du patient évoquera potentiellement des émotions négatives chez lui comme du stress, celui-ci ne se sentira pas entendu et cela ne répondra pas à ses besoins. Autrement, les deux professionnels décrivent l'évitement, le fait d'éviter un patient, par exemple lorsque le soignant n'a pas de solution à lui proposer, il ne va pas entendre la sollicitation, faire comme si il ne l'avait pas entendu. Dans ce cas-ci, le soignant va chercher à ne pas s'exposer à une situation spécifique et ce afin d'éviter des émotions comme du stress, de l'embarras ou de la honte. Le soignant adapte donc sa posture et choisit le moment où il va interagir avec le patient afin de prévenir les émotions qu'il pourrait lui-même subir.

Dans ces différentes situations, nous pouvons constater l'objectif commun derrière chacun des processus : le soignant cherche à se préserver d'émotions trop intenses. Nous pouvons voir que ces processus rentrent bien dans le cadre de la définition du mécanisme de défense : "des réactions spontanées, involontaires, de notre psychisme, qui nous permettent d'atténuer ou même de faire disparaître l'angoisse liée à des dangers internes ou externes, réels ou imaginaires".

3. L'utilité pour le soignant ? Pour le patient ?

Après avoir constaté la possibilité pour les soignants des urgences de mettre en place ces mécanismes, il est important d'identifier le sens de ces processus et comment ceux-ci peuvent-ils être bénéfiques ou nocifs pour les infirmiers ou les patients. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le soignant se préserve d'émotions trop intenses, or, l'IDE 2 apporte la notion de mécanisme de défense adapté ou inadapté. Nous pouvons prendre l'exemple que donne l'IDE 1 pour illustrer cette notion : l'humour. Celui-ci peut-être utilisé de deux manières par les infirmiers, auprès du patient ou à distance d'une situation. Auprès du patient, il présente l'humour comme pouvant ne pas être adapté, il donne l'exemple d'un soignant qui fait une blague à un patient et cela ne répond pas à son attente. Cependant, l'IDE 1 décrit aussi l'humour comme une façon de relâcher la pression à posteriori d'une situation. En prenant en compte que ce mécanisme de défense permet aux soignants d'évacuer des émotions liées à une situation précise, l'IDE 2 intègre la chronicité de ce mécanisme, est ce qu'il se répète dans le temps ? Est ce que les soignants sont en capacité de s'en détacher ? En effet on peut rappeler le fait qu'un mécanisme de défense ne résout pas la problématique de départ et peut engendrer des difficultés relationnelles, entre le soignant et le patient ou entre les infirmiers eux-mêmes.

Indirectement, si un soignant met en place un mécanisme de défense, cela pourrait éviter au patient de subir les émotions de ce dernier. Dans le cadre de l'évitement, cela pourrait éviter au patient de subir le stress ou la colère d'un infirmier et donc de l'agressivité, dans une période délimitée, peut-être cela pourrait préserver le patient des difficultés du soignant.

Pour résumer, les émotions peuvent être utilisées comme un outil pour servir le patient, le rassurer, l'aider à temporiser, à comprendre la prise en soin et le soignant, puis globalement à créer une relation de confiance avec le patient. Autrement, les émotions peuvent être dissimulées pour en préserver le patient. Dans le cadre du mécanisme de défense, ceux-ci dépendent des émotions du soignant et peuvent donc modifier l'approche relationnelle d'un soignant envers un patient, le côté bénéfique ou nocif peut aussi dépendre du patient et du type de mécanisme mis en place. Il est important de noter le caractère temporel et conditionnel de la mise en place d'un mécanisme de défense.

Dans le cadre du service des urgences, les soignants peuvent être exposés à de nombreuses situations pouvant évoquer des émotions difficiles comme l'anxiété des patients, de leur famille, la douleur des patients, la maladie grave, des réanimations, des décès. Ainsi, il est possible pour certains infirmiers de développer des mécanismes de défense à certains moments de leur vie mais ce n'est évidemment pas systématique. Pour pallier à cela, l'IDE 2 témoigne de la façon dont il interprète ses émotions, en effet, dans sa définition, il présente l'émotion comme une information, il va donc se servir de la connaissance de son émotion pour améliorer son adaptation et sa disponibilité pour le patient.

4. Qu'en est-il des situations d'appel ?

Ce travail de recherche m'a permis de comprendre et d'élaborer des hypothèses sur les questionnements qu'avaient évoqués mes deux situations de départ. Mon interrogation était de comprendre comment les infirmiers étaient capables de faire face à ces situations de manière quotidienne pendant si longtemps. Avant de pratiquer des soins particuliers ou de faire face à certaines situations difficiles, parfois, les infirmiers m'autorisaient en amont à quitter la pièce ou le soin si j'en ressentais le besoin, cependant ce n'est pas arrivé. Pourtant, tout au long de mon expérience professionnelle, je sais que mon vécu de certaines situations a évolué, et ce par le biais d'expériences personnelles comme professionnelles. Je sais désormais que face aux situations d'appel je n'aurais peut-être pas réagi de la même manière ou mes questionnements seraient différents. Dans un premier temps par rapport à mes connaissances infirmières qui se sont développées et qui me permettent de mieux comprendre les problématiques des patients, et de faire des liens plus rapidement, puis de par mon expérience émotionnelle et les différents outils que j'ai pu découvrir via mes recherches et mes échanges avec des infirmiers durant mes stages.

Tout au long de l'élaboration de ce travail, j'ai pu découvrir différents outils en lien avec la gestion émotionnelle et la relation soignant-soigné, j'ai donc pu formuler cette question de recherche :

- **Comment la formation des infirmiers, en termes de gestion des émotions, peut-elle être améliorée pour répondre de manière optimale aux besoins relationnels des patients ?**

Cette question de recherche me permettrait d'approfondir des aspects que je n'ai pas pu approfondir avec la question initiale que j'avais établie. Elle me permettrait notamment d'aborder le sujet des étudiants infirmiers en stage et la collaboration avec l'équipe soignante.

Conclusion

Mon stage aux urgences m'a énormément intrigué, de part les situations que j'ai pu y vivre ou encore des infirmiers et aide-soignants que j'ai pu rencontrer. C'est un stage qui a alimenté ma curiosité intellectuelle et qui a conforté le choix de mes études. C'est en observant la différence de vécu entre d'autres infirmiers et moi-même que j'ai décidé de réaliser mon mémoire sur ce lieu d'observation, cependant, je ne savais pas quelle situation d'appel sélectionner et j'avais également peur d'aborder certaines notions. Ma crainte était de me tromper, de ne pas savoir comment m'y prendre et de douter. Et même si, arrivée à ce point, je ne peux pas dire que mon doute a totalement disparu, je suis satisfaite de ce que j'ai pu apprendre au cours de mes recherches et de mes entretiens.

La difficulté pour moi était de sélectionner le cadre théorique, je voulais être efficace et simple et trouver un fil conducteur logique. J'ai identifié la thématique principale que je voulais aborder : les mécanismes de défense. De là, la question de départ m'est venue assez facilement et j'ai pu créer mon plan. Après avoir organisé le plan de mon cadre théorique, la question était de plus ou moins approfondir les recherches, je pense que j'aurais pu approfondir d'avantage et manquer à certaines notions, mais là encore, je voulais que la lecture soit accessible et moi-même être sûre de le comprendre et de pouvoir m'en imprégner.

Réaliser les deux entretiens m'a permis de voir comment mon point de vue a changé depuis le début de mon mémoire et maintenant, c'était un exercice difficile, mais de pouvoir échanger avec les deux professionnels m'a permis d'avoir un échange professionnel et d'apporter mon propre raisonnement à posteriori des entretiens. Les deux professionnels m'ont également apporté d'autres ressources qui auraient pu appartenir à mes recherches si elles m'étaient venues plus tôt.

La discussion est une étape qui a pu me laisser libre cours à mon raisonnement et m'a permis d'affirmer ma posture professionnelle. J'ai apprécié construire mon raisonnement, échanger sur la thématique avec des collègues ou des proches afin de mettre en lumière de nouveaux aspects. Je souligne également qu'il ne s'agit que d'une introduction à un travail de recherche, et que l'élaboration et l'alimentation de ces hypothèses ne sont que minimales face aux ressources disponibles et au temps qui y a été dédié. Je contemple ainsi l'expérience professionnelle future, et les nouvelles argumentations qui viendront compléter ce travail.

Bibliographie

- Agence Régionale de Santé. (n.d.). *Service d'accueil des Urgences : Circuit du patient* [Brochure].
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_deroulement_de_votre_prise_en_charge_au_SAU.pdf
- ARONDEL, R. (2023, Avril 17). *Urgence absolue, pronostic vital : quelle est la réalité derrière les mots*. Caen Maville. Retrieved Avril 18, 2023, from
https://caen.maville.com/actu/actudet_-urgence-absolue-pronostic-vital-quelle-est-la-realite-derriere-les-mots-_54135-5727269_actu.Htm
- Binet, M. (2019, Mai 19). *Immersion aux urgences : manque d'infirmiers, pénurie de médecins... Quel avenir pour nos hôpitaux ?* RTBF.be. Retrieved avril 20, 2023, from
<https://www.rtf.be/article/immersion-aux-urgences-manque-dinfirmiers-penurie-de-medecins-quel-avenir-pour-nos-hopitaux-10220382>
- Ce que vous devez savoir sur les services d'urgence - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France*. (2015, April 7). Hopital.fr. Retrieved April 5, 2023, from
<https://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-demarches/Les-urgences/Ce-que-vous-devez-savoir-sur-les-services-d-urgence>
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. DUNOD.
- Christophe, V. (1998). *Les émotions : Tour d'horizon des principales théories*. Presses universitaires du Septentrion.
<https://books.openedition.org/septentrion/51003?lang=fr>
- Christophe, V. (1998). 2. *Les processus cognitifs dans l'élaboration de l'émotion*. OpenEdition Books. Retrieved April 14, 2023, from <https://books.openedition.org/septentrion/51003>
- Favetta, V., & Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 107, 60 à 75. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm>
- Galichon, B. (2014). Le service des Urgences aujourd'hui. *Laennec*, 62, 25 à 35.
<https://www.cairn.info/revue-laennec-2014-1-page-25.htm>
- Huron, A., & Piganeau, K. (2021). *Infirmier dans l'urgence*. Mareuil.
- Infirmier*. (2012, March 8). Ministère de la Santé. Retrieved January 16, 2023, from
<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier>
- Infirmier en soins généraux - Urgences - H/F*. (n.d.). CH Gonesse. Retrieved April 12, 2023, from
<https://www.hopital-de-gonesse.fr/recrutement/emplois/paramedicaux/infirmier-en-soins-generaux-urgences-hf>
- IONESCU, S., JACQUET, M.-M., & LHOTE, C. (2010). *Les mécanismes de défense*. Armand Colin.
- Les mécanismes de défenses*. (n.d.). Aurore Bévalot L'aparté Psy. Retrieved Avril 9, 2023, from
<https://www.aurorebevalot.com/mecanisme-de-defense/>
- Les services d'urgence*. (2022, April 19). PasseportSanté. Retrieved Avril 5, 2023, from
<https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/Fiche.aspx?doc=services-urgence>

- Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé.* (2017, Juillet 16). Sénat.
Retrieved Avril 15, 2023, from <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6858.html>
- LHOTE, C. (2000, 06 01). Les mécanismes de défense et d'adaptation des soignants. *Laennec*, 2262-483X, 10 à 13.
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (5ème édition ed.). Setes.
- Panichelli, C. (2007). Le mécanisme de défense de l'humour : un outil pour le recadrage. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 39, 39 à 56.
- Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence.* (2018, Juin). Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU. Retrieved Avril 20, 2023, from https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-2/ref_id/39
- UE 2.6 - Les mécanismes de défense (Corrigé)* [Support de cours] [Diaporama]. (2021).

