



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La gestion des émotions et la confiance en soi de l'infirmière en situation d'urgence médicale.



Formateur référent mémoire :
Mme Marchand Marianne

GUILLOCHET Eva
Formation infirmière
Promotion 2020-2023

Date : 02 mai 2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS**

ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État Infirmier

Travaux de fin d'études : La gestion des émotions et la confiance en soi de l'infirmière en situation d'urgence médicale.

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

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

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

Le 02 mai 2023

Identité et signature de l'étudiant : Guillochet Eva

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'État constitue un délit.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma référente de MIRSI, Madame Marianne Marchand pour sa disponibilité, son écoute, ses conseils, ses encouragements quant à la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je souhaite également remercier Erwan Masson, mon référent pédagogique pour l'ensemble des trois années de formation, merci pour ses conseils, sa bienveillance, sa motivation et son accompagnement. Merci à lui également de m'avoir soutenu dans mes projets professionnels.

Merci à l'école de Pontchaillou et à l'équipe pédagogique pour les apprentissages et l'accompagnement durant cette formation qui peut être parfois difficile. Un grand merci à l'ensemble des formateurs pour leur travail.

Je remercie Agnès et Hélène pour leurs expériences et leurs vécues transmis lors des entretiens. Merci à elles pour leur collaboration dans mon MIRSI. Également, un grand merci à Marie-Pierre, Claude, Élodie, Géraldine, Manon, Aurélia, Ornella et Louise pour la transmission de leurs connaissances et de m'avoir formé à ce si beau métier d'infirmier.

Un énorme merci à mes parents et à mon frère pour m'avoir soutenu moralement durant mes études d'infirmière.

Je remercie Clara, camarade de l'IFSI, de m'avoir encouragé, soutenu dans l'écriture de ce MIRSI. Merci pour ta bonne humeur quotidienne, je garde en tête tous les jolis moments passés durant cette formation.

Un grand merci à tous mes amis pour votre soutien, vos encouragements et votre bienveillance.

Sommaire

Introduction	8
L'émergence de la question de départ	9
1. Les situations d'appels.....	9
2. Les questionnements.....	11
3. La question de départ.....	12
Le cadre théorique	13
1. L'urgence médicale	13
1.1 Définition	13
1.2 L'urgence vitale intra-hospitalière	13
1.2.1. Définition.....	13
1.2.2. Les recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation	13
1.2.3. Les recommandations de la Haute autorité de santé	14
1.2.4. La formation des professionnels de santé et des étudiants lors de l'urgence	14
1.3 Le travail d'équipe	15
1.4 Le rôle infirmière dans la prise en soin d'une urgence médicale	16
1.4.1. Rôle propre de l'infirmière en situation d'urgence médicale.....	16
1.4.2. Rôle prescrit de l'infirmière en situation d'urgence médicale	17
2. Les émotions.....	18
2.1 Définition	18
2.2 Les types d'émotions et leurs mécanismes sur le corps humain.....	18
2.3 Les profils émotionnels	19
2.4 Le travail émotionnel des soignants	19
2.5 Le stress.....	20
2.6 Les stratégies d'adaptations face aux émotions.....	20
2.6.1. Les mécanismes de défense	20
2.6.2. L'intelligence émotionnelle	21
3. La confiance et l'estime de soi	22
3.1 Définition	22
3.2 Les mécanismes de la confiance et de l'estime de soi.....	22
3.3 Attitudes soignantes en lien avec la confiance en soi.....	23
L'enquête exploratrice de terrain	24
Les objectifs du guide d'entretien, le choix de l'outil et sa présentation	24
La population interviewée	24
L'organisation mise en place pour réaliser les entretiens	24

Le bilan du dispositif	24
L'analyse des entretiens	25
1. La notion de l'urgence médicale chez les infirmières dans leur métier au quotidien	25
1.1 Définition, représentations et temporalité des urgences médicales	25
1.2 Le rôle de l'infirmière dans l'urgence médicale.....	25
1.3 Le vécu et l'impact d'une situation d'urgence médical.....	26
1.4 Les ressources lors d'une urgence médicale.....	27
2. La place du stress et des émotions lors d'une urgence médicale	27
Le stress	27
2.1 Définition et communication du stress	27
2.2 L'impact du stress et la gestion du stress	27
Les émotions.....	28
2.3 La temporalité des émotions.....	28
2.4 Les émotions positives et les émotions négatives.....	28
2.5 La gestion des émotions	28
2.6 Satisfaction quel que soit l'issue de la situation	29
Les adaptations et les mécanismes de défense mis en place par les infirmières	29
3. L'expérience et la confiance en soi des infirmières dans la gestion des émotions et dans l'urgence médicale.....	29
3.1 La notion de confiance en soi.....	29
3.2 Les moyens et les ressources pour contribuer à la confiance en soi des infirmières	30
3.3 Le mécanisme entre la confiance en soi et la gestion des émotions	30
3.4 L'expérience professionnelle en lien avec la confiance de l'infirmière et la gestion des émotions	30
La discussion	31
1. L'urgence et la posture soignante	31
1.1 L'urgence intra-hospitalière et les représentations de l'urgence	31
1.2 La posture soignante.....	32
2. Le stress et les émotions	32
2.1 Le stress.....	32
2.2 L'adrénaline	33
2.3 Les émotions et la gestion des émotions	33
2.4 Les mécanismes de défenses et les styles émotionnels.....	34
3. Ressources et moyens utiliser pour améliorer le prendre soin en situation d'urgence.....	34
4. La confiance en soi de l'infirmière	35
5. L'expérience IDE	36

Conclusion	37
Bibliographie	39
Annexes	42

Citation :

« **L'urgence de la situation dicte l'urgence de l'action** » *Badis Khenissa, chef d'entreprise, consultant, politique, président Think-tank, France.*

Introduction

Lors de mes études d'infirmières, je dois réaliser dans le cadre de la validation des UE 3.4 et 5.6, la rédaction d'un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers (MIRSI) afin d'obtenir mon diplôme d'État infirmier. Ce mémoire porte sur le thème de la gestion des émotions et la confiance en soi de l'infirmière en situation d'urgence médicale.

Depuis le début de ma formation, j'ai une réelle appétence pour les services de l'urgence notamment les soins d'urgence, j'y ai donc consacré ce mémoire. Pour moi, il était important de comprendre le rôle des émotions et de la confiance en soi de l'infirmière dans la prise en soin d'une urgence médicale.

En tant que future professionnelle diplômée en soins infirmiers, je serais amené à rencontrer et à vivre au moins une fois dans ma carrière professionnelle une situation d'urgence médicale engageant le pronostic vital du patient. Ces situations me confronteront à mes émotions, à questionner ma pratique, mon positionnement mais également à développer ma confiance en moi.

Tout d'abord, ce mémoire commencera par une description détaillée de mes situations d'appels qui ont eu lieu lors de mes stages, en effet j'ai eu l'occasion de rencontrer des urgences médicales et je m'y suis donc appuyé pour cette première partie. Puis, une question de départ a émergé à la suite de mes nombreux questionnements. Cette question de départ reprend trois notions essentielles : l'urgence médicale, les émotions et la confiance en soi de l'infirmière.

Une seconde partie, sur la conception du cadre théorique. Grâce à de nombreuses recherches, aux propos des auteurs, j'ai apporté des éléments à mon cadre théorique qui comprend les trois notions essentielles de ma question de départ. Ses recherches ont été très enrichissantes et cela m'a permis d'apporter des données à ma question de départ.

Puis, une troisième partie, sur la méthodologie de l'enquête. J'ai réalisé deux entretiens semi-directifs avec des infirmières expérimentées afin d'obtenir les points de vue de professionnel sur le terrain. Ces données ont été analysées dans la quatrième partie de mon mémoire.

Pour finir, une cinquième partie qui comporte la discussion, c'est un regard croisé sur le cadre théorique et les propos des auteurs, sur les données explicitées par les infirmières et mon positionnement professionnel. Grâce à la discussion, une question de recherche a émergé.

L'émergence de la question de départ

1. Les situations d'appels

- Première situation d'appel :

Nous sommes en mai 2021 dans un service de rhumatologie. Ce service de rhumatologie accueille et prend en charge des patients en phase aiguë d'une affection rhumatismale ou porteurs d'une affection chronique invalidante nécessitant des soins spécifiques.

Nous sommes dans le couloir avec le chariot afin de préparer les médicaments pour un patient. Quand soudain, nous entendons une sonnette d'urgence dans l'autre secteur que nous appellerons « secteur 2 ». Je suis à la quatrième semaine de stage et jamais auparavant dans ce service une sonnette d'urgence avait sonné. L'infirmière me regarde et me dit que ce n'est pas normal, elle décide d'y aller au plus vite pour rejoindre la chambre où la sonnette sonne. Je la suis.

Une fois arrivé à la porte de la chambre, une dizaine de personnes étaient déjà présentes, internes, externes, infirmières, aides-soignants étaient présents autour du lit du patient qui lui était inconscient, mais respirait. L'interne ordonnait ses prescriptions à l'oral, tout allait très vite, une aide-soignante qui relève les jambes du patient, l'infirmière qui était avec moi commença à rechercher une veine pour poser un cathéter veineux. Toutes les mains des soignantes étaient occupées.

L'appareil à constantes est arrivé dans la chambre et l'infirmière de ce secteur ne réagissait pas, c'était une infirmière qui avait 2 ans de diplôme. Elle se trouvait au pied du patient face au lit et son regard était vide. L'infirmière de coupe, la regarda et décida de la remplacer pour prendre les constantes du monsieur. Moi, je me trouve à l'écart près de la porte, je ne sais pas comment agir et je me dis que me mettre de côté tout en étant disponible facilitera le travail des soignants. Je sens mon cœur palpitant et mon esprit s'accélérer. Ma respiration augmente également et une sensation de stress apparaît.

L'interne, lui, continue d'indiquer ses prescriptions « il faut un bilan sanguin complet avec num, coag, plaquettes, CRP. » Je regarde dans la pièce et je me rends compte que je suis la seule qui peut aller chercher les tubes, l'infirmière me regarde pour me confirmer que je peux y aller, je me mets donc à courir jusqu'au poste de soin avec le cœur palpitant en me disant que je dois faire vite, mais bien.

Je me retrouve devant tous les tubes de couleur et étant en première année d'école d'infirmière et étant seulement à la deuxième semaine de stage avec les infirmières, je doute sur la couleur des tubes, « Mince, je ne suis pas sûr de moi, pourtant, je les connais par cœur les examens et les tubes correspondants » je prends alors tous les tubes que j'ai choisis avec moi, mes mains sont moites, j'ai peur d'en avoir oublié un. Je rejoins donc la chambre du patient en me dépêchant.

Tout le monde me regarde, je tends les tubes à l'infirmière et je m'écarte afin de ne pas la gêner. Tout va vite, elle pique récupère le sang dans les tubes. Ouf, je n'en ai oublié aucun. L'interne ordonne de passer une hydratation, je pars chercher dans le poste de soin ce qu'il a demandé, je retourne et l'infirmière installe la poche. Les constantes du patient sont mauvaises, une hypertension à 16, une désaturation à 88 % avec une hypoventilation et une bradycardie.

L'interne demande alors de l'oxygène afin d'augmenter la saturation et de diminuer l'hypoventilation, l'infirmière du secteur 1 brancha l'oxygène et l'administra au patient.

Quelques minutes plus tard, la saturation en oxygène augmente, le patient revient à lui, son teint est pâle, il sait nous répondre des mots simples et ne nous indique aucune douleur, mais une sensation de malaise. L'interne demande à son externe d'aller chercher l'ECG (électrocardiogramme) et demande aux personnes présentes dans la pièce de sortir, car il y a trop de monde. L'infirmière du secteur ne se sentant pas bien part avec ses autres collègues et moi-même et l'infirmière de mon secteur restons pour assister à l'examen et prendre à nouveau les constantes.

L'externe réalise l'ECG et l'interne indique au patient qu'il va l'examiner et étant donné que Mr a repris connaissance et que les constantes sont meilleures, il indique parler de cet épisode à son chef et qu'une surveillance rapprochée est nécessaire. L'interne avec son externe sort de la chambre. L'infirmière et moi-même lui demandons comment il se sent ? Mr répond « fatiguer ». Nous fermons alors les volets roulants afin d'avoir moins de lumière dans la chambre et nous lui indiquons que nous reviendrons le voir d'ici peu.

- Deuxième situation d'appel :

Nous sommes en octobre 2022 dans un service de réanimation médicale. Service où les situations d'urgence sont présente au quotidien.