Annexe I : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Entretien semi-directif

En quoi les mécanismes de défenses des infirmiers peuvent-ils influencer la posture infirmière auprès de patients accueillis dans un service d'urgence ?

Plan cadre théorique	Objectifs	Questions	Questions de relance
Le SAU Les conditions d'exercice particulières du SAU	Illustrer le terrain du SAU Illustrer les conditions d'exercice particulières du SAU	Pouvez-vous me décrire le fonctionnement du SAU ?	
Les situations prévalentes	Illustrer et identifier les situations récurrentes retrouvées au SAU	Quelles situations types retrouvez-vous lors d'un service au SAU ? (IMV, chutes, Alcoolisations aiguës)	Sont-elles des situations que vous retrouvez quotidiennement ?
Les émotions	Obtenir une description des émotions vécues par un.e IDE du SAU	Que ressentez-vous dans ces situations ?	Sont-elles intenses ?
Les mécanismes de défense	Rechercher la présence ou non de mécanismes de défense chez les IDE du SAU	Lorsque vous traversez les couloirs, vous pouvez être confrontés à beaucoup de sollicitations, des appels ? A quoi pensez-vous lorsque vous passez dans ces couloirs ?	
Les émotions	Illustrer comment les émotions peuvent évoluer au fur et à mesure de leur pratique	Avec votre expérience, pensez-vous que ces émotions ont évolué ?	Sont-elles complètement différentes ? Sinon, leur intensité a-t-elle changé?
La posture soignante	Illustrer l'influence des	Comment vos	Cela a-t-il changé depuis

	émotions du soignant et sa posture auprès du patient	émotions/ressentis impactent-elles votre comportement auprès du patient ?	votre arrivée dans ce service?
La posture soignante et les émotions	Illustrer le vécu de ce positionnement par les IDE	Pensez-vous que cela serait différent si vous n'aviez pas ces émotions ?	
Les mécanismes de défense	Rechercher comment les IDE font ils pour supporter les situations particulières du SAU	Est-ce qu'il faut, selon vous, mettre en place des mécanismes de défense pour pouvoir continuer à travailler aux urgences ?	Selon vous, comment peuvent-ils se manifester ? Pensez-vous que c'est le cas de tous les soignants du SAU ?

Annexe II : Entretiens n°1

ESI: Voilà donc premièrement, vous êtes infirmier aux urgences. Est ce que vous pouvez me décrire le fonctionnement du service d'accueil des urgences?

IDE 1 : D'accord, Alors tu. Dans quel ?

ESI: Par exemple, comment vous accueillez le patient, comment s'organisent les modules, et cetera.

IDE 1: D'accord. En gros, on les accueille à la zone d'accueil d'orientation. Il y a un infirmier, un aide soignant, éventuellement le médecin qui les voit. Ils sont constatés. Après, on les oriente en fonction de leur pathologie vers le module de traumatologie, vers le module B de médecine, vers la sauv pour les patients graves. Et puis, derrière, il y a un autre secteur où on est là. Lui l'uhctd, quand ils ont besoin d'une hospitalisation en attendant un autre lit ou une petite surveillance de 24 h. Voilà en gros le fonctionnement et donc les patients. On leur fait tous les examens. Ils sont réévalués toutes les 4 h en termes de constantes, de douleur ou plus. Ceci s'il y a besoin.

ESI : Très bien. Est ce qu'il y a des situations type que vous retrouvez du coup dans le service des urgences.

IDE 1 : Oui il y a plein de situations types? Il y a plein de situations types, mais qui ne sont jamais forcément les mêmes non plus. Mais en gros, il y a toutes les situations avec les personnes âgées. Toutes les personnes âgées. Mais ce qu'on appelle qui n'est pas vraiment un terme médical, mais les maintient à domicile difficile avec des gens qui sont des petites pathologies, qui les compensent et qui ont du mal à rester chez elles. Donc on va revoir pendant quelque temps comme ça. Il y a des situations avec tout ce qui est alcool. Il y a les situations avec tout ce qui est dépression et idées suicidaires ou tentatives de suicide en traum, il y a des tout ce qu'on appelle la petite trauma, les traumatismes vie, et cetera Il y a tout un tas de situations assez typiques qu'on va retrouver, qui avec des prises en charge qui sont un peu, pas similaires mais qui ont des similitudes quoi.

ESI : Du coup, ça, c'est des situations que vous retrouvez à peu près quotidiennement?

IDE 1 : Oui, voilà.

ESI : Dans ces situations là, par exemple que vous avez cité, que ressentez vous donc, par exemple, dans la situation de Je ne sais pas des idées suicidaires. Tout ça face à des patients dépressifs.

IDE 1 : Euh, qu'est ce qu'on ressent? J'ai envie de dire pas forcément grand chose parce que, à un moment donné, il y a le côté professionnel, qui dit, qui prend le dessus mais qui est là et donc on fait les choses dans l'intérêt du patient. On fait les choses au moment où elles doivent être faites, de la façon dont elles doivent être faites. Donc le sentiment, il n'est pas forcément très présent là dedans. Parfois, il y a des situations qui il y a des situations qui sortent un peu plus de l'ordinaire et qui font que les choses peuvent, peuvent prendre des proportions qui peuvent nous marquer ou il peut y avoir des sentiments. Ça, ça peut arriver. Quels sont les sentiments? C'est des sentiments basiques qu'on retrouve. Tout ça peut être de la tristesse, de la surprise, de la joie aussi. Ça peut être tout un tas de sentiments, mais ils ne sont pas forcément toujours présents. Je dirais qu'il y a le côté professionnel qui est là aussi. Mais il y a parfois des situations qui nous marquent. Oui, oui.

ESI : Ça marche et du coup, ces émotions-là, avec l'expérience, se sont-elles modifiées Elles ont évolué ou c'est pareil? Depuis que vous êtes aux Urgences.

IDE 1 : Depuis, je suis aux urgences. Je dirais que j'ai toujours été .. c'est un de mes Points forts. J'arrive à prendre de la distance par rapport à ces situations là, donc ça m'a jamais fait. Ça ne s'est pas modifié. J'ai toujours su prendre de la distance, mais après, dire qu'on ressent rien. Non, mais c'est vrai qu'il y a toujours le côté .. Pour Moi, je sais que le côté professionnel qui reprend le dessus, en tout cas les sentiments. Moi, j'essaie de ne pas les faire. Il faut pas les faire ressentir. Je le fais. J'essaie de pas faire ressentir au patient ce que je ressens. Ça peut être du dégoût. Si ça, c'est des situations ou l'hygiène. Il y a du vomir, des selles, de l'urine, des choses comme ça. Il faut essayer de rester pro et de ressentir des choses, et puis de rester professionnel. Et puis après, de se repencher dessus ou d'en discuter avec des collègues sur un débrief ou des trucs comme ça. Mais je dirais que non, ça ne s'est pas modifié avec le temps en tout cas.

ESI : Donc comme là, vous parliez déjà un peu de comment cela vous impacte entre guillemets? Votre comportement, oui, mais du coup, là aussi, je vous pose la question comment vous gérez vos émotions et votre comportement auprès du patient ?

IDE 1 : Bien. Je pense que les patients, ils arrivent avec leurs difficultés, donc il faut éviter de leur rajouter les nôtres en plus quoi. Donc je pense que ça fait partie, il faut savoir gérer ses émotions si on veut être pour moi, si on veut être dans une posture soignante, ça ne veut pas dire qu'on n'a pas d'émotions. Mais ça veut dire que, en tout cas, il ne faut pas que ça pèse sur le patient. Donc enfin, moi, c'est comme ça que je vois le truc. Donc donc les émotions, elles sont bien là. Et puis après, ça nous de prendre de la distance. Et puis de gérer ça, de gérer ça pour faire des soins de qualité ensuite.

ESI : Donc ça joue entre guillemets. Il y a quand même un impact sur votre comportement auprès du patient, même si elles peuvent être là. [00:05:45]/[8.0]

IDE 1 : Dans l'idéal, ça devrait pas. Mais dans l'absolu, je suis dans les faits. Je ne sais pas si mes émotions, ça peut arriver de s'énerver avec un patient. Ça, c'est une émotion. C'est à dire à un moment donné, le patient nous énerve on ressent de la colère. Et le patient, il peut très bien le ressentir. Des fois, on va rigoler. Le patient n'est peut être pas dans la même humeur que nous, et cetera et cetera Donc dans l'absolu, ça devrait pas arriver, mais je pense que ça arrive quand même. Mais il faut essayer que ça aille un impact un peu minimal sur les prise en charge.

[00:06:16][28.5]

ESI :OK donc là la suivante c'est. Pensez vous que ce serait différent si vous n'aviez pas ces émotions? Donc par rapport à votre comportement auprès du patient.

IDE 1 :Est ce que ce serait différent? Je pense. Je pense que ce serait différent. Est ce que ce serait mieux? Je ne suis pas sûr parce qu'on n'est pas des robots. Je pense que c'est ce que les patients, ils recherchent aussi, c'est à dire qu'ils recherchent de l'empathie. Ils recherchent donc quelque part ces émotions là. Il faut en faire quelque chose aussi qui servent le patient, c'est à dire lui. Il arrive avec ses difficultés. Nous, on va lui renvoyer la balle, on ne va pas lui renvoyer. C'est un travail fin, c'est un, c'est un soin ou sinon tout ça rentre dans le domaine. Donc il faut essayer d'en faire quelque chose de bien qui servent le patient. Et ça, ce n'est pas toujours évident. Mais oui, oui, oui, oui.

ESI : Du coup, par exemple, quand vous traversez les couloirs, vous êtes sujet à beaucoup de sollicitations. Vous avez l'appel des téléphones, des scopes. À quoi pensez-vous quand vous passez dans les couloirs comme ça, que vous voyez les nombreux patients? Les appels, tout ça.

IDE 1 : Alors là, clairement, je pense que quand on. Ça dépend. En fait, je pense que si on est des fois, on est dans une situation de soins où il faut ou il faut absolument faire ce qu'on a prévu de faire. Et donc, dans ces cas là, on ne peut pas. Il faut qu'on soit dans le tunnel. On ne peut pas faire face aux sollicitations n'importe quand même, des sollicitations légitimes de patients, et cetera Il faut rester concentré sur ce qu'on est en train de faire. Et après les sollicitations dans les couloirs bas, ça peut être le début de quelque chose aussi. Ça dépend du moment où ça arrive, mais il y a des moments où on doit être concentré et bien focus sur ce qu'on fait et on n'a pas forcément le temps pour, pour, pour être avec d'autres patients ou dans d'autres situations de soins. Notre attention n'est pas démultipliée à l'infini donc. Donc c'est vrai que dans les couloirs, il y a des moments où on peut s'arrêter, discuter avec d'autres gens sans s'interrompre. Mais les interruptions de tâches aussi, c'est dangereux. Donc faut savoir un peu ce qu'on fait.

ESI 1: Et du coup, ça, la pression temporelle, c'est quelque chose qui peut être, qui peut vous faire ressentir d'autres émotions en plus ou pas.

IDE 1: Ah bah oui, il y a du stress, il peut y avoir du fun. Oui, il peut y avoir du stress complètement et gérer 10 000 choses en même temps, et notamment dans les couloirs, et cetera avec des demandes, des ordres, du comprendre, ça rajoute. On est certainement moins à même de gérer nos émotions, de gérer les émotions des patients, de gérer leurs problèmes de soins. Quand on rajoute du stress, ça fait monter la mayonnaise et ça, ça rend les choses beaucoup plus difficiles.

ESI : Donc la dernière question ce serait est ce qu'il faut, selon vous, mettre en place des mécanismes de défense pour continuer de travailler aux urgences?

IDE 1 : Alors, non. Mécanisme de défense, cela supposerait qu'on se sent attaqué. Je dirais que déjà, quand on met des mécanismes de défense en place avec des patients, c'est que dès qu'on est sur le côté obscur, un peu de la pente là, moi je me sens pas attaqué par les patients. C'est toujours cette histoire que je disais au début, cette histoire de gestion de l'émotion, c'est à dire qu'il faut être capable de la gérer à partir du moment où on est en capacité de la gérer, où les circonstances font qu'on peut les gérer en termes de stress, de flux de patients de caractère d'urgence ou pas. Et bien, il n'y a pas besoin de mettre en place des mécanismes de défense, c'est juste de la gestion, c'est du soin. Oui, c'est du soin. Donc non. Moi je pense qu'on se défend quand on craint quelque chose. Mais moi, je crains pas les émotions des patients, les situations de soins, les choses comme ça. Je dirais plutôt non.

ESI : Est-ce que vous pensez c'est le cas de tous les soignants du SAU.

IDE 1 : Je ne peux pas, je ne peux pas. Ça, c'est un point. Ça, c'est des Après. Ce qui est intéressant, c'est que chacun a sa façon de voir le soin donc il y a des gens qui vont être. Ça n'a pas tellement de sens, mais ils vont être tellement ils vont être très très techniciens, dont ils vont être très dans le relationnel. Moi, je pense que pour être un bon infirmier, il faut avoir les deux. Et puis en plus, le relationnel, c'est technique. C'est à dire qu'il y a une façon de mener du relationnel. Et le technique? S'il n'y a pas de relationnel, les patients, ça ne va pas le faire. Mais on a peut être plus ou - 1 appétence. Donc chacun a ses points forts et ses points faibles. Ses défauts aussi. En fonction des patients et des situations, il y a un tel qui va se trouver, mieux se dépatouiller. Un professionnel qui va se trouver mieux à gérer telle situation qu'un autre. Mais le lendemain, ça pourrait être l'inverse. La force aussi, c'est de travailler en équipe et chacun amène son petit grain de sel maintenant. Maintenant, on a tous une limite aussi qui n'est pas la même. Il y a des gens qui vont stresser plus vite, d'autres moins vite, et cetera et cetera Donc puis on connaît tous aussi des professionnels qui ont des réactions pas très soignantes face aux difficultés des gens, face au stress, et cetera Donc ça, ça peut, ça peut arriver aussi.

ESI : OK. Sinon, la dernière dernière cela, c'est comment ils peuvent se manifester ce mécanisme de défense. Est ce que vous avez vraiment exemple?

IDE 1 : Bah je sais pas. Alors toi dans ta tête. Mécanisme de défense, c'est quoi? C'est?

ESI : Il peut y avoir des projections. L'évitement oui aussi.

IDE 1 : Moi aussi, je pars du principe que le mécanisme de défense, c'est pas forcément une bonne chose parce que j'étais parti un peu là dedans. Je pense que ça peut prendre toutes les formes que tu as dit là? De l'humour, de l'agressivité, si de la part des soignants, de l'évitement. On va délaisser un patient qui nous emmerde ou à qui on n'a pas de solution à proposer. Où, ça peut être sous forme de plein de choses. Je dirais que c'est un petit peu en fonction de chacun. Si c'est chacun, ça. Moi, je ne vais pas te dire que ça ne m'est jamais arrivé de m'énerver avec quelqu'un avec un patient ou d'éviter de retourner dans la chambre d'un patient qui peut être dit embêtant. L'humour aussi. Alors l'humour, ça peut être adapté. Des fois, ça l'est pas toujours non plus. Faire une blague, des fois, ça ne répond absolument pas à l'attente d'un patient.

ESI : Quand je dis l'humour, ça peut être auprès du patient, mais aussi entre équipe, pas forcément devant le patient.

IDE 1 : [00:13:50] Vrai. Bah oui oui, alors on a un humour des fois qui est un peu particulier dans le milieu soignant. Donc je pense que c'est un humour qui est particulier. Il y a peut être pas que là qu'on le retrouve enfin ici, c'est particulièrement prégnant. Donc c'était une façon aussi de relâcher la pression après coup. Oui.

ESI : Ça marche pour moi. Est ce que vous auriez quelque chose à rajouter ?

IDE 1: De particulier à rajouter? Désolé pour les conditions qui n'étaient pas forcément évidentes pour toi.

Annexe III : Entretien n°2

ESI : Premièrement, est-ce que tu peux me décrire le fonctionnement des urgences ?

IDE 2: Vaste question. Oui, c'est un service qui accueille donc des patients de façon non programmée, quels que soient leurs problèmes, que ce soit somatiques ou psychiques, Avec des urgences vitales bien sûr, et puis relative, mais qui nécessitent une prise en charge. Dans l'instant, j'ai envie de dire alors, selon l'évaluation du patient, parce qu'on accueille à la fois des gens qui ont été évalués par le 15 ou le 18, enfin par des secouristes ou des venus spontanés. Les gens peuvent venir par eux mêmes et donc c'est à nous d'évaluer la gravité et puis d'orienter à bon escient vers médecine, chirurgie, psychiatrie. Voilà donc englobe toutes les situations que la vie quotidienne peut apporter. Du coup, très courts.

ESI : Quelle situation type pouvez vous rencontrer lors de votre service?

IDE 2: Alors ça va dépendre du poste. Mais si on prend dans la chronologie d'arrivée, on a en soit le premier accueil. Auquel cas c'est tout, soit les urgences vitales qui peuvent venir directement. Donc ça va concerner plutôt des atteintes somatiques, mais qui vont engager potentiellement engagé le pronostic vital, ou alors avec des prises en charge de la douleur très intense. Je vais penser à la luxation de l'épaule, par exemple, qui va nécessiter d'être réduite le plus vite possible puisque c'est ça qui soulage. A l'IAO, donc on accueille donc tout le monde et donc le but pour moi c'est d'être suffisamment disponible, à l'écoute et en empathie pour pouvoir recueillir l'histoire la plus réelle possible du patient avec son mode de communication à lui puisqu'il y a pour l'illustrer, il n'y a pas que la pathologie psy, il y a aussi toutes les populations d'origine étrangère qui n'ont pas accès à la langue. Et donc il faut décortiquer malgré tout le problème qu'ils ont et essayer d'y répondre. Sachant que pour certains, ça nécessite parfois juste une réorientation, médecine de ville et donc ils rentrent pas aux urgences. Dans le secteur médical, ça va être tout ce qui va donc concerner les situations médicales possibles avec une grosse proportion de la population âgée. Donc faut pas avoir peur de des gens en grand âge. Et puis le circuit court, ça concerne tout ce qui va plutôt être d'orientation chirurgicale ou de prise en charge courte. Comme son nom l'indique, avec des plaies, des pansements, des choses comme ça, des petits traumatismes qui nécessiteront pas forcément de chirurgie ou d'hospitalisation ou qui peuvent être reconvoqué. Parce que, ma foi, il n'y a pas d'urgence à le faire à l'instant même. En gros, voilà ce que ça peut être.

ESI: Ça marche. Du coup, d'un point de vue juste pour citer des. Des types de patients ou des types de pathologies que vous rencontrez, il y en a qui sont très récurrentes, plus ou moins récurrentes.

IDE 2: On a une région qui a une culture alcoolique ancienne, donc on a cette problématique là l'addiction à l'alcool ou les conséquences d'un alcool chronique, même s'il n'est pas en mode désocialisation. Donc, tout ce qui est en lien avec tout ce qui est digestif, hépatique et potentiellement cardiaque, derrière, avec des pathologies, avec de la consommation chronique. Après, on a vraiment tout, tout, tout. Alors on peut dire aussi ce qu'on a moins. Parce que par rapport à d'autres régions de France, on a moins tout ce qui est arme à feu, tout ce qui est une plaie par arme blanche, même si on en a beaucoup plus qu'on en avait, ça reste des proportions par rapport au global moindre. Le fond de commerce, c'est quand même de la médecine et c'est beaucoup. La personne âgée qui parle, qui avance dans la vie et qui se détériore.

ESI : OK.

IDE 2: Et puis la psychiatrie aussi. C'est difficile de dire ce qu'on reçoit le plus. J'ai pas les chiffres en tête, ça me paraît pathologique, mais ce serait intéressant qu'on le fasse.

ESI : Les situations que vous citez là, c'est des situations que vous retrouvez quotidiennement.