Nous sommes sur l'îlot central avec mon infirmière référente de la journée, nous regardons ma planification de soins. Lorsque, un appel téléphonique retentit, un chef de la réanimation nous explique que l'on va recevoir une entrée critique du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). L'infirmière avec qui je suis, me regarde et me dit : « Eva, tu la prends ? », surprise, je dis « oh oui, carrément ». Je me sens chanceuse de prendre cette entrée mais un mélange d'angoisse, de stress et d'excitation apparaît rapidement. Dans ma tête, tout un tas de question « Vais-je réussir à prendre en charge cette entrée ? Qu'est-ce que ça peut être ? Je n'ai pas d'explications sur le motif d'hospitalisation ! » Je commence à me faire un tas de scénarios, et je finis par me dire « Bon Eva, souffle ça va aller, tu es capable, tu aimes la réanimation et l'infirmière ne va pas te laisser toute seule ».

Soudainement, un deuxième coup de téléphone retentit, c'est le chef. Je sens une pression intérieure, je suis déjà dans les starting-blocks. Le chef nous dit : « C'est une entrée du SMUR, un patient ayant fait un arrêt cardio-respiratoire avec pneumopathie d'inhalation dans un contexte de fausses routes, il arrive par l'hélico du CHU, intubation difficile, vomissements, il arrive dans 30-45 minutes ». Je regarde l'infirmière et lui dis : « Bon, je vais vérifier la chambre, le matériel et préparé le plateau d'intubation ainsi que le matériel de pose de cathéter veineux central et cathéter artériel ». L'infirmière me dit d'accord, d'un ton calme et posé. C'est une infirmière habituée du service et de la réanimation puisque cela fait 20 ans qu'elle exerce dans cette réanimation. Son calme et sa détente me surprend, moi je bouillonne de l'intérieur et je suis déjà très concentré.

L'entrée arrive, un homme d'une cinquantaine d'années arrive avec l'équipe du SMUR. Il y a énormément de monde autour du patient entre l'équipe du SMUR et notre équipe. Je me sens perdu, mais reprends rapidement mes esprits. L'ambiance est tendue, tout le monde parle et indique ce qu'il fait, moi, je reste concentré. J'aide l'équipe du SMUR à transférer le patient sur le lit de réanimation et branche le scope. Le médecin du SMUR nous transmet à voix haute dans la chambre, les événements ayant eu lieu avant son arrivée et le médecin réanimateur écoute tout en réglant les paramètres du respirateur afin que je puisse connecter la sonde d'intubation au respirateur et permettre la ventilation du patient. Je me sens à ma place, je suis hésitante dans mes gestes, mais je réfléchis énormément afin de ne pas faire n'importe quoi.

Une fois, le patient installé. L'équipe du SMUR part et l'infirmière avec qui je suis demande à notre équipe de sortir de la chambre afin d'y voir plus claire. Le patient désature, une tension à 107/89, bradycardie, glycémie à 11,6 mmol/l, il semble inconfortable et pas assez sédaté. Le réanimateur nous prescrit tout un tas de traitements, un remplissage et un premier bilan. Quand, tout à coup le scope indique asystolie. L'infirmière et moi-même s'approchons du patient et nous ne percevons aucun pouls. Je crie alors charriot d'urgence, les collègues arrivent dans la chambre. Tout se passe très vite, je ne m'écarte pas, je suis concentré et je dis fort « Je veux masser ». Le réanimateur dit : « Ok, Eva au massage, deux personnes pour tourner. Qui aux drogues ? Qui à la ventilation ? ». L'infirmière référente se met aux drogues et un infirmier à la ventilation.

Je commence alors le massage cardiaque, je ne réfléchis plus, je suis comme déconnecter, je suis seulement concentré sur mon rythme de massage, les insufflations, et la voix du réanimateur. L'infirmière injecte les drogues, on tourne régulièrement aux massages cardiaques afin de rester efficaces, je ne sens pas la fatigue. Quelques minutes passent, le patient a un pouls. Sa tension et sa saturation augmentent. Il est sorti d'affaire. Je souffle de soulagement. Le réanimateur nous indique d'autres prescriptions, nous les mettons en œuvre dans la rapidité. L'infirmière m'épaule et m'aide afin d'aller plus vite. Je suis soulagé qu'elle soit là.

L'état clinique du patient s'améliore, l'interne décide alors de poser un KTC (cathéter veineux central) et KTA (cathéter artériel) afin de pouvoir passer les catécholamines plus simplement. J'assiste l'interne en lui ouvrant le matériel stérilement et en montant les lignes du KTC 3 voies. Je suis à l'aise puisque c'est un soin que j'ai déjà réalisé. Je fais de même pour la pose de KTA.

Une fois les cathéters posés, j'installe les pousse-seringues des thérapeutiques actuelles. L'infirmière me dit que nous pouvons sortir de la chambre car le patient va mieux, il est surveillé avec le scope et qu'il ne faut pas que j'oublie mes autres patients.

Je sors alors de la chambre, je me sens épuisée physiquement et fatigué mentalement. J'ai un sentiment de fierté. L'infirmière me félicite et me dit que j'ai géré et qu'il ne faut pas que je m'inquiète.

2. Les questionnements

Face à ces deux situations, j'ai soulevé des questionnements en lien avec la gestion des émotions des soignants lors d'une urgence médicale.

Dans la première situation, je me suis questionné sur la communication, comment réussir à gérer la situation, les prescriptions orales de l'interne ? Est-il important lors de situation comme celle-ci d'avoir un médecin qui parle de manière calme en donnant des directives précises ?

Je me suis ensuite questionné sur la posture des soignants et leurs émotions, comment garder son sang-froid et être lucide afin de ne pas retarder la prise en soin ?

Qu'est-ce qui fait que l'on peut perdre en main la situation ? Comment la confiance en soi peut interférer en bien ou en mal avec la situation. Puis, sur le thème des connaissances et de la formation, je me suis demandé pourquoi dans ces situations, des doutes peuvent se présenter sur des éléments que l'on connaît par cœur ?

Avoir son attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) permet-il d'être plus serein avant la survenue d'un événement comme celui-ci ? De plus, je me suis interrogé sur l'expérience professionnelle, être infirmière jeune diplômée ou infirmière expérimentée influence-t-elle la situation

d'urgence médicale ? Être dans un service non catégorisé d'urgence, influence-t-il le stress ? Enfin, j'ai voulu également me questionner sur les principaux concepts qui ressortent de ma situation comme qu'est-ce que le stress ? Qu'est-ce qu'une urgence ? Qu'est-ce qu'une émotion ? Quelles sont-elles ? Quelles émotions peuvent susciter une situation d'urgence médicale ?

Dans la deuxième situation, je me suis demandé si certaines émotions peuvent-elles être bénéfique dans certaines situations d'urgence et dans la réussite ? Certains professionnels sont-ils plus aptes à gérer les émotions que d'autres ? Être dans un service avec des professionnels expérimentés, favorise-t-il l'entraide et l'aide lors d'une situation d'urgence ? Comment la confiance en soi peut interférer en bien ou en mal avec la situation ? Quel mécanisme de défense j'ai mis en place pour gérer mes émotions et mon stress ? La passion et l'envie de travailler dans un service de réanimation, favorisent-elles la gestion des émotions ?

3. La question de départ

Face à toutes ces interrogations issues de mes situations d'appels, j'ai pu rédiger la question de départ suivante :

En quoi, les émotions peuvent-elles influencer la confiance en soi de l'infirmière dans la prise en soins d'un patient en situation d'urgence médicale ?

Le cadre théorique

Afin d'essayer d'apporter des notions théoriques à ma question de départ, j'ai mis en œuvre un plan avec différentes notions. Nous retrouvons l'urgence médicale, les émotions et la confiance en soi.

1. L'urgence médicale

1.1 Définition

D'après le dictionnaire Larousse (s.d.), l'urgence est un « caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard », « nécessité d'agir vite », ou encore une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. ».

Selon Ooreka (s.d.), l'urgence médicale est définie « par la mise en jeu du pronostic vital d'un patient dans un délai de douze heures ».

De plus, l'INSERM (2021), la définit comme « une situation requérant une intervention médicale immédiate afin de secourir une personne dont le pronostic vital ou fonctionnel est susceptible d'être engagé. »

1.2 L'urgence vitale intra-hospitalière

1.2.1. Définition

Selon la Haute autorité de santé (2022), l'urgence vitale intra-hospitalière est une « situation où la vie du patient est en danger imminent et où risque de décéder faute de soins rapides et adaptés ».

L'intra-hospitalier lui est défini comme « qui intervient ou survient à l'intérieur d'un hôpital ». (la langue française, s.d.).

1.2.2. Les recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation

La société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) a écrit en 2004 des recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières en collaboration avec le Samu de France, la société française de cardiologie, la société francophone de médecine d'urgence et la société de réanimation de langue française.

D'après les recommandations, « l'alerte s'applique aux urgences vitales immédiates et en priorité à l'arrêt cardio-respiratoire survenant dans l'enceinte de l'établissement, chez un patient, un visiteur ou un membre du personnel hospitalier » (société française d'anesthésie et de réanimation, 2004, p. 4).

« La prise en charge des urgences vitales intra hospitalières en dehors des AC (arrêt cardiaque) fait l'objet d'une procédure institutionnelle qui tient compte des spécificités de chaque établissement. » (SFAR, 2004, p. 7).

Les recommandations pour la prise en charge d'un arrêt cardiaque en intra hospitalier indiquent que l'organisation se fait grâce à l'équipe CSIH (chaîne de survie intra-hospitalière) qui est spéciale. Elle dispose d'un médecin senior, d'un réanimateur médical, d'urgentistes et d'infirmiers qui travaillent en étroite collaboration. Une seule équipe est nécessaire pour un centre hospitalier. (SFAR, 2004, p. 5).

Ces intervenants sont formés aux gestes de premiers secours, notamment à la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) avec le massage cardiaque externe, la ventilation, l'intubation, l'utilisation du défibrillateur. L'équipe doit pouvoir agir 24h/24. Les membres doivent pouvoir se libérer rapidement. (SFAR, 2004, pp.5-6).

En ce qui concerne l'évaluation de la chaîne de survie intra hospitalière, c'est le comité institutionnel interdisciplinaire de suivi qui va évaluer l'efficacité des mesures mise en place dans la chaîne de survie intra-hospitalière. Ce comité établit les moyens nécessaires en les adaptant aux différents lieux d'exercice. Il va s'assurer de la formation des professionnels de santé dans les centres d'enseignement des soins d'urgence. Il va gérer et uniformiser le matériel nécessaire aux urgences vitales dans les services et suivre les équipements et leurs maintenances. (SFAR, 2004, p. 10).

1.2.3. Les recommandations de la Haute autorité de santé

En effet, les établissements de santé français ont pour obligation de fournir une chaîne de survie en cas d'urgence médicale en intra-hospitalier.

La haute autorité de santé a rédigé un document officiel selon un référentiel de certification sur l'évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement. Les enjeux nationaux sont que l'ensemble des professionnels de santé soient formé à la prise en soin d'une urgence mais également d'éviter l'élaboration d'effets indésirables graves en situation d'urgence. (Haute autorité de santé (HAS), 2022, p.1)

Ce document reprend plusieurs points comme la procédure d'alerte, la formation des professionnels de santé, la coordination des professionnels en situation d'urgence, l'analyse du dispositif de prise en charge de l'urgence vitale avec les effets indésirables graves. (HAS, 2022, pp.2-3).

Les établissements ont donc pour obligation de mettre en œuvre les quatre points essentiels dans leur établissement afin de garantir une bonne prise en charge de l'urgence.

1.2.4. La formation des professionnels de santé et des étudiants lors de l'urgence

La formation des professionnels de santé est un des principaux maillons de la chaîne de survie lorsqu'une urgence médicale se présente.

En effet, la haute autorité de santé dans son document officiel sur l'évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement destiné aux établissements de santé indique « Vous interrogerez les professionnels sur leur participation à une formation spécifique et adaptée à la prise en charge de l'urgence vitale ». Mais également « Vous les questionnez également sur la tenue d'exercice de simulation et de mise en situation afin de leur permettre de s'initier directement sur le terrain » (HAS, 2022, p. 3).

Les établissements de santé doivent questionner leurs personnels afin de savoir s'ils ont déjà eu des formations sur les situations d'urgence et organiser des journées de simulation afin de maintenir les compétences et connaissances des professionnels.

Les recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation concernant la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières indique que les kinésithérapeutes ainsi que les manipulateurs d'électroradiologie médicale bénéficient dans leurs programmes de formation de l'enseignement des gestes élémentaires de survie. Pour les infirmières et les puéricultrices, elle est

également organisée avec l'utilisation de matériels. Il est primordial que la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire soit une priorité dans la formation. Les vérifications ainsi que la manipulation d'un chariot d'urgence doivent être intégrées dans cette formation. « Les infirmiers et les manipulateurs d'électroradiologie médicale sont habilités à utiliser le défibrillateur semi-automatique (DSA) après une formation spécifique. » (SFAR, 2004, p. 9). Dans leur rôle propre, les infirmières peuvent utiliser le DSA selon le décret de compétences professionnelles car l'utilisation de celui-ci est intégrée à la formation infirmière. (SFAR, 2004, p. 9)

Selon Jérôme Chevillotte et Pascal Cassan (2006) « Face à une urgence mettant en jeu le pronostic vital, les premières minutes sont cruciales. L'infirmier est le premier maillon de la chaîne de survie. C'est à ce professionnel de santé que revient le rôle de l'alerte et de la mise en œuvre des gestes élémentaires de survie » (p. 24).