IDE 2: Oui, oui, mais bon, l'entorse de la cheville aussi. Il y a de tout, il y a de tout. Alors il y a à la fois de tout, il y a de tout dans l'approche. C'est à dire que deux patients avec une entorse de chevilles ne vont pas forcément avoir le même vécu, la même appréhension. Là, il va me venir une situation avec une jeune femme qui vient en se disant en disant Je me vide de je vais mourir et qui, en fin de compte, a une petite plaie sur le bout du doigt avec son couteau en se coupant une tranche de pain et qui a une plaie qui nécessite un bisou. Et puis c'est fini. Et puis d'autres qui vont dire avec un bout de doigt, qui pendouillent et qui vont dire réparer ça. Moi vite, parce que je vais retourner au boulot. Donc il y a vraiment. Il n'y a pas que le problème en soi. Si on considère le côté physique, il y a aussi toute l'approche socioculturelle que le patient a lui-même et qu'on doit aussi considérer pour bien évaluer la situation.

ESI : Du coup, lorsque vous traversez les couloirs, vous pouvez être confronté à beaucoup de patients. Vous pouvez avoir beaucoup de sollicitations, beaucoup d'appels. a quoi pensez-vous dans ces cas là et que ressentez vous alors?

IDE 2: Tout va être relatif. Est ce que c'est mon début de journée, mon milieu, ma fin de journée? Est ce que je suis dans une énergie physique et mentale? À quel niveau? Elle est basse, moyenne, haute? Est ce que du coup, je suis donc plus ou moins disponible? Et donc, en fonction de ça, ça va être. qu'elle est ma charge en cours? Est ce que je suis en train de me déplacer parce que je vais faire un choix? Est ce que ce soit à considérer comme urgent ou est ce qu'il peut être temporisé un peu? Et la sollicitation dans un premier regard? Est ce qu'il va me sembler urgent ou pas? Soit parce que c'est la passion que je connais, soit parce que dans ce que je vois, par exemple parce qu'il peut être vraiment plié en deux sur son brancard à se tenir le ventre. Et j'estime que ça peut être à considérer rapidement. Est ce que j'en ai la responsabilité? Parce que ce que ça veut, est ce que je traverse ce secteur? Parce que j'ai besoin d'aller chercher quelque chose? Mais ce n'est pas mon secteur ou est ce que c'est le mien et j'en ai la responsabilité. Donc dans le premier cas, peut-être que je transmettrai à mes collègues parce que c'est leur rôle. Et puis moi, je suis aussi avec ma charge de travail à moi. Et si ça appartient à ma charge de travail, c'est à moi de considérer ce que j'y vais maintenant. Où est ce que je temporise? Est ce que je délègue et est ce que c'est quelqu'un qui lève la main avec son urinal qui est plein? Et donc je sais qu'il est à vider, mais la prise de sang que j'ai à faire prime. Donc soit je lui dis attendez, je reviens, soit je peux aussi délèguer si je la croise. Moi, c'est toujours une considération à la fois du besoin individuel, mais que je remets dans le collectif. Donc, si mon groupe patient est réduit parce que je n'ai que trois ou quatre patients à gérer à ce moment là, parce que c'est comme ça, c'est à la fois la réalité des urgences. Et puis pour moi, leur intérêt. C'est à dire que je vais sans arrêt remettre en cause mon organisation pour m'adapter, pour pouvoir fournir à chacun et au groupe ce dont il a besoin. Et donc s'il va effectivement les jours où le groupe est surdimensionné, même surdimensionné par rapport à mes capacités à moi, parce que ça peut arriver, j'ai cette lucidité de me dire ben là, il y en a beaucoup plus que ce que je peux gérer. Donc je ne pourrai pas donner à tous tout ce dont ils ont besoin. Donc je vais temporiser. Je vais retarder ou ça, ça attendra la relève.

ESI : Donc dans ce cas, que ressentez-vous plutôt, comme quand vous temporisez quand vous délèguez?

IDE 2: Eh bien, ça va dépendre des jours. Parfois, il y a de la colère, parfois il y a du désabusement comme ça, de la résignation de plus en plus. Ces trois émotions là, plutôt que c'est exceptionnel, je donne, je. Je me dépense donc ce serait. Ce serait quelle émotion? Ça serait se dire je peux le faire. Donc ce serait de la motivation, de la motivation. Il y en a de moins en moins. Donc on va plutôt parler de sentiment de démotivation. Parce que désabusement, parce que la demande dépasse les moyens.

ESI : Donc, je rebondis sur ce que vous dites avec votre expérience. Ces émotions là, ont-elles évolué ?

IDE 2: Alors ce n'est pas tant avec mon expérience qu'avec les conditions dans lesquelles on exerce. C'est les conditions dans lesquelles on exerce, qui ont évolué et qui me font vivre ces émotions. Parce que la situation, ma lecture de la situation que je pensais objective et en lucidité, dépasse mes capacités et les capacités de l'unité et de l'unité de mon secteur dans l'unité. C'est à dire que je ne peux raisonnablement pas m'occuper avec efficacité, qualité et temporalité dans le temps de 30 patient comme je peux le faire avec 7. Nous avons nos unités de médecine. C'est 7 box qui permet d'avoir de l'intimité pour chaque patient et nous montons régulièrement à 25 ou 30. Donc il y en a un grand paquet qui est dans le couloir.

ESI : Et du coup, ces émotions là, elles sont différentes d'avant ?

IDE 2: Parce que les conditions sont différentes.

ESI : Et leur intensité est ce qu'elle a changé ?

IDE 2: Elles vont avec la proportionnalité de la charge de travail.

ESI : Est ce que du coup, ces émotions là, elles impactent votre comportement auprès du patient, auprès des patients.

IDE 2: Et va impacter ma réponse auprès du patient? Mais il y en a qui vont devoir attendre. J'essaie. Moi, j'attache de l'importance à essayer de faire en sorte que le secteur soit dans la paix. Donc ça veut dire répondre avec le plus de douceur possible pour aider le patient à temporiser. Sachant que je ne suis aussi dans un certain réalisme, je ne vais pas le bluffer. Donc si je ne sais pas, eh bien je lui dis que je ne sais pas. Je peux, si je me considère à l'IAO, aux côtés, j'en demande pour combien de temps? Je peux leur dire qu'il y en a pour plusieurs heures. Je peux leur dire qu'il y en a pour selon les conditions. Cinq ou 6 h avant de voir un médecin pour les aider à attendre en leur disant bien que c'est un minimum. Voilà, je vais répondre comme ça.

ESI : Ça marche et c'est votre comportement auprès du patient et ce qu'il a changé depuis votre arrivée. Depuis votre première prise de poste dans ce service.

IDE 2: Alors ce serait un changement de comportement sur une journée de travail ou depuis les années de travail.

ESI : Depuis votre expérience.

IDE 2 : Moi, moi, j'ai 20 ans d'expérience. Ça a beaucoup changé. Moi, j'ai travaillé sur moi, donc j'apporte aussi cette connaissance que j'ai de moi, ce qui me permet d'avoir un comportement avec lequel je suis en accord. Pour autant, je ne suis pas en accord avec les conditions dans lesquelles j'exerce et je suis en questionnement. Justement

sur bien est ce que j'ai atteint mes limites ou pas? Quand est ce que je suis en capacité malgré tout de gérer ces situations, que je J'ai des situations de crise et que ce n'est pas des situations du quotidien face à notre quotidien de bien des situations de crise, parce que les moyens sont dépassés par la demande. C'est la définition d'une crise. Donc est ce que je suis capable de tenir dans cette situation de crise, sachant que l'être humain est capable de le faire sur un temps court, sur un temps idéalement défini? Là, on est sur un temps long, non défini. Donc jusque quand on va être capable de travailler dans des conditions comme ça. Et donc à un moment, je sais que ça peut arriver. Je ne sais pas quand je peux atteindre ma limite et donc à ce moment là, je réfléchirai un peu plus profondément à changer.

ESI : Donc, est ce que vous pensez que ce serait différent si vous n'aviez pas ces émotions du coup?

IDE 2: Alors ce qui serait différent, c'est si je n'avais pas la connaissance de ces émotions, si je n'avais pas la sensation de ces émotions. Si je n'étais pas capable de les ressentir, mais seulement qu'elles soient dans l'inconscient, elles seraient présentes. Mais je n'arriverais pas. Je n'arriverais pas à les voir. C'est le fait de les voir qui me permet de m'adapter. Si je les vois pas, je les subis.

ESI : Ma dernière question, ce sera Est ce qu'il faut, selon vous, mettre en place des mécanismes de défense pour continuer à travailler aux urgences.

IDE 2: Plutôt que de mettre en place des mécanismes de défense et considérer les êtres humains tels qu'ils sont? Ce sont donc des êtres de nos limites et donc dans quelles limites? On veut permettre au personnel d'exercer et l'aider dans ses limites. C'est à la connaissance des émotions. Je ne suis pas sûr que la culture on l'inculquait par moi à l'époque et on ne le inculque pas dans notre, dans notre espace de travail. C'est à dire qu'on ne travaille pas sur justement. Mais qu'est ce que je ressens? Dans quelle disponibilité émotionnelle, pas physique, psychique et émotionnelle je suis pour exercer? Et de fait, comment est ce que du coup, je peux faire est-ce qu'elles interviennent dans mon travail et dans l'autre sens? Comment est ce que ce travail impacte mon état psychique et mes émotions au travers des émotions? Les émotions pour moi, sont des informations sur l'état psychique, la disponibilité que j'ai pour moi et pour les autres. On est dans un travail qui a énormément sur la relation. Donc, si on ne travaille pas sur la qualité de la relation, on quitte. On oublie quasiment quasiment 80 à 90 % de du soin. Je viens faire une prise de sang, c'est rien, c'est rien du tout. Par contre, la relation qu'il y a autour de la prise de sang, c'est beaucoup. Je vais l'illustrer par exemple par l'enfant. La première prise de sang qu'il va vivre va impacter toutes celles qu'il a derrière. Et donc des jeunes adultes qui ont des phobies, des piqûres. C'est probablement une prise de sang antérieure, mais peut être dans l'enfance ou jeune adulte qui n'a pas été accompagnée d'une relation. Donc ça, c'est primordial. Mais pour ça, il faut que les soignants lui même soit bien clair, avec avec sa disponibilité, ce qu'il offre. Et puis derrière l'empathie qu'il va offrir à l'autre, donc la disponibilité à soi, la disponibilité à l'autre qui, lui, n'en aura peut être pas. Mais il a un besoin.

ESI : En ce cas. Est ce que vous pensez qu'il y a des mécanismes de défense chez tous les soignants?

IDE 2: Il y en a chez tous les êtres vivants. Donc, de fait, il y en a qui se mettent en place. La question, c'est est ce que ce mécanisme des défenses, il est adapté? Est ce qu'il fonctionne? Et dans l'instantané et dans la chronicité? C'est notre problématique actuelle. Dans le soit, c'est fait, on est sur un contexte difficile et chronique et pour l'instant qui n'a pas de date de fin. Donc le mécanisme de défense. Si je suis face à un danger vital instantané, j'ouvre une porte, il

y a un feu, je peux réagir tout de suite, mais le feu, il va pas Si je m'en vais ou si le feu est éteint, c'est fini. Si le feu dure et que je reste derrière la porte. Comment ça marche? C'est une situation qu'on a pas forcément rencontrée par le passé et qui est multifactorielle. Donc il y a des facteurs individuels. Il y a nous, il y a les autres. Mais toute l'institution, toute organisation, institution, tous les partenaires de soins. Il y a tout, tout, tout, tout, tout, tout pour moi qui intervient. Mais avant tout, je pense qu'il serait intéressant que le soignant en premier se connaissent, lui, pour mieux pouvoir rentrer en relation avec les autres. Et là, je pense qu'on a beaucoup de travail. Et ce travail là, il doit se faire bien sûr auprès des écoles pour ce qui débute, parce que l'on part arriver avec un bon bagage. Mais comme on ne l'a pas eu avant, il doit aussi se faire avec ceux qui sont en place pour apporter gentiment le voyage de façon constructive. Encore une fois, on n'est pas dans le jugement, bien au contraire, de façon constructive.

ESI : Vous parlez de la connaissance des émotions, oui.

IDE 2: Mais de ce qui impacte, ce n'est pas juste. Tiens, je suis triste, tu sais à quoi ça me sert? C'est les émotions, c'est c'est une information que le corps donne sur son état. Ce n'est pas une solution, mais c'est dire. Tiens, puisque j'ai cet état là. Alors pourquoi? Parce que si je peux écarter la cause, ça peut être intéressant. Et donc l'émotion sert à. À rechercher. Elle est au même titre que tout le reste du corps humain. Elle recherche l'homéostasie, recherche la paix et l'euphorie. La joie, c'est aussi des émotions qui sont intéressantes mais qui ne sont pas viable à très long terme parce qu'elles sont si énergivores. Il faut les prendre parce qu'elles sont intéressantes à ressources sous un certain angle. Mais l'état de l'homéostasie le plus neutre, c'est la paix, c'est la sérénité. Ce sont des émotions un peu comme ça. Mais comme c'est le cas, je veux dire le quotidien et c'est c'est variable, donc va passer par différents types d'émotions aussi, qui ont des sources qui peuvent être aussi physiques puisque bien entendu, si je manque de sommeil, ça va être plus difficile d'être en disponibilité, d'être en joie. Ça peut provoquer aussi tristesse et lassitude. Et si je sais pourquoi, je trouve plus facilement une réponse, La nuance quant à nous, c'est que non seulement on a géré notre propre nos propres émotions, mais aussi celles des autres, puisque les gens qui viennent à l'hôpital et qui plus est aux urgences, sont dans une situation d'instabilité et donc quelle soit physique ou psychique dès le départ. Mais même si c'est physique, il y a forcément un impact émotionnel. Tout est lié. Donc comment est ce que moi, soignants, je suis en disponibilité pour accueillir l'instabilité émotionnelle du patient et lui fournir des éléments de réponse.

ESI : Donc je rebondis sur quelque chose que vous avez dit. L'émotion vous sert comment cela peut vous servir auprès du patient par rapport à votre comportement.

IDE 2: Mon émotion ou la sienne, dans mon émotion en contact avec la sienne?

ESI : Comment ça peut vous servir ou vous desservir?

IDE 2: Je vais dire me servir parce que si je sens que je suis agacé, je vais essayer de cerner par rapport à quel besoin, puisque cette émotion vient me renseigner sur quelque chose et qu'ayant connaissance de mon état émotionnel et sachant comment est l'autre en face, eh bien, je vais pouvoir améliorer mon adaptation. Je vais la prendre comme ça. Un patient qui qui en délire, qui est agressif, qui est bien. Si moi je suis fatigué, disponible, alors qu'il lui faudrait du temps pour s'exprimer lui aussi, eh bien je vais être capable de le dire. Je lui dis là excusez moi là, moi maintenant, je ne suis pas disponible, je ne suis pas dans le temps. Je n'ai pas cette temporalité là parce qu'il y

en a d'autres qui attendent. Je justifie les choses, mais sans l'accuser, je le justifie pour pas. Expliquez moi aussi ce que je suis, je vais être authentique. Je crois que c'est ma connaissance de mon émotion me permet d'être authentique auprès du patient et du coup d'être vrai auprès de lui aussi et de lui donner ma disponibilité.

ESI : Et ça, c'est toujours possible ?

IDE 2: Je pense que c'est toujours possible. Encore faut il savoir le faire, se connaître pour ça, être capable de discerner, de cerner sa propre émotion et d'être dans cette relation là, encore une fois avec le patient d'authenticité. Si je bluffe, il va se sentir toute façon. Donc autant lui dire franchement que je suis fatigué aujourd'hui, que j'ai moins de disponibilité que d'habitude. Et puis de toute façon, il fera avec. Ou bien ça va me permettre moi aussi de dire à mes collègues Voilà, aujourd'hui, je ne suis pas en disponibilité, je ne suis pas pas complet. Donc passer la main, tiens, celui là, je n'y arrive plus. Est ce que tu peux me faire à ma place? Je ne sais pas. Je ne suis pas au top et moi, je préfère quelqu'un qui me dit Je ne suis pas au top plutôt que viens qui bluffe parce qu'après il va se leurrer et on se le rend lui même bien. Il va pomper dans ses ressources, soit il va s'épuiser lui même, soit il va déplacer l'émotion. C'est à dire que de du simple agacement, eh bien, il va monter dans la colère puisqu'il n'a pas répondu à son besoin qui était d'être un peu plus zen. Il va monter dans la colère et la colère. Il va la retourner contre lui. Soit il va la retourner contre le patient et du coup, il va être agressif envers le patient et du coup, on aura rien gagné du tout parce que la situation va être encore plus en crise, encore plus intense dans l'inconfort et donc ça fera encore plus de taf finalement.

ESI : OK, la dernière dernière, c'est selon vous? Du coup, comment peuvent se manifester les mécanismes de défense des soignants aux urgences?

IDE 2: Je pense qu'on va retrouver les mêmes partout, mais on va rester aux urgences. Les mécanismes de défense, ça va être un peu comme je viens de le dire, de la fuite. C'est à dire que si on reprend la situation de départ avec un patient qui sollicite dans le secteur alors que je vais faire un autre soir, je le vois pas. Je minimise quelqu'un qui va se plaindre de douleurs. Eh bien je vais encore une fois, c'est le fait de minimiser et c'est surtout du déni. Donc je vais dans le déni de ce que ressent l'autre. Je prends pas ce qu'il ressent. Voilà, je vais être potentiellement dans l'agressivité aussi. Donc renvoyer les gens, ne pas répondre à leurs besoins, mais souvent avec de de la comparaison style, il y en a qui sont pires que vous, ce qui ne résoudra pas le problème de l'individu. Euh. Bien sûr, on va avoir tout ce qui va être autour des arrêts de travail quand on n'a pas su, justement, quand on a pas vu les émotions parce qu'on ne sait peut être pas les voir ou qu'on a voulu les nier. Parce qu'on peut garder une posture de super héros soignant et qu'on puise dans ces ressources, qu'il soit physique ou mental. Et dans le burn out, on est notamment dans le mental. Eh bien, on atteint ses limites et le corps est dans les mécanismes de défense. Qu'est ce qu'on peut avoir? Donc il y avait la fuite. Mais la fuite, c'est peut être aussi je. Je ne vais pas dans les secteurs où c'est un peu délicat, mais je que je trouve d'autres prétextes pour ça. Je suis fatigué aujourd'hui, j'ai essayé ça, donc je commence à dire un petit peu les choses. Mais finalement, c'est pas pour échapper, je dirais ça, je suis agressivité. Et puis la tétanie, c'est le burn out.

ESI: Est ce que vous avez quelque chose à ajouter comme ça?

IDE 2 : Je ne sais pas, mais je ne sais pas où on va. Mais pour l'instant, on ne prend pas un chemin qui va améliorer nos conditions.

ESI : Au coin du feu. Quand vous dites vos conditions par rapport à la qualité du travail.

IDE 2 : Votre qualité de vie au travail. Il y a cinq ans, j'aurais dit je finirai ma carrière à l'hôpital. Aujourd'hui, je ne sais pas.

ESI : Vous vous êtes plus au même point?

IDE 2: Non. Bonne chance aux jeunes. Oui, mais il faut être réaliste.

ESI : Non, mais il faut être honnête.

IDE 2 : Il faut être réaliste. On ne peut pas vous vendre du rêve.

ESI : En tout cas, merci beaucoup.

IDE 2: S'il y a besoin d'une présentation infirmier depuis 20 ans, un parcours dans les différentes réa.

Annexe IV : Tableaux d'analyse

Le SAU

Thème	Objectif	Parties	IDE 1	IDE 2
SAU	Illustrer le terrain du SAU Illustrer les conditions d'exercice particulières du SAU	Définition		Service accueil patients non programmés
		Moyen d'arrivée des patients		Orienté par le 15
				Orienté par le 18
				Orienté par des secouristes
				Venus d'eux mêmes
		Organisation géographique	Zones géographique du SAU	Zones géographique du SAU
On les oriente en fonction de leur pathologie	c'est à nous d'évaluer la gravité et puis d'orienter à bon escient			
	Zone d'accueil et d'orientation	Mais si on prend dans la chronologie d'arrivée, on a en soit le premier accueil		
	Ils sont constatés et vus par un infirmier, un aide soignant et parfois un médecin puis orienté dans les modules de soins où ils sont réévalués min ttes les 4h en termes de constantes/douleurs			

			etc..	
			le module de traumatologie	<p>“Le circuit court, ça concerne tout ce qui va plutôt être d'orientation chirurgicale ou de prise en charge courte ... des petits traumatismes qui nécessitent pas forcément de chirurgie ou d'hospitalisation ou qui peuvent être reconvoqué.”</p> <p>chirurgie</p> <p>somatique</p>
			le module B de médecine	<p>médecine</p> <p>somatique</p>
			la SAUV pour les patients graves	urgences vitales
			l'uhcd si attente d'hospit ou surv de 24h	
				psychiatrie
		Types d'urgences		urgences vitales

				urgences relatives des atteintes somatiques mais qui vont potentiellement engager le pronostic vital
				Problèmes somatiques médecine, chirurgie
				Problèmes psychiques