Ils expliquent que l'infirmier diplômé d'état obtient par équivalence la formation aux premiers secours donc il n'a pas à la passer. (Jérôme Chevillotte et Pascal Cassan, 2006, p. 24). « Cette équivalence de diplôme lui permet d'accéder à des formations complémentaires en premiers secours, mais implique que l'on attende de lui une réponse rapide et adaptée dans le cadre de la prise en charge des urgences vitales. » (p. 24).

En ce qui concerne les étudiants infirmiers, la majorité des instituts de soins infirmiers délivre la formation aux premiers secours. Certains instituts de formation indiquent enseigner un module optionnel sur le thème de l'urgence avec une pratique gestuelle. C'est, pour la plupart des instituts en soin infirmier, des intervenants extérieurs qui réalisent la formation auprès des étudiants en soins infirmiers. (Jérôme Chevillotte et Pascal Cassan, 2006, p. 25).

« Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles » (Jérôme Chevillotte et Pascal Cassan, 2006, p. 26).

1.3 Le travail d'équipe

Lorsqu'une situation d'urgence médicale apparaît, il est impossible de travailler seule, en effet l'infirmière a besoin de l'aide-soignante, du médecin, d'un interne afin de prendre en soin le patient dans sa globalité. C'est alors que la notion de travail d'équipe prend tout son sens.

« La nature des équipes est variée et complexe. En santé, l'équipe la plus efficace du point de vue du patient est multidisciplinaire, mais les équipes peuvent être issues d'un seul et même groupe professionnel. Les membres d'une équipe peuvent travailler en étroite collaboration sur un même lieu de travail ou être dispersés géographiquement. Certaines équipes comptent un nombre fixe de membres tandis que la composition d'autres équipes peut changer fréquemment. (...) Dans le secteur de la santé, les environnements de prise en charge des patients peuvent être divers et variés : –à domicile, dans des centres de soins, de petits hôpitaux ou de grands centres hospitaliers universitaires. Dans chacun de ces lieux, la capacité des membres de l'équipe à communiquer les uns avec les autres et avec le patient déterminera l'efficacité des soins et du traitement. Les sentiments qu'ils nourrissent à l'égard de leur travail joueront également un rôle en la matière. » (HAS, guide pédagogique de l'OMS, s.d., p. 134).

Salas lui définit l'équipe comme « un ensemble identifiable de deux personnes ou plus qui interagissent de manière dynamique, interdépendant et adaptée vers un but/un objectif/une mission commun (e) et valorisé (e), qui se sont chacune vu affecter des rôles et fonctions spécifiques et dont la durée du mandat au sein de l'équipe est limitée ». (HAS, guide pédagogique de l'OMS, s.d., p. 134).

En effet, dans les services, le mot « binôme » revient souvent car les infirmières et les aides-soignantes sont habituées à travailler ensemble dans n'importe quels services.

Selon le dictionnaire Larousse (s.d.), un binôme est un « ensemble constitué de deux éléments, de deux personnes considérées en bloc » ou encore de « camarades de travail ».

Dans le service des urgences, les compétences, l'expérience et la vision de chaque soignant dans le binôme apportent une plus-value dans les soins. D'après moi, les propos d'Émilie Blanck sont juste, mais j'ajouterais que ce n'est pas seulement dans le service des urgences mais dans tous les services. De plus, elle indique qu'il faut qu'il existe une bonne communication, un bon dynamisme entre l'infirmier et l'aide-soignant et que chacun reste dans leur champ de compétence afin que le binôme soit une réelle force dans la prise en charge complète du patient. (Émilie Blanck, 2018, p. 30).

Pour conclure, le travail d'équipe est indispensable lors d'une urgence médicale. Il faut que l'équipe ait une communication efficace, une bonne cohésion, un respect mutuel, un leadership pour prendre en soin correctement le patient et une bonne coordination des soins dans l'urgence.

1.4 Le rôle infirmier dans la prise en soin d'une urgence médicale

« L'état d'urgence se définit par rapport à l'état de santé du patient. Si le patient est dans un état de détresse nécessitant l'intervention rapide d'un professionnel de santé, sans laquelle son pronostic vital pourrait être engagé, l'IDE se doit d'intervenir et de prodiguer les soins nécessaires ». (infirmiers, 2011)

Au regard de l'article R4311-14 du code de santé publique : « L'infirmier diplômé d'état est compétent pour détecter une situation relevant de l'urgence ; s'il existe un protocole de soins d'urgence (écrit, daté, signé par le médecin responsable) il se doit de l'appliquer, s'il n'existe pas de protocole, il est compétent pour prodiguer les premiers soins en attendant qu'un médecin puisse intervenir. Si l'infirmier diplômé d'état n'est pas dans un établissement de santé, il doit contacter les urgences afin que le patient soit transféré dans une structure de soins adaptée à ses besoins. » (infirmiers, 2011)

1.4.1. Rôle propre de l'infirmier en situation d'urgence médicale

L'article R4311-3 du code de la santé publique indique « relève du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. » (2008)

« Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

D'après l'article R4311-5 du code de la santé publique, l'infirmière peut dans le cas de son rôle propre accomplir « Aspirations des sécrétions de la personne qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ; ventilation manuelle instrumentale par masque ; utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ; surveillance des fonctions vitales et maintien de

ces fonctions par des moyens non-invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ; recueil des données biologiques obtenues par des techniques de lecture instantanée ». (2008)

Depuis 1998, les infirmiers peuvent après l'obtention de leur formation initiale ou continue utiliser un défibrillateur semi-automatique, ainsi cela fait partie de leur rôle propre depuis 2002. (Jérôme Chevillotte et Pascal Cassan, 2006).

Les infirmiers (ères) ont pour obligation de porter secours aux personnes en danger ou en détresse. Leurs responsabilités pénales peuvent être engagées du fait de ne pas intervenir auprès d'une personne qui nécessite des soins d'urgence.

1.4.2. Rôle prescrit de l'infirmier en situation d'urgence médicale

L'article R.4311-7 précise en effet que « l'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin ». (2022)

« L'infirmier ne peut agir que sur la base d'une prescription médicale préalablement écrite, exception faite des actes relevant de son rôle propre. Ce n'est qu'après-avoir reconnu qu'une situation relève de l'urgence, que l'infirmier pourra se passer d'une prescription écrite au profit d'une prescription orale. ». (Delphine Roussel, 2018)

L'urgence médicale peut susciter des émotions de la part des professionnels de santé, je vais donc m'intéresser à ce qu'est une émotion, les différents types d'émotions et les stratégies d'adaptation que l'infirmière peut mettre en place pour y faire face.

2. Les émotions

2.1 Définition

Selon le Dictionnaire le Robert (s.d.), une émotion est décrite comme « un état affectif intense, caractérisé par des troubles divers (pâleur, accélération du pouls, etc.) ». Ou encore par « un état affectif, plaisir ou douleur, nettement prononcé ».

De plus, le dictionnaire Larousse (s.d.), la définit comme « un trouble subit, une agitation passagère causée par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc. » Ou « une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement ».

Il existe plusieurs émotions dont nous pouvons faire face, Paul Ekman est le premier psychologue américain à établir une théorie sur les émotions universelles. D'après ses études chaque émotion primaire est associée à une expression faciale commune à tous. Il a alors défini six émotions primaires qui sont la peur, la colère, la joie, la surprise, la tristesse et le dégoût.

2.2 Les types d'émotions et leurs mécanismes sur le corps humain

Selon Antonio Damasio (s.d.), médecin en neurosciences, il existe trois types d'émotions : les émotions primaires, les émotions d'arrière-plan et les émotions sociales. Les émotions de base d'un individu sont les émotions primaires. Elles sont au nombre de six quel que soit la culture de la personne, elles sont universelles et intemporelles : joie, colère, peur, tristesse, dégoût et la surprise. « Les émotions d'arrière-plan sont moins visibles et sont issues de notre état intérieur ». Enfin les émotions sociales sont la sympathie, l'embarras, la honte, l'orgueil, la culpabilité, la gratitude, l'envie, l'admiration, le mépris et l'indignation. Il existe des émotions à connotations positives comme la joie, et des émotions à connotations négatives comme la peur, la tristesse et la colère, celles-ci ont pour objectif de nous faire réagir, elles sont donc charitables. (la fabrique de la danse, s.d.).

D'après innovation managériale by Francis Boyer (s.d.), « Face à une situation contraignante ou menaçante, le processus d'adaptation naturel et instinctif consiste à adopter une de ces 3 positions : le combat, la fuite, ou la soumission. Bien évidemment, aucune de ces réactions n'est positive pour soi. »

La théorie du « cerveau tri unique » découverte par Paul Mc Lean, médecin et neurobiologiste, en 1970 facilite la compréhension que chaque personne possède trois cerveaux : le reptilien qui est le fondement de la survie et de l'action ; le limbique qui est le fondement de l'émotion et de la relation ; le néocortex qui est le fondement de la réflexion et responsable de l'adaptation. (innovation managériale by Francis Boyer, s.d.)

En général, l'émotion se produit d'abord influençant notre pensée et le conditionnement de notre réponse physiologique. Lorsqu'une menace ou une contrainte apparaît, plusieurs sentiments ou sensations prennent place comme de la culpabilité, de l'angoisse, cela va alors déclencher certaines pensées et par la suite certaines réactions. Pour éviter de passer par ce processus pendant trop longtemps, il suffit de changer la commande dès que vous en prenez connaissance car si nous savons en général pourquoi nous ressentons certaines émotions négatives, personne ne nous a appris à agir pour ne plus être pris au piège. Diminuer une émotion négative s'apprend, il faut actionner le raisonnement. Pour être à l'aise avec ses émotions négatives, il suffit de se connaître et de comprendre ce qui les a provoqués, ce qui déclenche la peur est la perception de la menace qui est en train d'apparaître, ce qui déclenche la colère est la limite d'une personne et ce qui déclenche la tristesse, c'est le sentiment ou l'impression d'avoir perdu quelqu'un ou quelque chose. Les émotions négatives portent toutes un message positif ce qui peut être

contradictoire avec les représentations. En effet, la colère a pour objectif une excuse ou une justification ; la peur permet de se rassurer et la tristesse de rebondir. (innovations managériale, s.d.)

2.3 Les profils émotionnels

Selon l'ouvrage, les profils émotionnels du professeur Richard Davidson avec Sharon Begley (2019), « Le style émotionnel comporte six dimensions. Et, il ne s'agit là ni des aspects ordinaires de la personnalité ni de simples traits émotionnels ou humeurs, et encore moins de critères permettant de diagnostiquer des pathologies mentales. Ces six dimensions ont été établies grâce à la recherche actuelle en neurosciences. Les voici : la résilience : la vitesse à laquelle vous surmontez les difficultés ; la perspective : la persistance de vos émotions positives ; l'intuition sociale : la capacité à repérer les signaux sociaux envoyés par votre entourage ; la conscience de soi : la faculté de percevoir les sensations corporelles qui reflètent les émotions ; la sensibilité au contexte : l'art d'adapter vos réactions émotionnelles au contexte ; l'attention : la capacité de se concentrer avec clarté et précision. Ce ne sont probablement pas les six dimensions qui vous viendraient à l'esprit si vous tentiez de cerner vos émotions ou de déterminer en elles diffèrent de celles d'autrui. »

Toute personnalité ou tout tempérament peut être décrit comme une combinaison spécifique des six dimensions du style émotionnel. Prenons l'exemple des « cinq grands » traits de personnalité : quelqu'un qui est très ouvert aux nouvelles expériences a une forte intuition sociale. Elle est également très consciente de soi, a tendance à être très concentré ; une personne ayant de fortes capacités de contrôle a une intuition sociale développée, une attention concentrée et une vie sensible à l'environnement ; un extraverti réagit rapidement à l'adversité et récupère donc rapidement dans la résilience, il maintient une attitude positive ; une personne gentille a une très grande sensibilité à l'environnement et une forte résilience, elle a également tendance à maintenir une attitude positive ; une personne négative et émotionnellement instable se remet lentement de l'adversité, a une attitude sombre et négative, est relativement insensible aux circonstances et a une faible concentration. (Richard Davidson, 2019)

Les combinaisons des styles émotionnels qui forment chacun des traits de personnalité sont généralement confirmés mais il y a toujours des exceptions.

2.4 Le travail émotionnel des soignants

Lors de leur journée de travail, les soignants interagissent avec de nombreuses personnes : patients, familles des patients, professionnel de santé. Ces discussions peuvent amener les soignants à éprouver des émotions plaisantes ou déplaisantes.