Les situations prévalentes

Thème	Objectifs	Parties	IDE 1	IDE 2
Les situations prévalentes au SAU	Objectif Illustrer et identifier les situations récurrentes retrouvées au SAU	Il y a des situations types	“Il y a plein de situations types” il y a un tas de situations assez typiques qu'on va retrouver qui ont des similitudes	Il n'y a pas <u>que</u> la pathologie psy il y a aussi toutes les populations d'origine étrangère qui n'ont pas accès à la langue
			Il y a les situations avec tout ce qui est alcool	l'addiction à l'alcool ou les conséquences d'un alcool chronique, digestif, hépatique et potentiellement cardiaque, derrière,

				avec des pathologies, avec de la consommation chronique
			les personnes âgées avec les maintiens à domicile difficile	<p>une grosse proportion de la population âgée. Donc faut pas avoir peur des gens en grand âge.</p> <p>Le fond de commerce, c'est quand même de la médecine et c'est beaucoup. La personne âgée qui parle, qui avance dans la vie et qui se détériore.</p>
			Dépression et idées suicidaires ou TS	Et puis la psychiatrie aussi
			<p>en traumato</p> <p>il y a tout ce qu'on appelle de la petite trauma</p> <p>les traumatismes etc..</p>	<p>des petits traumatismes qui nécessiteront pas forcément de chirurgie ou d'hospitalisation ou qui peuvent être convoqués. Parce que, ma foi, il n'y a pas d'urgence à le faire à l'instant</p>

				<p>même. l'entorse de la cheville aussi.</p> <p>d'orientation chirurgicale ou de prise en charge courte. Comme son nom l'indique, avec des plaies, des pansements,</p> <p>prise en charge de la douleur très intense, la luxation de l'épaule par exemple, qui va nécessiter d'être réduite au plus vite possible</p>
		Il n'y a pas de situations types	<p>mais qui ne sont jamais forcément les mêmes non plus</p> <p>avec des prises en charge qui sont un peu, pas similaires</p>	<p>moins tout ce qui est arme à feu, tout ce qui est une plaie par arme blanche, même si on en a beaucoup plus qu'on en avait, ça reste des proportions par rapport au global moindre</p>

Les émotions vécues par les infirmiers

Thème	Objectif	Parties	IDE 1	IDE 2
L'émotion	Obtenir une description des émotions vécues par	Définition		me servir parce que si je sens que je suis agacé, je

	<p>un.e IDE du SAU</p>		<p>vais essayer de cerner par rapport à quel besoin, puisque cette émotion vient me renseigner sur quelque chose et qu'ayant connaissance de mon état émotionnel et sachant comment est l'autre en face, eh bien, je vais pouvoir améliorer mon adaptation.</p> <p>ma connaissance de mon émotion me permet d'être authentique auprès du patient et du coup d'être vrai auprès de lui aussi et de lui donner ma disponibilité</p> <p>Tiens, je suis triste, tu sais à quoi ça me sert? C'est les émotions, c'est c'est une information que le corps donne sur son état.</p> <p>Et donc l'émotion sert à. À rechercher. Elle est au même titre que tout le reste du corps humain. Elle recherche l'homéostasie, recherche la paix et l'euphorie.</p> <p>Ayant connaissance de mon état émotionnel et sachant comment est l'autre en face, eh bien, je</p>
--	-------------------------------	--	--

				vais pouvoir améliorer mon adaptation.
		Il y a des émotions face à ces situations	<p>Parfois il y a des situations qui sortent un peu plus de l'ordinaire qui peuvent nous marquer ou il peut y avoir des sentiments. C'est des sentiments basiques qu'on retrouve. Tout ça peut être de la tristesse, de la surprise, de la joie aussi. Ça peut être tout un tas de sentiments mais il y a parfois des situations qui nous marquent. Oui, oui.</p> <p>le patient nous énerve on ressent de la colère.</p> <p>mais après, dire qu'on ne ressent rien. Non</p> <p>Ça peut être du dégoût.</p> <p>ça ne veut pas dire qu'on n'a pas d'émotions.</p> <p>Donc donc les émotions, elles sont bien là</p>	
		Il n'y a pas d'émotions face à ces situations	pas forcément grand-chose	

			<p>parce qu'il y a le côté professionnel mais ils ne sont pas forcément toujours présents. Je dirais qu'il y a le côté professionnel qui est là aussi.</p>	
			<p>Pour Moi, je sais que le côté professionnel reprend le dessus</p> <p>puis de rester professionnel.</p> <p>On fait les choses au moment où elles doivent être faites, de la façon dont elles doivent être faites. Donc le sentiment, il n'est pas forcément très présent là dedans</p> <p>mais ils ne sont pas forcément toujours présents. Je dirais qu'il y a le côté professionnel qui est là aussi.</p>	
		Causes de ces émotions	<p>Gérer 10 000 choses en même temps</p> <p>des demandes, des ordres</p>	
		Quelles émotions sont évoquées	<p>le patient nous énerve on ressent de la colère.</p>	Colère

			Ça peut arriver de s'énerver avec un patient.	
			Ça peut être du dégoût.	désabusement
			Il peut y avoir du fun. Des fois, on va rigoler.	La joie,
			il y a du stress,	
				résignation
				sentiment de démotivation
				motivation
				Tiens, je suis triste

L'évolution des émotions des soignants

Thème	Objectif	Parties	IDE 1	IDE 2
Les émotions et le temps/l'expérience	Illustrer comment les émotions peuvent évoluer au fur et à mesure de leur pratique	Non celles-ci n'ont pas changées/évoluées	j'ai toujours été J'arrive à prendre de la distance par rapport à ces situations-là, donc	

			<p>ça ne m'a jamais rien fait.</p> <p>Ça ne s'est pas modifié.</p> <p>J'ai toujours su prendre de la distance. x2</p> <p>non, ça ne s'est pas modifié avec le temps en tout cas.</p>	
		Oui elles ont changées/évoluées		<p>Alors ce n'est pas tant avec mon expérience qu'avec les conditions dans lesquelles on exerce. C'est les conditions dans lesquelles on exerce, qui ont évolué et qui me font vivre ces émotions.</p> <p>Parce que les conditions sont différentes.</p>

L'émotion

Thème	Objectif	Parties	IDE 1	IDE 2
Emotions	Illustrer l'influence des émotions du soignant et sa posture auprès du patient	Il ne faut pas montrer les émotions au patient	Je pense que les patients, ils arrivent avec leurs difficultés, donc il faut éviter de leur rajouter les nôtres en plus quoi. Il faut savoir gérer ses	

			<p>émotions si on veut être pour moi, si on veut être dans une posture soignante</p> <p>gérer ça pour pour faire des soins de qualité ensuite</p> <p>Des fois, on va rigoler. Le patient n'est peut être pas dans la même humeur que nous, et cetera et cetera Donc dans l'absolu, ça devrait pas arriver,</p> <p>ça veut dire que, en tout cas, il ne faut pas que ça pèse sur le patient.</p> <p>Et puis après c'est à nous de prendre de la distance.</p> <p>Donc dans l'absolu, ça devrait pas arriver</p> <p>il faut essayer que ça aie un impact un peu minimal sur les prise en charge</p> <p>Moi, j'essaie de ne pas les faire. Il faut pas les faire ressentir.</p> <p>en tout cas les sentiments. Je le fais. J'essaie de pas faire</p>	
--	--	--	---	--

			ressentir au patient ce que je ressens	
		Il faut montrer les émotions au patient	<p>Ils recherchent donc quelque part ces émotions là. Il faut en faire quelque chose aussi qui servent le patient,</p> <p>il faut essayer d'en faire quelque chose de bien qui servent le patient</p>	<p>je ne vais pas le bluffer</p> <p>Je vais la prendre comme ça. Un patient qui en délire, qui est agressif, qui est bien. Si moi je suis fatigué, disponible, alors qu'il lui faudrait du temps pour s'exprimer lui aussi, eh bien je vais être capable de le dire. Je lui dis là excusez moi là, moi maintenant, je ne suis pas disponible, je ne suis pas dans le temps. Je n'ai pas cette temporalité là parce qu'il y en a d'autres qui attendent. Je justifie les choses, mais sans l'accuser, je le justifie pour expliquer moi aussi ce que je suis, je vais être authentique.</p> <p>ma connaissance de mon émotion me permet d'être authentique auprès du patient et du coup d'être vrai auprès de lui aussi et de lui donner ma disponibilité.</p> <p>savoir le faire, se connaître pour ça, être capable de discerner, de cerner sa propre émotion</p>

				<p>et d'être dans cette relation là, encore une fois avec le patient d'authenticité.</p> <p>Je pense que c'est toujours possible.</p> <p>Si je bluffe, il va se sentir toute façon. Donc autant lui dire franchement que je suis fatigué aujourd'hui, que j'ai moins de disponibilité que d'habitude. Il va pomper dans ses ressources, soit il va s'épuiser lui même, soit il va déplacer l'émotion. C'est à dire que de du simple agacement, eh bien, il va monter dans la colère puisqu'il n'a pas répondu à son besoin qui était d'être un peu plus zen. Il va monter dans la colère et la colère. Il va la retourner contre lui. Soit il va la retourner contre le patient et du coup il va être agressif envers le patient et du coup, on aura rien gagné du tout parce que la situation va être encore plus en crise, encore plus intense dans l'inconfort et donc ça fera</p>
--	--	--	--	---

				encore plus de taf finalement
		La prise en soin des patients serait différente si les IDE n'avaient pas d'émotions	<p>Je pense que ce serait différent.</p> <p>Mieux? Je ne suis pas sûr parce qu'on n'est pas des robots. Je pense que c'est ce que les patients, ils recherchent aussi, c'est-à-dire qu'ils recherchent de l'empathie. Ils recherchent donc quelque part ces émotions là. Il faut en faire quelque chose aussi qui servent le patient</p> <p>S'il n'y a pas de relationnel, les patients, ça ne va pas le faire.</p>	Alors ce qui serait différent, c'est si je n'avais pas la connaissance de ces émotions, si je n'avais pas la sensation de ces émotions. Si je n'étais pas capable de les ressentir, mais seulement qu'elles soient dans l'inconscient, elles seraient présentes. Mais je n'arriverais pas. Je n'arriverais pas à les voir. C'est le fait de les voir qui me permet de m'adapter. Si je les vois pas, je les subis.
		La prise en soin des patients ne serait pas différente si les IDE n'avaient pas d'émotions		

L'émotion

Thèmes	Objectif	Parties	IDE 1	IDE 2
--------	----------	---------	-------	-------

L'émotion et la posture soignante	Illustrer l'impact des émotions sur le positionnement des IDE	Les émotions ont un impact sur la prise en soin des patients	On est certainement moins à même de gérer nos émotions, de gérer les émotions des patients, de gérer leurs problèmes de soins. Quand on rajoute du stress, ça fait monter la mayonnaise et ça, ça rend les choses beaucoup plus difficiles puis on connaît tous aussi des professionnels qui ont des réactions pas très soignantes face aux difficultés des gens, face au stress	Il y en a qui vont devoir attendre aider le patient à temporiser je suis dans un certains réalisme, je ne vais pas bluffer
		Les émotions n'ont pas d'impact sur la prise en soin des patients		