« En particulier aux urgences, l'infirmier d'accueil devient le réceptacle des émotions des patients, tout en devant rester agréable, empathique et bienveillant » (Hochschild, 2003). (Hélène Monier, 2016, p. 3)

« L'émotion du professionnel doit être exprimée et partagée, le plus souvent « en coulisses » (Goffman, 1973), par le biais de la discussion, des échanges entre collègues. ». « Si l'émotion n'est pas exprimée et partagée, la santé du soignant, à terme, peut se dégrader » (Gross & Munoz, 1995). (Hélène Monier, 2016, p. 3)

Pour les professionnels des urgences, le grand public qu'ils rencontrent peut-être irritable, anxieux, affolé, menaçant et attristé ce qui apporte un travail émotionnel important pour eux. Les émotions vécues dans le cadre du travail affectent l'ensemble du groupe. L'impact des émotions au sein d'un groupe est important car il influence la performance collective au travail. On parle de contagion émotionnelle. (Van Hoorebeke, 2006). (Hélène Monier, 2016, p. 4)

Les soignants utilisent diverses mesures pour se protéger d'une grande proximité avec leurs patients et pour contrôler ainsi leurs émotions.

2.5 Le stress

Pour commencer, je rappelle que le stress n'est pas une émotion, c'est une réaction de l'organisme face à un événement. Il a été défini par le docteur Hans Selye, endocrinologue à l'institut de médecine et de chirurgie à Montréal, au vingtième siècle. (Dora Laty, 2021) Pour le docteur Hans Selye, le stress se définit comme « une agression de l'organisme par un agent physique, psychique, émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation ». (Dora Laty, 2021)

Le stress comme l'explique le docteur Alexandre Hubert, peut se définir par « un sentiment d'impuissance et d'incapacité de l'individu à surmonter la situation redoutée ». (Dora Laty, 2021)

« L'état d'alerte du sujet déclenche une cascade hormonale avec la libération d'adrénaline et de cortisol qui mobilise l'énergie du sujet. Des manifestations physiques sont alors éprouvées : mains moites, tremblements, augmentation du rythme cardiaque ». (Dora Laty, 2021)

Il existe deux grands types de stress, le stress aigu de courte durée, que l'on appelle le bon stress, et il y a le stress chronique et de longue durée que l'on appelle le mauvais stress car il est affaiblissant. Dans le cas du stress chronique, l'individu a des ruminations mentales et de l'anxiété chronique, en effet il s'enferme dans une phase d'épuisement après la phase d'alarme et de résistance. L'individu est alors à risque de développer des troubles du sommeil, une perte ou une augmentation de l'appétit, une dépression, un burn-out. (Dora Laty, 2021)

2.6 Les stratégies d'adaptations face aux émotions

2.6.1. Les mécanismes de défense

D'après l'article les mécanismes de défense de Henri Chabrol (2005) dans recherche en soins infirmiers (p. 31-42), « les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement. » Le processus de coping « mot traduit en français par stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise, sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe. »

Un mécanisme de défense est une opération psychique qui vise à réduire ou à supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constante de l'individu. (support de cours)

Selon le Docteur Alain Toledano, « 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 ; car identifier ses défenses, c'est aussi se révéler plus apte à reconnaître celles du patient » écrivait Martine Ruszniewski dans son ouvrage de référence *Face à la maladie grave*, qui a inspiré grandement cette communication. » (s.d.)

D'après l'institut Rafael, « Étudier les mécanismes de défense des soignants, sert à mettre des mots sur des comportements instinctifs ou inconscients, aider le soignant à reconnaître ses propres défenses, réduire les tensions et l'angoisse (exacerbées pendant les crises) ... Ces mécanismes sont multiples et complexes et servent à se prémunir de sa propre souffrance et de celle de l'autre, autant qu'à apprécier sa subjectivité pour connaître ses limites et ses désirs, qui dépendent de notre histoire personnelle, notre contexte social ou culturel, notre personnalité en somme. » (s.d.)

Il existe plusieurs mécanismes de défense des soignants :

Le mensonge : il s'agit de créer de fausses infirmations pour étouffer la vérité. Le professionnel rejette son angoisse. « Pour exemple, dire qu'il s'agit d'un polype à la place d'un cancer. » (Institut Rafael, s.d.). **La banalisation** : « le soignant se focalise sur une seule partie du sujet en souffrance ; ce qui ressemble à traiter la maladie avant de traiter le malade. » (Institut Rafael, s.d.). **L'esquive** : Pour le soignant il s'agit du refus de la confrontation, il n'assume pas sa propre angoisse. On parle de fuite. (Institut Rafael, s.d.). **La fausse réassurance** : Le soignant entretient un espoir pour le patient car il détient une vérité médicale que le patient ne sait pas encore. (Institut Rafael, s.d.). **La rationalisation** : « Pour la patiente : il n'y a pas un mot auquel se raccrocher, peu de données explicites, le discours est hermétique et peu compréhensible pour le non-initié. Cela engendre l'accroissement du caractère occulte, énigmatique donc menaçant, de la maladie. Le soignant se retranche derrière son savoir, serait-ce l'évitement du dialogue ? » (Institut Rafael, s.d.). **L'évitement** : « Le soignant voit le patient comme un objet de soin nie sa présence physique et psychique, le patient est réduit à l'état de dossier. » (Institut Rafael, s.d.). **La dérision** : « Cela consiste à s'abstraire à une véritable relation, ne pas reconnaître une souffrance banalisée. » (Institut Rafael, s.d.). **La fuite en avant** : « Lorsque la menace est si proche, que le soignant ne peut se réfugier dans ses autres mécanismes de défense, ni le mensonge (radicalement opposé), ni la fausse-réassurance (qui permettrait un décalage salutaire temporaire), ni l'esquive (qui conservait une voie d'accès au dialogue), ni la rationalisation (qui autorise encore temporisation par un langage hermétique). Avec tous ces mécanismes, les soignants sont encore persuadés d'être dans la maîtrise, de s'être ménagé un semblant d'issue. S'alléger d'un savoir accablant se décharger de son angoisse reste difficile. Parfois, la spontanéité, les réponses concises et lapidaires sont une façon de se protéger. Le patient n'aspire qu'au partage de la souffrance, tandis que le soignant assure la rupture définitive. » (Institut Rafael, s.d.). **L'identification projective** : « Le soignant se substitue au malade, il croit seul savoir ce qui est bien pour lui, il se met à la place du patient, sans n'y être jamais ! L'investissement affectif et émotionnel du soignant, qui est à l'écoute de lui-même, est exacerbé. » (Institut Rafael, s.d.).

2.6.2. L'intelligence émotionnelle

Selon C. Le Bihan, formatrice à l'IFSI du CHU de Rennes, l'intelligence émotionnelle est la « capacité à reconnaître et à maîtriser les émotions en soi et chez les autres. » (support de cours)

L'intelligence émotionnelle désigne « l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres » (Mayer & Salovey, 1997). (Margot Phaneuf, 2016). L'intelligence émotionnelle est essentielle dans la relation soignante car elle humanise les soins infirmiers, elle permet de repérer nos émotions et celle d'autrui ainsi que de les formuler convenablement et d'aider les autres à énoncer leurs émotions, à les comprendre et à les gérer et de nous adapter à celle des autres. (Margot Phaneuf, 2016)

Les quatre aspects importants de l'intelligence émotionnelle impliqués dans le leadership, selon Daniel Goleman, sont : « **la conscience de soi** : vous comprenez vos propres forces et vos limites ; vous agissez avec compétence et savez quand vous appuyer sur quelqu'un d'autre de l'équipe. Vous comprenez vos émotions. Être conscient de ce qui vous met en colère, par exemple, peut aider à gérer cette colère. **L'autogestion** : la résilience, vous restez au calme sous la pression et récupérer rapidement à la suite des bouleversements. Vous ne ruminez pas ou ne paniquez pas. L'équilibre émotionnel, vous gardez tout sentiment de stress sous contrôle. La motivation, vous continuez à avancer vers des buts lointains malgré les revers. **L'empathie** : L'empathie cognitive et émotionnelle, parce que vous comprenez les perspectives des autres, vous pouvez exposer les choses de façon que les collègues comprennent. Et vous sollicitez les questions pour vous en assurer. L'empathie cognitive, ainsi que la lecture précise des sentiments d'une autre personne permet une communication efficace. Une bonne écoute, vous portez

attention aux autres et prenez le temps de comprendre ce qu'ils disent, sans parler pour eux ou détourner le sujet. **Les compétences relationnelles** : une communication convaincante, vous exposez vos points de façon persuasive et claire de sorte que les gens soient motivés et que les attentes soient claires. L'esprit d'équipe, les gens se sentent détendus en travaillant avec vous. » (Daniel Goleman, 2015).

Les émotions à connotations positives et à connotations négatives peuvent interférer sur la confiance en soi et sur l'estime de soi.

3. La confiance et l'estime de soi

3.1 Définition

La notion de confiance en soi est très rapprochée de la notion de l'estime de soi. En effet, l'estime de soi est basée sur notre regard sur nous-même et aussi sur la relation que nous avons avec les autres, à la différence la confiance en soi se nourrit de l'action, c'est-à-dire qu'elle est liée à notre capacité d'agir. (Sophia Benyahia, 2022). Ces deux notions sont présentes en chaque être humain, notamment chez les soignants.

« La confiance en soi, c'est croire en soi, en ses compétences, son potentiel et ses capacités. Elle nous permet d'aller de l'avant, de relever de nouveaux défis, de savoir que les échecs ne sont pas irrémédiables et que l'on peut réussir bien plus de choses que l'on ne croit. » (Psychologue.net, s.d.) Pendant que Roger Lannoy désigne la confiance en soi comme « un acte d'éveil accompagné d'une pratique quotidienne consistant à savoir qui vous êtes et qui vous n'êtes pas. » (s.d.)

Le dictionnaire Larousse de la psychologie définit l'estime de soi comme « l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine. » En psychologie, James est le premier à définir le concept. Il le décrit « comme la conscience de la valeur du moi. L'estime de soi désigne un jugement ou une évaluation intime de soi en lien avec ses propres valeurs qui s'explique par le rapport entre le soi réel et le soi idéal. L'estime de soi est l'essence de l'individu, c'est le rapport entre les réussites et les aspirations ainsi que les résultats et les échecs. Elle représente l'estime de soi de base et elle est considérée stable ». Cooley lui complète le concept de James, selon l'auteur l'estime de soi de l'individu est une construction sociale. Depuis la naissance, l'estime de soi se confectionne à travers les interactions humaines à partir des actions, des opinions. Elle est fluctuante et fonctionnelle. Les commentaires qu'une personne peut recevoir de la part d'autres personnes peut être accepté ou non. (Christina Doré, 2017)

3.2 Les mécanismes de la confiance et de l'estime de soi

Selon la psychothérapeute Isabelle Filliozat, quatre étapes sont indispensables au développement de la confiance en soi. « Elle s'acquiert grâce à une sécurité antérieure, une affirmation des besoins, une acquisition des compétences et une reconnaissance par les autres. ». « Le travail de confiance en soi est un travail d'introspection. Un individu qui se connaît et qui sait s'accepter aura une confiance en lui plus accrue qu'une personne qui passe son temps à se remettre en question. » « Chacun d'entre nous connaît un jour dans sa vie un manque de confiance en soi. Le manque de confiance en soi s'exprime au travers d'une multiplicité de sentiments : timidité, manque d'assurance. ». (Psychologie, s.d.)

Le manque de confiance en soi peut venir de problématiques d'attachement, d'un entourage toxique, de maltraitances physiques ou sexuelles, d'abandon, d'un état de stress post-traumatique, de troubles de la personnalité, de culpabilité intense. (Camille V, psychologue clinicienne, 2021)

Certaines personnes naissent avec confiance, d'autres non. De plus, personne n'interprète et ne synthétise ses erreurs et ses expériences de la même manière. Les personnes qui manquent de confiance en elles ont des comportements significatifs qui sont reconnaissables. Le jugement négatif et le découragement de leur propre personne entraîne des actions vouées à l'échec. Ils ont de grandes difficultés à réaliser des activités et exagèrent les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Plusieurs symptômes sont identifiables comme la peur, le rougissement, la pâleur. (Roger Lannoy, s.d.)

Selon Edith Haber, psychologue, « l'estime de soi correspond à l'appréciation que l'on se fait de soi. On peut parler d'une évaluation personnelle et de ses caractéristiques et des comportements par rapport à ses valeurs. » « Une bonne estime de soi repose sur la reconnaissance de ses qualités, de ses atouts, de ses goûts et ses opinions. Ce qui permet de se faire une idée plus complète et valorisante de qui nous sommes. ». Sans une bonne estime de soi, il est impossible d'avoir une pleine confiance en soi. C'est justement parce que l'être humain se considère comme un brave qu'il ose faire les choses. Je sais donc que j'ai du potentiel et des ressources, et je peux compter sur eux quand il faut agir. (Edith Haber, s.d.)