Les mécanismes de défense infirmiers 1

Thème	Objectif	Parties	IDE 1	IDE 2
Les mécanismes de défense	Rechercher la présence ou non de mécanismes de	Il est possible de répondre aux sollicitations	Et après les sollicitations dans les couloirs bas, ça	

	<p>défense chez les IDE du SAU</p>		<p>peut être le début de quelque chose aussi. Ça dépend du moment où ça arrive</p> <p>Donc c'est vrai que dans les couloirs, il y a des moments où on peut s'arrêter, discuter avec d'autres gens sans s'interrompre</p>	
		<p>Il n'est pas toujours possible de répondre aux sollicitations</p>	<p>une situation de soins où il faut ou il faut absolument faire ce qu'on a prévu de faire</p> <p>on ne peut pas. Il faut qu'on soit dans le tunnel.</p> <p>On ne peut pas faire face aux sollicitations n'importe quand même, des sollicitations légitimes de patients, et cetera Il faut rester concentré sur ce qu'on est en train de faire.</p> <p>mais il y a des moments où on doit être concentré et bien focus sur ce</p>	

			<p>qu'on fait et on n'a pas forcément le temps pour, pour, pour être avec d'autres patients ou dans d'autres situations de soins. Notre attention n'est pas démultipliée à l'infini donc</p> <p>Mais les interruptions de tâches aussi, c'est dangereux</p>	
		Cela va dépendre du moment de la journée		début de la journée énergie physique et mentale haute
				milieu de journée énergie physique et mentale moyenne
				fin de journée énergie physique et mentale basse
		Cela va dépendre de la charge de travail en cours		mon secteur, ma responsabilité si ça appartient à ma charge de travail, c'est à moi de considérer : est ce que j'y vais maintenant ou est ce que je tempore ?
				mon secteur ma s ma responsabilité aussi je transmettrai à mes collègues

				le groupe est surdimensionné par rapport à mes capacités à moi donc je ne pourrai pas apporter à tous tout ce dont ils ont besoin
				si j'ai 3 ou 4 patients à gérer à ce moment là
		Cela va dépendre de l'urgence de l'action en cours et l'urgence de la sollicitation		urgent mon action est urgente prise de sang prime sur l'urinal la sollicitation me semble urgente
				possible de temporiser mon action peut être temporisée la sollicitation ne me semble pas urgente urinal plein je délègue ? je vais temporiser, retarder, ou ça attendra la relève

Les mécanismes de défense infirmiers 2

Thèmes	Objectif	Parties	IDE 1	IDE 2
Les mécanismes de défense	Rechercher comment les IDE font pour	Les IDE ne développent pas de mécanismes de	Alors, non. Mécanisme de	Il y en a chez tous les êtres vivants. Donc, de

	<p>supporter les situations particulières du SAU</p> <p>Rechercher la présence ou non de mécanismes de défense chez les IDE du SAU</p>	<p>défense</p>	<p>défense, cela supposerait qu'on se sent attaqués.</p> <p>moi je me sens pas attaqué par les patients. C'est toujours cette histoire que je disais au début, cette histoire de gestion de l'émotion</p> <p>à partir du moment où on est en capacité de la gérer, où les circonstances font qu'on peut les gérer en termes de stress, de flux de patients de caractère d'urgence ou pas. Et bien, il n'y a pas besoin de mettre en place des mécanismes de défense,</p> <p>c'est juste de la gestion, c'est du soin.</p> <p>Donc non. Moi je pense qu'on se défend quand on craint quelque chose</p> <p>Je dirais plutôt non.</p>	<p>fait, il y en a qui se mettent en place.</p>
--	--	----------------	--	---

		<p>Les IDE développent des mécanismes de défense</p>	<p>quand on met des mécanismes de défense en place avec des patients, c'est que dès qu'on est sur le côté obscur, un peu de la pente là</p>	
		<p>Cela dépend des IDEs</p>	<p>Tous une limite Qui n'est pas la même</p> <p>des gens vont stresser plus vite d'autres moins vite</p>	
		<p>Types de mécanismes de défense</p>	<p>l'humour,</p>	
			<p>de l'agressivité</p>	
			<p>de l'évitement.</p> <p>On va délaissé un patient qui nous emmerde ou à qui on n'a pas de solution à proposer.</p>	<p>la fuite. C'est -à -dire que si on reprend la situation de départ avec un patient qui sollicite dans le secteur alors que je vais faire un autre soir, je le vois pas.</p> <p>Mais la fuite, c'est peut être aussi je. Je ne vais pas dans les secteurs où c'est un peu délicat, mais je que je trouve d'autres prétextes pour ça. Je suis fatigué aujourd'hui, j'ai</p>

			<p>essayé ça, donc je commence à dire un petit peu les choses. Mais finalement, c'est pour échapper</p>
			<p>Je minimise quelqu'un qui va se plaindre de douleurs. Eh bien je vais encore une fois, c'est le fait de minimiser, et c'est surtout du déni. Donc je vais dans le déni de ce que ressent l'autre. Je ne prends pas ce qu'il ressent.</p> <p>Voilà, je vais être potentiellement dans l'agressivité aussi. Donc renvoyer les gens, ne pas répondre à leurs besoins, mais souvent avec de la comparaison style, il y en a qui sont pires que vous, ce qui ne résoudra pas le problème de l'individu.</p>
			<p>Euh. Bien sûr, on va avoir tout ce qui va être autour des arrêts de travail quand on n'a pas su, justement, quand on a pas vu les émotions parce qu'on ne sait peut être pas les voir ou qu'on a voulu les nier.</p>

				<p>Parce qu'on peut garder une posture de super héros soignant et qu'on puise dans ses ressources, qu'il soit physique ou mental. Et dans le burn out, on est notamment dans le mental. Eh bien, on atteint ses limites et le corps est dans les mécanismes de défense</p> <p>Et puis la tétanie, c'est le burn out.</p>
		Il y a des mécanismes adaptés	<p>l'humour ça peut être adapté</p> <p>façon aussi de relâcher la pression après coup. Oui.</p>	<p>La question, c'est est ce que ce mécanisme des défenses il est adapté ? Est ce qu'il fonctionne?</p> <p>Et dans l'instantané et dans la chronicité?</p> <p>Adapté Il fonctionne</p>
		Il y a des mécanismes inadaptés	<p>des fois, ça l'est pas toujours non plus. faire une blague des fois, ça ne répond absolument pas à l'attente d'un patient (l'humour)</p>	<p>Inadapté</p> <p>Il ne fonctionne pas</p>

Annexes V : French Triage Classification

SFMU FRENCH triage		French emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
CARDIO-CIRCULATOIRE								
Arrêt cardiorespiratoire	1							
Hypotension artérielle	2		PAS ≤ 70 mmHg	PAS ≤ 90 mmHg ou PAS ≤ 100 mmHg et FC > 100/min		PAS 90 - 100 mmHg et FC ≤ 100/min		
Membre douloureux/froid ou pâle/ischémie*	2			durée ≤ 24 h ou cyanose/déficit moteur		durée ≤ 24 h		
Douleur thoracique/syndrome coronaire aigu (SCA)*	3B		ECG anormal: typique de SCA	ECG anormal: non typique de SCA, douleur typique persistante/intense	ECG normal, comorbidité coronaire (antécédents, facteurs de risque)	ECG normal, mais douleur de type coronaire	ECG normal et douleur atypique	
Malaise	3B					Pas d'anomalie notable des paramètres vitaux et glycémie		
Tachycardie/tachyarythmie	3B		FC ≥ 180 /min	FC ≥ 130/min		FC > 110/min		épisode résoutif
Bradycardie/bradyarythmie	3B		FC ≤ 40/min	FC 40-50/min avec mauvaise tolérance		FC 40-50/min sans mauvaise tolérance		
Dyspnée/insuffisance cardiaque*	3B		détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/triage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Dysfonction stimulateur/défaillateur cardiaque	3B			Choc(s) électrique(s) ressentie(s)		avis référent (MAO, MCO)		
Œdème des membres inférieurs/insuffisance cardiaque*	3B					FR < 30 /min SpO2 > 90%	OMI chronique	
Palpitations	4		FC ≥ 180/min	FC ≥ 130/min		malaise ou FC > 110/min		
Hypertension artérielle	4			PAS iOA ≥ 220 mmHg ou ≥ 180 mmHg et SF associés		PAS iOA ≥ 180 mmHg sans SF associés		PAS < 180 mmHg
Membre douloureux/chaud ou rouge/phlébite*	4					signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie	
INFECTIOLOGIE								
AES et/ou liquide biologique	4			sujet contact VIH avéré et exposition ≤ 48 heures				exposition ≥ 48 h
Fèvre	5			T° > 40° C ou ≤ 35,2° C ou confusion/céphalée/purpura		mauvaise tolérance, hypotension ou choc index ≥ 1		
Exposition à une maladie contagieuse	5					avec risque vital de contagie (méningite, Ebola...)		sans risque vital de contagie (rougeole, varicelle...)

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

1/10

SFMU FRENCH triage		French emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
ABDOMINAL								
Vomissement de sang/hématémèse	2			hématurémie abondante		vomissement(s) strié(s) de sang		
Mélanes/rectorragies	2			rectorragie abondante		selles souillées de sang		
Douleur abdominale	3B			douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régressive / indolore
Ictère	3B							
Problème technique (stomie, cicatrices post op...)	3B					avis référent (MAO, MCO)		
Hernie, masse ou distension abdominale	4			douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion				
Corps étranger dans œsophage/estomac/intestins	4			œsophage ou hyperalorhée et/ou autres SF associés		tranchant, pointu		
Corps étranger dans le rectum	4			douleur sévère et/ou rectorragie				
Constipation	5			symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)		douleur abdominale		
Vomissements	5			symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans	douleur abdominale ou vomissements abondants		
Diarrhée	5				enfant ≤ 2 ans	abondantes et/ou mauvaise tolérance		
Douleur anale	5					suspicion abcès/fissure		
Hoquet	5					hoquet incessant (≥ 12 h)		
GENITO-URINAIRE								
Douleur de la fosse lombaire/déflanc	3B			douleur intense				douleur régressive/indolore
Rétention d'urine/anurie	3B			douleur intense/agitation				
Douleur de bourse/orchite*/varicelle testiculaire*	3B			douleur intense ou suspicion de torsion		avis référent (MAO, MCO)		
Dysfonction de sonde urinaire/sonde JJ stomie	3B			douleur intense, fièvre ou mauvaise tolérance		avis référent (MAO, MCO)		
Hématurie	3B			saignement abondant actif				
Dysurie/burle mictionnelle / infection ?	5					fièvre	enfant	
Écoulement ou lésion cutanéomuqueuse génitale	5					fièvre		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