3.3 Attitudes soignantes en lien avec la confiance en soi

Pour assumer un rôle d'aidant et nouer une relation d'aide, le soignant doit avoir suffisamment confiance en ses propres capacités. (Alexandra Leduc-Champroy, 2015).

Selon Margot Phaneuf (2010), La confiance en soi permet aux futurs infirmiers de prendre des initiatives à leur niveau et de prendre leurs responsabilités avec conscience et détermination. Cela leur permet de démontrer qu'ils sont dignes de la confiance des autres et de prendre confiance dans leurs relations. La communication avec les patients et leur famille, les interrelations au sein des équipes et avec les autres intervenants du domaine de la santé exigent un certain niveau de confiance.

« La capacité d'affirmation de soi découle de l'estime que développe une personne pour elle-même et du degré de confiance en soi qu'elle parvient à se donner. Pour s'affirmer, elle a besoin d'assurance. C'est ce qui lui permet de faire connaître ses idées et de les soutenir. C'est aussi ce qui est essentiel à l'exercice de son leadership au sein de l'équipe. » (Margot Phaneuf, 2010)

D'après Taylor Mosa, « L'affirmation de soi et le leadership sont intimement liés au professionnalisme que doit manifester une infirmière. Il y a encore peu de temps, le leadership était vu comme une qualité de caractère surtout réservée aux gestionnaires, mais il fait maintenant partie du bagage psychologique que doit posséder toute infirmière. Cette manière d'être au sein de l'équipe n'est toutefois pas vue sous un angle autoritaire, mais plutôt sous le jour de l'intelligence émotionnelle où domine la compréhension de l'autre, la capacité de concertation et de conciliation. » (Margot Phaneuf, 2010)

L'enquête exploratrice de terrain

Les objectifs du guide d'entretien, le choix de l'outil et sa présentation

Pour réaliser les entretiens, j'ai élaboré un entretien semi-directif. L'entretien semi-directif est une technique d'entretien qui va permettre aux personnes interrogées de donner des réponses claires et précises sur plusieurs thèmes et objectifs définis préalablement par la personne qui pose les questions.

Les avantages de cette technique d'entretien sont le fait que les réponses seront d'une grande richesse, la précision sera grande, et cela va permettre d'approfondir et d'exploiter certains points. Il y a une plus grande liberté d'expression des individus interrogés sur son ressenti et ses habitudes face à tel ou tel sujet.

Le guide d'entretien (annexe II) est constitué de mes questions principales qui sont reconnaissables en gras et de mes questions de relance en italique. Cette typographie m'a permis de me repérer plus facilement lors de la réalisation de l'entretien avec le professionnel de santé.

La population interviewée

J'ai décidé dans le cadre de mon thème de réaliser deux entretiens avec des infirmiers diplômés d'état, lors de ma prise de rendez-vous, je me suis assuré que les professionnels de santé ont vécu dans leur carrière des situations d'urgence afin de mener à bien l'analyse et la discussion. Ce sont deux infirmières expérimentées. La première infirmière travaille en réanimation dans un centre hospitalier et la deuxième infirmière travaille dans un service de rhumatologie également dans un centre hospitalier. J'ai choisi des infirmières expérimentées afin d'avoir leurs expériences lorsqu'elles venaient d'être diplômées mais également pour la richesse des échanges dû notamment à leurs expériences professionnelles.

L'organisation mise en place pour réaliser les entretiens

En ce qui concerne la prise de contact pour la réalisation de l'entretien semi-directif, j'ai contacté par mail les deux infirmières que je connaissais d'un précédent stage afin de leur expliquer mon travail et en quoi consisterait notre rencontre.

Le lieu de rendez-vous a été convenu lors des réponses à la suite de ma prise de contact, un entretien s'est passé en visioconférence à mon domicile et l'autre entretien s'est déroulé dans le service de soin avec l'accord de la cadre de santé.

Pour le matériel d'enregistrement nécessaire, j'ai utilisé la fonctionnalité Dictaphone sur mon téléphone portable pour pouvoir par la suite retranscrire les entretiens. Cette méthode m'a permis de me concentrer totalement sur l'entretien car je n'ai pas eu de prise de note à effectuer. J'ai préalablement demandé l'accord aux infirmières pour l'enregistrement de leurs voix. En ce qui concerne la retranscription de l'entretien, afin de conserver l'anonymat des infirmières interviewées, je les ai nommé IDE 1 pour l'infirmière de réanimation et IDE 2 pour l'infirmière de rhumatologie.

Le bilan du dispositif

Pour le choix des professionnels, j'ai choisi deux infirmières présentes dans les services de mes situations d'appels. J'ai fait en sorte de ne pas choisir les infirmières de proximité avec lesquelles j'étais dans mes situations d'appels afin de ne pas être déstabilisé.

Après la réalisation de mes entretiens, je me suis rendu compte qu'un entretien était plus riche que l'autre dans les échanges, en effet, chaque personne a une représentation différente de l'urgence et l'expression des émotions est très personnelle. De plus, le fait que j'interroge une infirmière dans un service de soins critiques et une autre infirmière dans un service de soins généraux joue aussi dans la balance car la fréquence des situations d'urgence n'est pas la même, ce qui fait qu'un entretien notamment celui avec l'infirmière de rhumatologie était moins riche d'après-moi.

L'analyse des entretiens

À la suite de la réalisation de mes deux entretiens avec des infirmières diplômées d'état, j'ai pu analyser leurs contenus qui ont découlé sur trois thématiques qui sont la notion de l'urgence médicale chez les infirmières dans leur métier quotidien, la notion du stress et des émotions lors d'une urgence médicale ainsi que l'expérience et la confiance en soi des infirmières dans la gestion des émotions et dans l'urgence médicale. J'ai pu identifier une notion transversale à deux de mes thématiques qui est la temporalité. En effet, je retrouve la temporalité au niveau de l'impact d'une situation d'urgence sur l'infirmière et une temporalité également au niveau des émotions durant une urgence médicale.

1. La notion de l'urgence médicale chez les infirmières dans leur métier au quotidien

1.1 Définition, représentations et temporalité des urgences médicales

Pour commencer, la définition de l'urgence médicale par l'IDE 1 relève d'une situation où le pronostic vital est engagé, c'est également gérer les urgences psychologiques et comportementales des patients. Elle entend par urgences comportementales, les urgences où les patients agités s'arrachent les cathéters, ceux qui veulent se lever alors qu'ils ont beaucoup de dispositifs médicaux. Elle définit l'urgence médicale comme « une situation de détresse vitale ou atteinte ou mise en danger d'un patient » (l.27). Elle exprime à plusieurs reprises l'importance du mot « vitale ». Pour la deuxième infirmière, l'urgence médicale est également vitale, c'est une dégradation brutale du patient, une situation de mal-être.

Lors de ces entretiens, j'ai pu identifier deux types d'urgences : l'urgence absolue où le pronostic vital est engagé et l'urgence relative où le pronostic vital n'est pas engagé mais il faut agir. En effet, comme le dit la première infirmière, une urgence ce n'est pas forcément un arrêt cardio-respiratoire « je n'en ai pas beaucoup dans le sens où ils ont déjà des machines pour remplacer le rôle de cœur » (l.34-35). La deuxième infirmière m'exprime le fait que des patients font des malaises, des hypoglycémies, des chutes et ce sont quand même des urgences quotidiennes d'après ces propos. Il est vrai que dans les représentations de la société, une urgence médicale est souvent stigmatisée par un arrêt cardio-respiratoire, un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde, etc. ... Cependant, les infirmières interviewées m'expliquent que ce n'est pas seulement ça et qu'il y a plusieurs autres types d'urgence comme une hypoglycémie, un malaise, une chute qu'il faut prendre en soin rapidement avant de devenir des urgences absolues.

En ce qui concerne la fréquence des situations d'urgence dans leur métier au quotidien celle-ci est variable en fonction du service d'affectation des infirmières, la première infirmière qui travaille dans un service de réanimation est plus confronté aux situations d'urgence que la deuxième infirmière qui travaille dans un service de longue durée en rhumatologie. Cependant, pour les deux infirmières, l'urgence vitale reste anecdotique et périodique, une à deux fois par mois pour l'infirmière de rhumatologie, contrairement aux urgences relatives qui sont toutes les semaines pour l'infirmière de réanimation.

1.2 Le rôle de l'infirmière dans l'urgence médicale

Nous savons que le rôle infirmier lors d'une urgence médicale est primordial, pour l'IDE 1, il faut être réactif, intervenir rapidement, et écouter ce qui se passe et ce que les médecins disent. Elle répète à plusieurs reprises l'importance d'agir « Une situation où faut être réactif » (l.16), « Il faut avoir des soins

réactifs » (l.45). Elle définit également le rôle de l'infirmier dans l'équipe, chacun doit savoir quoi faire, il est important pour elle d'élaborer le positionnement de chaque professionnel, car c'est un travail d'équipe. L'IDE 2 est du même point de vue, le rôle infirmier c'est d'intervenir tout de suite, « Il faut mettre tout en œuvre pour agir rapidement » (l. 18-19). Pour les deux infirmières, il est important de réagir et d'agir vite en cas de situation d'urgence afin d'établir un bon début de prise en soin. Un autre point est essentiel également pour la première infirmière c'est l'écoute « Écouter ce qu'il se passe et écouter ce qu'on nous dit » (l.16-17), « s'écouter entre nous ». (l.19)

1.3 Le vécu et l'impact d'une situation d'urgence médicale

Le vécu de la situation d'urgence par le soignant est très personnel. D'après la première infirmière « Selon ton expérience, tu vas plus ou moins croire ou non, avoir l'impression qu'il y a un degré d'urgence. Quand j'étais jeune diplômée le moindre petit truc me semblait important et urgent, parfois, je m'affolais pour quelque chose qui n'était pas forcément urgent, avec l'expérience tu sais vraiment ce qu'il y a d'urgent et de ce qui peut attendre » (l. 29-33). Elle ajoute qu'avec l'expérience, le stress diminue et on arrive à avoir des automatismes parce qu'on a déjà vécu la situation, tu sais ce qu'il faut faire et tu sais anticiper. « Tu es vraiment plus dans le calme » (l. 55). Pour la deuxième infirmière, le vécu d'une situation d'urgence est perçu différemment « Tu es dans la stupeur » (l.31). Elle explique au moment de découvrir la situation d'urgence, que « Ça fait bizarre surtout quand c'est inattendu » (l. 28). Elle exprime à plusieurs fois la notion de l'inconnu, le fait que ce soit inattendu. Ces deux réponses, me montrent clairement la différence de vécu, comme je le disais précédemment le vécu d'une situation d'urgence est personnel, ici on voit la différence entre une infirmière de réanimation qui a eu beaucoup d'urgence dans sa carrière et une infirmière de rhumatologie qui a eu moins d'urgence au cours de son exercice professionnel. L'une est dans la stupeur et l'autre est calme. La première infirmière met beaucoup en avant les bienfaits de l'expérience dans une situation d'urgence, elle se rassure souvent « Tu sais ce qu'il faut faire » (l.53), tant dit que la deuxième infirmière exprime beaucoup l'effet de surprise et d'inconnu lors de la découverte d'une situation d'urgence.

Le vécu d'une situation d'urgence peut impacter le soignant dans son exercice professionnel mais également dans son quotidien, j'ai pu identifier trois temps forts liés à la temporalité, le premier se déroule avant ou pendant la découverte de la situation d'urgence, le second se déroule pendant la situation d'urgence et le troisième se déroule après la situation d'urgence. Lors de ces trois temps, des impacts ont lieu sur le soignant. Pour la première infirmière, avant la situation d'urgence c'est une source de stress intense, en effet elle le répète à sept reprises dans son discours, elle ressent également l'adrénaline qui arrive. Pendant la situation, elle indique ressentir au niveau physique des tremblements, de la transpiration, la voix qui se coupe, de l'euphorie et une décharge d'adrénaline « qui te fais avancer mais aussi peut bloquer tes gestes » (l. 61-62) au niveau psychologique, elle se dit « être vidée » (l. 62) à la fin de la situation, elle éprouve une sensation de défaite, de non-accomplissement quand le patient décède et elle indique être contente quand ça s'est bien terminé. Pour la deuxième infirmière, au moment de découvrir la situation d'urgence, elle exprime se prendre une vague, une situation en pleine face qu'il faut gérer. Pendant la situation, elle indique au niveau physique ressentir son cœur qui bat vite, sa fréquence cardiaque qui augmente, le stress qui apparaît, les mains moites, « mon corps est mis à rude épreuve » (l. 36). Après la situation, elle explique que l'environnement de travail peut faire remonter les émotions « revenir au travail le lendemain ou quelques jours après ça m'a fait bizarre, j'étais encore émue, l'environnement a fait que ça a remonté les émotions. » (l.32-33).

D'après les deux infirmières, chacune a des impacts sur le vécu d'une situation d'urgence, des signes physiques apparaissent (mains moites, cœur qui bat vite...) mais également des signes psychologiques sont présents comme la sensation d'être vide après, la joie ou la tristesse en fonction de la tournure de la situation d'urgence médicale. La notion de stress a été évoquée plusieurs fois par les infirmières, et la première infirmière a exprimé la notion d'adrénaline.

1.4 Les ressources lors d'une urgence médicale

Pour finir, elles expriment toutes les deux avoir des ressources dans leur service respective. Elles sont d'accord toutes les deux sur le fait que les collègues de travail sont une ressource mais cependant cela dépend avec quel collègue, pour la première infirmière « Les collègues qui vont être très calme ça va découler tout seul et puis tu as des collègues avec qui ça va partir un peu dans tous les sens et la gestion du stress ne vas pas être assez canalisé et puis tu n'es pas efficace » (1.70-72), la deuxième infirmière détient le même discours « Si je suis avec des collègues calme et posé cela va m'aider dans la situation d'urgence car je n'aurais pas à gérer leur stress » (1.39-40) , j'en déduis alors que travailler dans l'urgence avec des collègues qui gère leur stress et qui sont calme, favorise une bonne prise en soin et la gestion du stress de l'équipe. Toutes les deux mettent en avant les formations, la simulation et l'AFGSU qui sont des ressources pour gérer une situation d'urgence. Elles sont également du même point de vue concernant les débriefings réalisés par leur service après chaque situation d'urgence, elle indique que cela permet de faire beaucoup de bien, que ça permet d'être rassuré sur la prise en soin effectué et permettre d'extérioriser les émotions. Pour l'IDE 1, l'expérience professionnelle est aussi une ressource car cela va lui permettre d'être moins impacté par le stress et la situation d'urgence, ainsi que la mise en place de protocoles et connaître correctement l'environnement du service sont des ressources pour elle. Pour l'IDE 2, l'équipe médicale ainsi que leur communication sont une ressource très appréciable « Le fait que les médecins et les réanimateurs parlent calmement et de façon posée, c'est apaisant dans l'urgence » (1.47).

2. La place du stress et des émotions lors d'une urgence médicale

Le stress

2.1 Définition et communication du stress

Tout d'abord, la définition du stress pour la première infirmière est la suivante « Une angoisse de l'inconnu, une situation où on sort de sa zone de confort, on va devoir faire appel à d'autres automatismes ou connaissances. C'est une situation dans laquelle on se retrouve déstabiliser auquel on n'est pas à l'aise. » (1.116-118) Pour la deuxième infirmière, c'est le fait de ne pas être capable de maîtriser ses émotions, c'est comme elle le dit « La bête noire » (1.69). Elle met en avant deux types de stress, le bon stress et le mauvais stress « Il y du bon stress quand tu es dans l'action, ça te permet d'avancer mais après trop de stress peut te faire paniquer, ça peut être négatif aussi dans l'action. Il y a une ambivalence entre les deux, tout dépend comment tu réagis. » (1.71-73).

En ce qui concerne, la communication du stress à leurs collègues, la première infirmière dit ne pas avoir l'impression d'engendrer du stress à ses collègues mais elle a déjà observé ou ressenti le stress des collègues. Pour la deuxième infirmière, elle exprime que les collègues de travail peuvent ressentir le stress mais, que c'est avec l'expérience qu'il diminue.

2.2 L'impact du stress et la gestion du stress

Le stress peut impacter les soignantes, l'adrénaline va monter exprime l'IDE 1. Il peut y avoir de l'agressivité, le fait de ne pas donner l'impression d'être agréable. Il se peut également d'être dans l'incapacité de gérer la situation et commettre des erreurs, car le stress peut faire paniquer. De plus, L'IDE 1 indique « lorsque je suis dans la situation, c'est un peu le cerveau en mode OFF, je le mets en pause et j'écoute ce que l'on me dit et j'exécute » (1. 86-88). Pour l'IDE 2, « Après la situation, tu as le contre-coup » (1.53). Ici, je remarque les conséquences que peut avoir le stress sur les infirmières.

Pour la gestion de leur stress, les deux infirmières optent pour différentes techniques dont certaines sont les mêmes. Elles sont du même point de vue, concernant la respiration, la réassurance d'elle-même et la réflexion. La réflexion va permettre pour la première infirmière de poser la situation et de retrouver sa zone de confort. Toutes les deux, se réassurent en se disant qu'elles ne sont pas toute seule, que l'équipe est présente. L'IDE 1 explique d'autres moyens pour gérer son stress, elle indique qu'il faut accepter la situation tout d'abord, mais également gérer le flux d'émotions, refouler ses angoisses pour diminuer l'effet du stress et essayer de le maîtriser.

Les émotions

2.3 La temporalité des émotions

Tout d'abord, une notion importante a été présente dans ces entretiens, c'est la temporalité des émotions lors d'une situation d'urgence. En effet, selon la première infirmière, lorsqu'elle se trouve dans la situation ce n'est qu'après, à la fin de la situation d'urgence que les émotions sentimentales vont apparaître, elles peuvent apparaître au moment du débriefing ou alors chez elle. Pour la deuxième infirmière, les émotions qu'elle peut ressentir sont sur la durée de la situation. Toutes les deux s'expriment sur le fait qu'il faut continuer de gérer le secteur et que l'activité reprend rapidement donc il faut se reconcentrer dessus. Pour la deuxième infirmière le processus se fait en plusieurs étapes, au moment de la découverte de la situation, elle peut se montrer inquiète pour le patient, avoir des interrogations puis pendant au moment où elle fait des actions, elle est très concentrée et met ses émotions de côté. Après la situation, elle ressent la fatigue et indique qu'il faut rester vigilant.

2.4 Les émotions positives et les émotions négatives

Les émotions positives et négatives ressenties lors d'une urgence médicale par les soignantes sont étroitement lié à la finalité de la situation, j'entends par là le fait que si la situation se termine bien pour le patient, les émotions seront de nature joyeuse, sera utilisé l'humour noir, un sentiment d'autosatisfaction dû au fait d'avoir réussi en équipe à sauver le patient et à gérer l'urgence, un sentiment de fierté, de l'euphorie également. Mais lorsque la situation ne se termine pas bien, que le patient décède par exemple, les émotions seront de nature négative, « j'ai déjà fini en larme, ..., tu as ton sas de décompression et là tu lâches les vannes parce que tu en as besoin, il y a aussi le côté où on pleure » (1.91-93) pour l'IDE 1, le sentiment d'échec est également présent. Pour l'IDE 2, elle explique que « parfois, tu te mets à craquer » (1.53), tu as la voix qui tremble quand tes collègues te demandent comment ça va, tu as la gorge qui se noue, car il y a des situations très difficiles.

2.5 La gestion des émotions

Enfin, la gestion des émotions pour les deux infirmières est présente, chacune met en place des méthodes et des moyens différents. Pour la première infirmière, c'est la réassurance, elle exprime avancer mécaniquement, se concentrer sur l'acte et refouler ses émotions ou de les minimiser sur le moment T. Pour la deuxième infirmière, elle exprime réussir à gérer ses émotions pendant la situation, elle utilise des exercices de respiration, notion qu'elle met en valeur à plusieurs reprises et reste très concentré sur ses actes. Après la situation, elle met en place la communication afin de décharger ses émotions « j'aime en parler, parler de ce que j'ai vécu au moment du débriefing ou en fin de journée » (1.66-67).

2.6 Satisfaction quelle que soit l'issue de la situation

Une notion entre également dans la place des émotions lors d'une urgence médicale, c'est la satisfaction quelle que soit l'issue de la situation, pour les deux infirmières le fait de faire des débriefings permettent de les rassurer sur leur prise en soin en équipe, et ils permettent de mieux accepter l'échec. Pour l'IDE 1, l'efficacité des soins, l'organisation, le positionnement de chaque membre et le fait de ne pas avoir fait d'erreur sont des éléments de satisfaction dans la prise en soin du patient quelle que soit l'issue. L'IDE 2 est du même point de vue, en effet pour elle, être organisé, professionnel, ne pas être trop nombreux permet de réaliser des belles prises en charge en équipe.

Les adaptations et les mécanismes de défense mis en place par les infirmières

Tout d'abord, les deux infirmières utilisent dans leur métier au quotidien des mécanismes de défenses. Pour la première infirmière, le rire et l'humour noir sont des mécanismes présents, elle le répète une seconde fois, ce qui montre l'importance « Beaucoup d'humour noire et de rire qui sont des mécanismes de défense » (l. 142). Elle exprime également le fait de ne pas aller au-devant d'une situation d'urgence, si elle est gérée par l'équipe, elle ne va pas se rajouter en plus, elle exprime qu'il faut trouver la bonne balance, c'est une forme de protection. Cependant, si l'urgence médicale concerne son patient naturellement elle va se positionner. Pour l'IDE 2, elle se referme, se met dans une bulle afin de se protéger, elle explique que son expérience de vie professionnelle et personnelle joue dans ces mécanismes de défense.

De plus, la première infirmière a observé des mécanismes de défense adoptés par son équipe, comme la fuite, l'humour noir, l'autodérision, le renfermement, « ce sont généralement des personnes qui quand tu leur demandes comment ça va, ils font oui et vont dans la direction opposée » (l. 186-187), certains fuient même la situation d'urgence et la prise en charge du patient.

Ensuite, les deux infirmières communiquent leurs émotions de la même manière, il y a d'une part la communication à l'hôpital lors des débriefings avec les médecins et les psychologues « on est des humains et c'est ok de ne pas avoir pu gérer et c'est humain d'avoir pleuré » (l. 157-158) dit l'IDE 1. D'autre part, la communication à leur domicile, pour l'IDE 1, elle en discute avec son conjoint qui a le même métier « je ne débrieferais pas aussi facilement à la maison de certaines choses si mon conjoint n'était pas du même métier » (l.163-165). Pour l'IDE 2, c'est avec sa famille qu'elle en parle, elle dit ne pas entrer dans le détail, mais cela lui permet d'être soutenu et d'avoir de l'attention.

Pour finir, la première infirmière s'exprime sur la notion d'adaptabilité, en effet, elle exprime qu'une personne qui travaille dans le milieu médical peut ramener à son domicile des vécus difficiles et que cela n'est pas facile à gérer avec le temps. « On ramène des fantômes à la maison. Ce n'est pas facile avec le temps, car il y a des histoires plus difficiles que d'autres » (l. 174-175). Ces phrases peuvent montrer l'impact des émotions et du vécu d'une situation d'urgence sur la vie quotidienne d'une infirmière et que certaines situations ne restent pas au vestiaire à l'hôpital.

3. L'expérience et la confiance en soi des infirmières dans la gestion des émotions et dans l'urgence médicale

3.1 La notion de confiance en soi

Pour commencer, les deux infirmières disent avoir confiance en elle dans leur métier au quotidien, pour la première infirmière « je ne mets pas tout ce que je suis en cause à chaque fois, ..., je ne viens pas la peur au ventre au travail » (l. 190/193) et pour la deuxième infirmière « Oui, après tant d'année, tu es

à l'aise et tu relativises beaucoup plus » (l. 95). Lors de la réponse de l'IDE 2, je remarque une notion d'expérience.

3.2 Les moyens et les ressources pour contribuer à la confiance en soi des infirmières

Les deux infirmières mettent en œuvre des moyens pour améliorer leur confiance en elle, elles optent pour les mêmes moyens qui sont la communication avec leurs collègues et les médecins, ce qui va leur permettre de connaître leur point de vue sur une situation d'urgence, mais également pour l'IDE 1 d'améliorer sa confiance en elle quand le médecin lui fait un retour positif sur sa posture durant l'urgence médicale. De l'introspection et de la remise en question ont lieu chez les deux infirmières.

Pendant l'entretien, elles ont su identifier les ressources présentes dans leur quotidien qui augmente leur confiance en elle. Pour la première infirmière, les collègues de travail, l'intranet, le médecin sont des ressources, cela va lui permettre d'effectuer des recherches, de se questionner. La connaissance de l'environnement est également un point essentiel selon-elle. Pour la deuxième infirmière, ce sont les formations et l'expérience ainsi que la cohésion d'équipe et la présence du médecin « plus confiante quand le médecin te dicte dans l'urgence les actes à effectuer. » (l. 116) Le fait de vérifier le chariot d'urgence tous les mois permet également un apport de connaissances selon-elle et cela permet d'être moins déstabilisé et d'augmenter la confiance en soi lors d'une urgence médicale.