2/10

SFMU FRENCH triage		French emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
GYNECO-OBSTETRIQUE								
Accouchement imminent ou réalisé	1							
Problème de grossesse 1er et 2ème trimestre	3A			métrorragies, douleur				
Problèmes de grossesse 3ème trimestre	3A			métrorragies/douleur/HTA/ perte de liquide amniotique				
Méno-métrorragie	3B			grossesse connue/suspectée ou saignement abondant				
Problème de post partum (allaitement...)	4				allaitement et fièvre			
Anomalie du sein	5					mastite ou abcès		
Anomalie vulvo-vaginale / corps étranger	5							
INTOXICATION								
Intoxication médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/intoxication suicidaire/toxiques cardiotoxiques ou fœto-nés	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex z 24 h)
Intoxication non médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/toxiques / fœto-nés	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex z 24 h)
Demande de sevrage / toxicomanie	4			agitation/violence / état de manque	enfant			demande d'ordonnance pour substitution
Comportement ébrié / ivresse	4	GCS ≤ 8		agitation/violence/GCS 9-13	enfant	demande des forces de l'ordre		
NEUROLOGIE								
Altération de la conscience/coma	2	GCS ≤ 8		GCS 9-13, avis référent (MAO, MCO)				
Déficit moteur, sensitif, sensoriel ou du langage/AVC	2	délai ≤ 4h 30				délai ≥ 24 h et avis MAO, MCO		
Convulsions	3B			crises multiples ou en cours confusion, TC, déficit ou fièvre		récupération complète post critique		
Confusion/désorientation temporo spatiale	3B			fièvre				
Céphalée	3B			inhabituelle (premier épisode, brutale, intense... ou fièvre)		habituelle/migraine		
Vertiges/trouble de l'équilibre	3B							troubles anciens et stables

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

3/10

SFMU FRENCH triage		French emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
OPHTHALMOLOGIE								
Corps étranger / brûlure oculaire	3B			douleur intense, brûlure chimique		avis référent (MAO, MCO)		
Trouble visuel / œil douloureux / lésion	3B			début brutal		avis référent (MAO, MCO)		
Démangeaison / œil rouge	5							
ORL / STOMATOLOGIE								
Epistaxis	3B			saignement abondant actif		saignement abondant résolu		saignement peu abondant résolu
Trouble de l'audition/accouphènes	4			surdité brutale				
Tumefaction ORL ou cervicale	4					fièvre ou signes locaux importants		
Corps étranger ORL	4			hyposmé inspiratoire				
Pathologie de l'oreille / otite	5							
Douleur de gorge / angine / stomatite	5					mauvaise tolérance ou aphasie		
Obstruction nasale / rhinite / sinusite	5					sinusite fébrile		
Problème de dent ou de gencive	5					signes locaux importants, douleur résistante aux antalgiques		
PEAU								
Echymose / hématome spontané(s)	3B					fièvre ou abcès volumineux		
Aloécis ou infection localisée de la peau	4							
Erythème étendu et autres éruptions / œdème spontané	5			anaphylaxie		fièvre ou mauvaise tolérance	étendu	localisé
Morsure, piqûre, prurit, parasitose	5			morsure de serpent/scorpion...		fièvre ou signes locaux importants	étendu	localisé
Corps étranger sous la peau	5					corps étrangers multiples, complexes		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

4/10

SFMU FRENCH triage		French emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
PEDIATRIE ≤ 2 ans (pathologie spécifique)								
Dyspnée avec sifflement respiratoire	2				sifflement sans dyspnée			
Fièvre ≤ 3 mois	2							
Convulsion hyperthermique	3B			fébrile ou durée ≥ 10 min, ou hypotonie	récupération complète			
Diarrhée / vomissements du nourrisson (≤ 24 mois)	3B			perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	≤ 6 mois			
Troubles alimentaires du nourrisson (≤ 6 mois)	4			perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	perte de poids ≤ 10%			
Bradycardie	4			avant 1 an : FC ≤ 80/min après 1 an : FC ≤ 60/min				
Ictère néonatal	4			perte de poids ≥ 10% ou selles décolorées				
Tachycardie	4			avant 1 an : FC ≥ 180/min après 1 an : FC ≥ 160/min				
Hypotension	4			1-10 ans : PAS ≤ 70 mmHg (+ âge en année x 2)				
Pleurs incoercibles	4				pleurs dans le box de l'IDA			
PSYCHIATRIE								
Idee / comportement suicidaire	2							
Troubles du comportement / psychiatrie	3B			agitation, violence, délire, hallucinations	enfant			
Anxiété / dépression / consultation psychiatrique	4			anxiété majeure / attaque de panique	enfant			

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

5/10

SFMU FRENCH triage		French emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
RESPIRATOIRE								
Dyspnée / insuffisance respiratoire	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40 /min ou SpO2 $< 86\%$	dyspnée à la parole/triage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%					
Asthme ou aggravation BPCO	3B	détresse respiratoire	DEP ≤ 200 ou dyspnée à la parole/triage/orthopnée				DEP ≥ 300 /min et asthme	
Hémoptysie	3B	détresse respiratoire	hémoptysie répétée ou abondante					
Douleur thoracique / embolie / pneumopathie / pneumothorax	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole/triage/orthopnée					
Corps étranger voies aériennes	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole, triage, orthopnée enfant			pas de dyspnée		
Toux / bronchite	5					fièvre, ou signes respiratoires associés		
RHUMATOLOGIE								
Douleur articulaire/arthrose/arthrite	4					fièvre ou signes locaux importants		
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5		déficit sensitif ou moteur associé			fièvre ou paresthésies		
Douleur de membre/sciatique	5					fièvre ou impotence du membre		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

6/10

SFMU FRENCH triage		French emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
TRAUMATOLOGIE								
Traumatisme avec amputation	1							
Traumatisme abdomen/thorax/cervical	2	débratant	haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Aggression sexuelle et sévices	2							
Brûlure	3B		brûlure étendue ou main/virage	≤ 24 mois et brûlure peu étendue		avis référent (MAO, MICO)		brûlure peu étendue... consultation tardive
Traumatisme de bassin/hanche/fémur/rachis	3B		haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme oculaire	3B		haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme maxillo-facial/oreille	3B		haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Plaie	4		plaie délabrante, saignement actif			plaie(s) large, complexe, mal	plaie(s) superficielle(s) hormis main	escoriation(s)
Traumatisme d'épaule ou distal de membre	4		haute vélocité, grande déformation/ischémie			impotence totale, déformation	impotence modérée ou petite déformation	ni impotence, ni déformation
Electrisation	4		perte de connaissance, brûlure, foudre			haute tension, temps de contact long	courant domestique	
Traumatisme crânien	5	coma (GCS ≤ 8)	GCS 9-13, déficit neurologique, pupilles, otite, ACQ/AVK, vomissements répétés			perte de connaissance avant ou après	plaie/hématome	

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

7/10

SFMU FRENCH triage		French emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
DIVERS								
Pathologie rare et grave en poussée (ex. drépanocytose...)	2					avis référent (MAO, MICO)		
Hypothermie	2	T $^{\circ}$ $\leq 32^{\circ}$ C	32 $^{\circ}$ C \leq T $^{\circ}$ \leq 35,2 $^{\circ}$ C					
Hyperglycémie	3B		cétose élevée, trouble de conscience			glycémie ≥ 20 mmol/l ou cétose positive	glycémie ≤ 20 mmol/l et cétose négative	
Hypoglycémie	3B	coma (GCS ≤ 8)	mauvaise tolérance/GCS 9-13					
Anomalie de résultat biologique	3B		symptomatique			avis référent (MAO, MICO)		
AEG / Asthénie	3B					signes objectifs d'altération de l'état général		ni comorbidités ni signes objectifs
Coup de chaleur / insolation	3B	coma (GCS ≤ 8)	T $^{\circ}$ $\geq 40^{\circ}$ C/GCS 9-13					
Gelure / Lésions liées au froid	3B		signes de nécrose, déficit sensitif ou moteur					
Allergie	4		principe/risque d'obstruction/mauvaise tolérance					
Problème suite de soins (pansements...)	5							
Renouvellement ordonnance	5							
Examen à des fins administratives / certificat / équivalence	5					demande des forces de l'ordre		
Demande d'hébergement pour saison sociale	5							

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

8/10

Abstract

Nom : Bidosse Prénom : Louise
Titre du mémoire : L'urgence de l'émotion
<p>Dans le cadre de ma troisième année de formation, j'ai dû réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Pour ce faire, j'ai choisi la thématique des mécanismes de défense chez les infirmiers des urgences. Ce thème m'est venu durant mon stage dans un service d'accueil d'urgence, je me suis questionné par rapport au vécu des infirmiers face aux situations difficiles qu'ils peuvent rencontrer de manière quotidienne. J'ai donc choisi cette question de départ : En quoi les mécanismes de défenses des IDE peuvent-ils influencer la posture infirmière auprès de patients accueillis dans un service d'urgence ?</p> <p>Pour construire un raisonnement et établir des hypothèses afin de répondre à cette question, j'ai tout d'abord rédigé un cadre conceptuel avec les notions principales de la problématique. Par la suite, j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs auprès de deux infirmiers d'un service d'accueil des urgences afin de confronter leurs témoignages aux apports théoriques. J'ai pu constater comment le ressenti des émotions est propre à chaque soignant et que la mise en place de mécanismes de défense n'est pas inhérente à la gestion des émotions d'un infirmier aux urgences. Dans la discussion, j'aborde l'impact des émotions des soignants sur leur posture infirmière, et par extension, l'impact des mécanismes de défense sur cette dernière.</p>
<p>As part of my third year of training, I had to write an essay on the introduction to nursing research. To do so, I chose the theme of defense mechanisms amongst emergency nurses. This theme came to me during my internship in an emergency service. I wondered about the experience of nurses facing difficult situations they may encounter on a daily basis. Therefore, I chose this initial question: How can nurses' defense mechanisms influence their posture when dealing with patients in an emergency department ?</p> <p>In order to build a reasoning and establish hypotheses to answer this question, I first drafted a conceptual framework with the main notions. I then conducted two interviews with two nurses from an emergency department in order to compare their experience with the theoretical research. I was able to observe how the feeling of emotions is specific to each caregiver and that the implementation of defense mechanisms is not inherent to the management of emotions by an emergency room nurse. In the discussion, I address the impact of the emotions of caregivers on their nursing posture, and by extension, the impact of defense mechanisms on the latter.</p>
Mots clés : Infirmier ; Posture infirmière ; mécanisme de défense ; patient ; Les Urgences
Keys words : Nurse ; Nursing posture ; Défense mécanism ; Patient ; Emergency room
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :
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 : 2020/2023