3.3 Le mécanisme entre la confiance en soi et la gestion des émotions

De plus, les deux infirmières sont du même point de vue sur le mécanisme entre la confiance en soi et la gestion des émotions. À la question, cette confiance en vous joue-t-elle sur le contrôle de vos émotions et sur la prise en soin du patient ? L'IDE 1 exprime « Je pense moins tu as confiance en toi plus ça va être difficile de gérer la situation. A contrario, si tu as trop confiance en toi, tu te prends pour superman, ça peut être délétère pour ce type de situation. » (l. 196-198). Pour l'IDE 2, « Quand, tu as confiance en toi, tu vois directement les choses et tu gères mieux tes émotions. Après avoir trop confiance, ça peut être dangereux et problématique, il faut un juste-milieu » (l. 103-105). Elles sont toutes les deux d'accord, sur le fait qu'avoir trop confiance en soi peut être délétère pour la prise en soin du patient. La deuxième infirmière indique que quand tu as confiance en toi, la gestion des émotions est meilleure. La première infirmière explique que si tu as peu confiance en toi, il est difficile de gérer la situation. J'en conclurais qu'il faut trouver un juste milieu entre avoir trop confiance en soi qui peut être délétère pour le patient et ne pas avoir confiance en soi qui peut compliquer la prise en charge de la situation.

3.4 L'expérience professionnelle en lien avec la confiance de l'infirmière et la gestion des émotions

Au fil des entretiens voir même très rapidement, les infirmières ont directement abordé la notion de l'expérience, pour elles l'expérience permet d'améliorer la confiance en soi, tu deviens selon elles, plus sereine et plus à l'aise. Pour l'IDE 1 « l'expérience va renforcer notre confiance sur des soins et des pratiques » (l. 210), pour l'IDE 2 « la confiance en soi ça s'apprend et ça s'acquiert au fil des expériences. » (l. 99-100). Elles expriment également que lorsque l'on est jeune diplômée, on est moins à l'aise, pour l'IDE 2 « au début, tu as beaucoup moins confiance parce que tu apprends. » (l. 96-97). D'après elles, c'est l'expérience qui entraîne une meilleure gestion des émotions, une meilleure confiance en soi et le fait de moins appréhender une situation d'urgence et de prioriser dans l'urgence.

La discussion

À la suite de l'analyse de mes entretiens, j'ai pu identifier des axes. Je vais donc réaliser cette discussion autour de cinq grands axes que je vais conforter avec mon cadre théorique, les résultats de mes analyses d'entretien et apporter si nécessaire mon positionnement professionnel.

Un petit rappel de ma question de départ : en quoi, les émotions peuvent-elles influencer la confiance en soi de l'infirmière dans la prise en soin d'un patient en situation d'urgence médicale ?

1. L'urgence et la posture soignante

1.1 L'urgence intra-hospitalière et les représentations de l'urgence

Pour commencer, les infirmières expriment l'urgence comme une situation où le pronostic vital est engagé, « une situation de détresse vitale ou atteinte ou mise en danger d'un patient » (IDE 1, 1.27). Le dictionnaire Larousse (s.d.) lui définit l'urgence comme un caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard ou encore une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés rapidement ». De plus, l'INSERM (s.d.), la définit comme « une situation requérant une intervention médicale immédiate afin de secourir une personne dont le pronostic vital ou fonctionnel est susceptible d'être engagé. » En effet, je retrouve une similitude, les infirmières ont exprimé la notion de pronostic vital que je retrouve chez les auteurs. D'après moi, leurs définitions correspondent avec la notion d'urgence médicale. Dans ce que relèvent les auteurs, la notion d'agir rapidement, d'intervenir est présente, les infirmières en sont conscientes et pour elles cela est de leur rôle infirmier.

En ce qui concerne les représentations de l'urgence dans la société, les infirmières ont exprimés qu'une urgence n'est pas seulement un arrêt cardio-respiratoire et que d'autres urgences étaient présentes comme les hypoglycémies, les malaises, les chutes. D'après mon cadre théorique, nous retrouvons deux types d'urgence : l'urgence médicale et l'urgence vitale intra-hospitalière. L'urgence médicale comme nous l'avons vu précédemment est une urgence où il faut agir vite, c'est une situation pathologique où un diagnostic et un traitement doit être mis en œuvre dans un délai de douze heures alors que l'urgence vitale intra-hospitalière d'après la haute autorité de santé (s.d.) est « une situation où la vie du patient est en danger imminent et où risque de décéder faute de soins rapides et adaptés ». Une infirmière s'est exprimée sur les urgences absolues et les urgences relatives, j'en conclus que ce sont ces deux notions dont elle veut définir, l'urgence absolue correspondrait à l'urgence vitale et l'urgence médicale correspondrait aux urgences relatives ? Cependant, toutes deux, restent des urgences où il faut intervenir rapidement. D'après moi, il est important de différencier ces deux notions afin de prioriser les actions et les soins afin de diminuer les délais de prise en charge des patients et d'améliorer l'efficacité des soins. J'ai également pu remarquer que certains professionnels de santé considéraient une urgence seulement comme un arrêt cardio-respiratoire, ayant la chance d'avoir dans mon entourage des professionnels de santé, je leur ai donc directement posé la question « Pour vous, quelle situation médicale relève de l'urgence ? » Et leurs réponses ont été : un arrêt cardio-respiratoire, un accident vasculaire cérébral, un œdème aiguë du poumon, un infarctus, or aucune notion de malaise, malaise hypoglycémique, chute, hypotension. Cette observation me montre que les représentations sont encore ancrées dans la société et dans les professions médicales. De plus, je me suis souvenu avoir rencontré des difficultés à valider ma compétence de soins d'urgence dans les services lors de mes bilans de stage, car les professionnels qui me notaient étaient du même avis que mon entourage. D'après moi, il serait temps de sensibiliser les professionnels de santé sur les différentes urgences qui peuvent exister sous la forme de formation ou d'une réunion de service.

1.2 La posture soignante

Dans un contexte d'urgence, selon Jérôme Chevillotte et Pascal Cassan (2006), l'infirmier est le premier maillon de la chaîne, il a le rôle d'alerte et doit mettre en œuvre les gestes élémentaires de survie dans les premières minutes car elles sont cruciales. En effet, les infirmières expriment le fait que le rôle infirmier est très important, elles expliquent qu'il faut être réactif, intervenir rapidement, agir. Chaque membre de l'équipe doit également se positionner d'après-elles. Selon le code de la santé publique (2011), « l'infirmier diplômé d'état est compétent pour détecter une situation relevant de l'urgence, s'il existe un protocole de soins d'urgence, il se doit de l'appliquer, s'il n'existe pas de protocole, il est compétent pour prodiguer les premiers soins en attendant qu'un médecin puisse intervenir ». J'ai pu analyser dans mon cadre théorique, deux rôles de l'infirmier lors d'une urgence. Le rôle propre infirmier relève des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, dans ce cadre l'infirmier a pour compétence de prendre des initiatives et d'accomplir les soins qu'il juge nécessaires. D'après son rôle propre, l'infirmier est habilité à réaliser la surveillance des fonctions vitales, les aspirations des sécrétions de la personne et utiliser un défibrillateur semi-automatique. L'infirmier, selon moi, doit donc agir rapidement comme l'expliquent les infirmières et à la possibilité de faire les premiers soins au patient grâce à son rôle propre ce qui est un gain de temps dans la prise en soin d'un patient en situation de détresse vitale. En ce qui concerne le rôle prescrit, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes qui relèvent d'une prescription médicale, il ne peut agir que sur la base d'une prescription médicale. Pour rappel, les infirmiers ont pour obligation de porter secours aux personnes en danger ou en situation de détresse, car leur responsabilité pénale peut être engagée s'il y a le non-respect de cette notion.

Pour ma part, il me semble primordial de connaître notre rôle propre et notre rôle prescrit dans une situation d'urgence médicale afin d'assurer la meilleure chance de guérison pour le patient. Le rôle prescrit ne permet pas d'administrer des soins et des thérapeutiques sans l'avis médical. C'est donc pour moi que le travail d'équipe et le positionnement de chaque professionnel prend tout son sens dans la gestion d'une urgence médicale au sein d'un service.

2. Le stress et les émotions

2.1 Le stress

Lors de mes entretiens, la notion de stress a été exprimée à de nombreuses reprises par les infirmières. Je rappelle que le stress n'est pas une émotion, d'après le docteur Hans Selye (s.d.), c'est « une agression de l'organisme par un agent physique, psychique, émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation » alors qu'une émotion selon le dictionnaire Robert est « un état affectif intense, caractérise par des troubles divers » ou encore « un état affectif, plaisir ou douleur, nettement prononcé ». Le fait que les infirmières ont exprimé à plusieurs reprises le stress dans les émotions, a provoqué le fait qu'elles n'ont pas pu mettre de mot sur les émotions qu'elles pouvaient ressentir. Lors de mes situations d'appels, j'ai pu mettre en avant les émotions que j'avais ressenties, en effet, deux émotions étaient présentes, la peur et la surprise, la peur est une émotion que nous ressentons en cas de danger, c'est la peur réflexe, il existe trois types de comportements : la fuite, l'attaque ou faire le mort. La surprise, elle est une émotion, que l'on peut ressentir lorsque l'on vit quelque chose d'inattendu, des signes physiques apparaissent comme l'augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle. Ces deux émotions n'ont pas été exprimées par les infirmières bien que la deuxième infirmière se soit exprimée sur le fait qu'une situation d'urgence était inattendue. Confondent-elles le stress avec les émotions tel que la peur et la surprise qui peuvent induire des signes physiques identiques ? Est-il difficile pour elles de mettre des mots sur leur émotion ? Pour ma part, l'expression des émotions est difficile, en effet, il est compliqué de mettre des mots sur des ressentis, c'est comme

une « mise à nu », je peux alors comprendre les infirmières qui ont des difficultés à trouver les mots et à exprimer leurs émotions après une situation d'urgence.

De plus, la deuxième infirmière met en avant le bon et le mauvais stress « il y a du bon stress quand tu es dans l'action, ça te permet d'avancer, mais après trop de stress peut te faire paniquer, ça peut être négatif aussi dans l'action. Il y a une ambivalence entre les deux, tout dépend comment tu réagis » (l.71-73). Selon Dora Laty (2021), il existe deux grands types de stress, le stress aigu de courte durée qui est le bon stress et le stress chronique de longue durée qui est le mauvais stress. Le stress chronique est affaiblissant, l'individu ressent de l'anxiété et a des ruminations, il s'enferme dans une phase d'épuisement, c'est alors que l'individu a le risque de développer des troubles du sommeil, une perte ou une augmentation de l'appétit, une dépression et un burn-out. Pour ma part, je pense que le stress aiguë que l'on ressent en situation d'urgence est bénéfique cependant si le soignant à un stress chronique au quotidien, la situation d'urgence va renforcer ce stress chronique et alors cela risquerait de mettre à mal le soignant dans son exercice professionnel au quotidien. Ce stress chronique peut impacter le soignant dans sa vie quotidienne, comme l'explique la première infirmière « Il peut y avoir de l'agressivité, le fait de ne pas donner l'impression d'être agréable » (l.118-119). D'après moi, j'en conclus que le stress est un mécanisme qui peut avoir un impact sur le vécu d'une situation d'urgence et sur la vie quotidienne. Ce mécanisme est très personnel et chaque professionnel a déjà ressenti ou ressent du stress lors d'une urgence médicale.

2.2 L'adrénaline

La notion d'adrénaline lors d'une situation d'urgence a été exprimée par les infirmières lors des entretiens. En effet, la première infirmière la définit comme quelque chose « qui te fait avancer, mais aussi peut bloquer tes gestes » (l.61-62). Lors de mon cadre théorique, j'ai pu analyser cette notion, Dora Laty (2021), exprime que « l'état d'urgence du sujet déclenche une cascade hormonale avec la libération d'adrénaline et de cortisol qui mobilise l'énergie du sujet... ». Lors de la situation d'urgence, l'individu libère donc de l'adrénaline qui est responsable de certaines manifestations physiques comme les mains moites, les tremblements, l'augmentation du rythme cardiaque. L'adrénaline est étroitement liée au stress comme l'explique la première infirmière, elle exprime que lorsque tu es en situation de stress, le corps sécrète de l'adrénaline, et lorsqu'il y a une sécrétion d'adrénaline, c'est que le corps stresse, c'est d'après-elle physiologique, c'est le système sympathique qui est fait pour survivre. D'après moi, le stress et l'adrénaline sont deux notions différentes mais qui s'articulent ensemble, j'entends par là que ce sont deux mécanismes qui sont souvent déclenchés par le corps humain en même temps. Ce sont des mécanismes qui permettent au soignant d'aller au-delà, de ne pas subir la situation et c'est puiser l'énergie nécessaire à cette situation.

2.3 Les émotions et la gestion des émotions

Un autre point m'a étonné, c'est le fait que les infirmières expriment beaucoup les émotions négatives et le vécu négatif d'une situation d'urgence. En effet, les infirmières indiquent que cela est lié étroitement à la finalité de la situation. Seule la première infirmière parle de joie, de sentiment de fierté et d'autosatisfaction. Dans mon cadre théorique, les émotions négatives portent tous un message positif ce qui peut être contradictoire avec les représentations. Les infirmières en ont-elles conscience ? D'après moi, je pense que le fait de vivre une situation d'urgence, c'est déjà quelque chose de négatif d'une part pour le patient, sa famille mais d'autre part pour le soignant car c'est une situation de doute, où il faut mettre à profit toutes nos connaissances et il faut savoir gérer le stress et les émotions, donc le vécu d'une situation d'urgence à contre coup va faire exprimer les émotions négatives, je pense que l'on ne va pas exprimer dans un premier temps les émotions à connotations positif, elles arriveront peut-être dans un second temps lors du débriefing de la situation sur nos actions menées.

En ce qui concerne, la gestion des émotions et du stress, les infirmières indiquent utiliser des techniques telles que la respiration, la réassurance d'elle-même et la réflexion. Dans mon cadre théorique, j'ai pu analyser l'intelligence émotionnelle, qui est « la capacité à reconnaître et à maîtriser les émotions en soi et chez les autres. » D'après Margot Phaneuf (2016), elle est essentielle à la relation soignante, elle permet de repérer nos émotions et celle d'autrui ainsi que de les formuler convenablement. Il existe selon Daniel Goleman (2015), quatre aspects de l'intelligence émotionnelle, la conscience de soi : qui permet de comprendre nos forces et nos limites ; l'autogestion : la résilience ; l'équilibre émotionnel et l'empathie. Selon moi, l'intelligence émotionnelle est très importante dans le domaine du soin, l'autogestion va permettre au soignant d'apprendre à gérer ses émotions et son stress, cela va permettre également à l'équipe qui a une place très importante de se sentir en sécurité lors de la situation d'urgence. De plus, les infirmières indiquent exprimer leurs émotions lors des débriefings, une d'elles exprime que cela permet de libérer ses émotions et permet aussi à certaines collègues de parler de leur émotion. Lors de mes situations d'appels, je n'ai pas fait de débriefing, ce que je trouve dommage, car cela m'aurait permis de mettre des mots sur le vécu de la situation et sur mes émotions, cela m'aurait permis également de comprendre les émotions des collègues. D'après Hélène Monier (2016), « si l'émotion n'est pas exprimée et partagée, la santé du soignant, à terme, peut se dégrader ».

2.4 Les mécanismes de défenses et les styles émotionnels

Henri Chabrol (2005), lui, définit les mécanismes de défenses comme « des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement », cela s'appelle le processus de coping « stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise, opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe ». Les infirmières indiquent avoir eu recours à de l'humour noir, à des rires où alors de s'être protégé en n'allant pas au-devant d'une situation d'urgence. Mais est-ce vraiment des mécanismes de défense ? Puisque mon cadre théorique, n'apportait pas de réponse, je suis allé faire une recherche « Est-ce que le rire et l'humour sont des mécanismes de défense ? », Selon Christophe Panichelli (2007), l'humour est l'un des trente et un mécanismes de défense répertoriés dans le DSM IV. La première infirmière a indiqué avoir déjà repéré des mécanismes de défense adoptés par l'équipe comme la fuite, l'autodérision, le renfermement. En effet, il existe plusieurs mécanismes de défense : le mensonge, la banalisation, l'esquive qui dans ce cas serait la fuite du soignant, la fausse réassurance, la rationalisation, l'évitement, la dérision, la fuite en avant, et l'identification projective.

Chaque soignant va réagir différemment quant à la reconnaissance et la gestion de ces émotions, d'après le professeur Richard Davidson (2012), il existe six dimensions dans le style émotionnel, ces six dimensions sont la résilience, l'intuition sociale, la perspective, la conscience de soi, la sensibilité au contexte et l'attention. Il indique que toute personnalité ou tempérament peut être décrit par une combinaison spécifique des six styles émotionnels. Par exemple, une personne qui est très ouverte aux nouvelles expériences à une forte intuition sociales, une personne extravertie réagit rapidement à l'adversité et récupère donc rapidement dans la résilience. Pour les IDE, la notion de concentration durant la situation d'urgence était présente, cela revient à la dimension de l'attention : la capacité de se concentrer avec clarté et précision.

3. Ressources et moyens utilisés pour améliorer le prendre soin en situation d'urgence

Un des points essentiels relevé par les infirmières a été les collègues de travail qui sont apparus durant l'entretien comme une ressource dans la situation d'urgence. Salas (s.d) lui définit l'équipe comme « un ensemble identifiable de deux personnes ou plus qui interagissent de manière dynamique, interdépendant et adaptée vers un but/un objectif/ une mission commune et valorisée, qui se sont chacune vu affecter des rôles et des fonctions spécifiques et dont la durée du mandat au sein de l'équipe est

limitée ». En effet, d'après les propos d'Émilie Blanck (2018), une bonne communication, un bon dynamisme et le respect du champ de compétences de chacun dans le binôme est une réelle force dans la prise en soin d'un patient. Cependant, les infirmières indiquent que lorsque leurs collègues sont sereines cela va poser la situation mais que si leurs collègues sont stressés ou paniqués cela va dégénérer. Hélène Monnier (2016) exprime que les émotions vécues dans le cadre du travail affectent l'ensemble du groupe. Elle indique également que l'impact des émotions du groupe influence la performance collective, c'est la contagion émotionnelle. D'après moi, la contagion émotionnelle peut être compliquée à gérer à certains moments, nous pouvons être amenés à canaliser nos collègues de travail qui perdent leur calme et certains peuvent nous transférer leurs émotions.

Un autre point a été mis en avant par les infirmières, c'est l'importance de la formation, des simulations qui sont d'après elles des ressources pour gérer les situations d'urgence. Pour la première infirmière « En ressources du coup, je dirais les formations, et puis j'ai de la chance de suivre le DU Réanimation donc j'ai la chance de faire de la simulation et ça c'est hyper intéressant sur comment gérer une situation d'urgence, comment se positionner, c'est vraiment l'avenir pour appréhender ses situations » (1.73-75). De plus, la haute autorité de santé (2022) indique dans son rapport que les établissements de santé doivent questionner les professionnels de santé afin de savoir s'ils ont déjà eu des formations sur les situations d'urgence où alors organiser des journées de simulation pour maintenir les compétences. Selon Jérôme Chevillotte et Pascal Cassan (2006), l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles afin de garantir la qualité des soins et la sécurité du patient. D'après moi, il est très important de se former aux gestes d'urgences, durant ma formation en tant qu'étudiante en soins infirmiers, j'ai pu passer mon AFGSU 2 qui correspond à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence pour le personnel médical. Cette formation m'a permis de me projeter sur différentes situations d'urgence et de repérer mes comportements, cela m'a également permis d'apprendre ou de revoir les conduites à tenir dans telle ou telle situation. De plus, lors de mon inscription administrative pour mon futur emploi, une partie était réservée aux diplômes et aux attestations d'urgence obtenus, ce qui prouve l'importance pour les établissements de santé d'avoir du personnel formé à l'urgence et dans le cas échéant de proposer des formations ou des recyclages.

4. La confiance en soi de l'infirmière

La notion de confiance en soi est très personnelle, pour les deux infirmières interviewées, elles indiquent avoir confiance en elles, ne pas venir la peur au ventre pour la première infirmière et relativiser beaucoup plus pour la deuxième infirmière. D'après mon cadre théorique, la confiance en soi s'est croire en son potentiel, en ses capacités et à ses compétences, elle permet d'avancer, de relever de nouveaux défis et que l'on peut réussir plus que choses que l'on ne croit. D'après Isabelle Filliozat (s.d.), quatre étapes sont importantes pour développer la confiance en soi : une sécurité antérieure, une affirmation des besoins, une acquisition des compétences et une reconnaissance par les autres. Elle exprime également que le travail de confiance en soi est un travail d'introspection « un individu qui se connaît et qui sait s'accepter aura une confiance en lui plus accrue qu'une personne qui passe son temps à se remettre en question ». Les propos de l'auteur sont étroitement liés aux propos des infirmières, en effet la première infirmière indique ne pas se remettre en cause à chaque fois, elle exprime également avoir recours à de la communication avec ses collègues pour connaître leur point de vue, mais aussi de la remise en question à lieu « je fais une introspection en mode, tu aurais pu penser à ça, tu aurais dû penser à ça, tu as été un peu trop longue à faire ça » (1.201-202).

Selon Alexandra Leduc-Champroy (2015), le soignant doit avoir suffisamment confiance en ses propres capacités pour assumer un rôle d'aidant et nouer une relation d'aide. Cependant, les infirmières expriment une subtilité qui n'est pas tout à fait du même point de vue que l'auteur, pour elles, le fait d'avoir trop confiance en soi peut être délétère pour la prise en soin du patient, pour la première

infirmière « si tu as trop confiance en soi, ..., ça peut être délétère » (l.197-198), pour la deuxième infirmière « avoir trop confiance, ça peut être dangereux et problématique » (l.104).

D'après moi, je suis du même point de vue que l'auteur, pour moi, il faut avoir confiance en ses capacités afin de mener une prise en soin auprès d'un patient et une relation de confiance et d'aide, cependant, je suis aussi du même point de vue que les infirmières, avoir trop confiance en soi, peut être délétère, dans le sens où si les actions sont réalisées trop rapidement, être trop confiant peut engendrer des erreurs.

De plus, selon Margot Phaneuf (2010), la confiance en soi permet aux futurs infirmiers de prendre des initiatives à leur niveau et de prendre leurs responsabilités avec conscience et détermination, cela leur permet de démontrer qu'ils sont dignes de la confiance des autres et de prendre confiance en leurs relations.

La notion de confiance en soi est étroitement reliée par les infirmières à l'expérience professionnelle. Pour la deuxième infirmière, les formations, l'expérience ainsi que la cohésion d'équipe et la présence du médecin sont des ressources qui augmentent sa confiance en elle. Selon Cooley (2017), le concept de l'estime de soi est une construction sociale, c'est-à-dire que depuis la naissance, l'estime de soi se confectionne à travers les interactions humaines à partir des actions et des opinions.

5. L'expérience IDE

À de nombreuses reprises lors de l'entretien, les infirmières ont exprimé l'expérience professionnelle. En effet, cette notion revient sur l'impact d'une situation d'urgence, la première infirmière exprime qu'avec l'expérience tu sais ce qu'il y a d'urgent et ce qui peut attendre, elle ajoute qu'avec l'expérience, le stress diminue et des automatismes apparaissent. L'expérience professionnelle est également une ressource car pour la première infirmière cela va lui permettre d'être moins impacté par le stress. De plus, c'est une ressource pour améliorer leur confiance en elle dans leur métier au quotidien « après tant d'années, tu es à l'aise et tu relativises beaucoup plus » (l.95-96) exprime la deuxième infirmière.

Pour elles, l'expérience permet donc d'améliorer la confiance en soi, ce qui entraîne une meilleure gestion des émotions, le fait de moins appréhender la situation d'urgence et de prioriser dans l'urgence.

Selon moi, l'expérience professionnelle est un vrai atout dans la prise en soin d'une urgence médicale, je pense que la confiance en soi est meilleure, que les gestes sont plus sûrs, que le temps de réflexion est plus court dû aux automatismes, mais cela ne veut pas dire qu'une jeune diplômée ne saura pas prendre en charge une urgence médicale. Lors de mes situations d'appels, je n'étais qu'étudiante infirmière, avec pas ou peu d'expériences. Sur la première situation d'appel qui s'est déroulé au début de ma première année d'école d'infirmière, je me suis senti hésitante, je ne savais pas quoi faire et j'avais perdu mes repères « je ne sais pas comment agir et je me dis que me mettre de côté tout en étant disponible facilitera le travail des soignants. » Alors que sur la deuxième situation d'appel, lors de ma troisième année d'école d'infirmière, j'ai su mettre en œuvre des actions, ma réflexion était plus rapide. Je pense réellement que l'expérience facilite la prise en soin d'une urgence médicale et la gestion des émotions.

Je n'ai pas explicité cette notion dans mon cadre théorique, c'est pour cela que je souhaiterais faire évoluer ma question de départ vers la question de recherche suivante : **En quoi, l'expérience professionnelle de l'infirmière peut impacter la gestion des émotions et la confiance en soi en situation d'urgence médicale ?**

Conclusion

Ce mémoire de fin d'études est un travail de recherche en soins infirmiers s'articulant autour d'une question de départ qui débouche sur une question de recherche qui a suscité des questionnements professionnels et de la réflexion. Ce travail de recherche a été réalisé sur un thème qui me tient particulièrement à cœur : les émotions et la confiance en soi de l'infirmière lors d'une urgence médicale.

Pour commencer ce mémoire, je me suis appuyé sur deux situations d'appels, issue de mes stages de rhumatologie et de réanimation médicale. Ces deux situations portent sur les émotions et les actions infirmières lors d'une urgence médicale. À la suite de mes écrits, de nombreux questionnements en ont découlé. Tous ces questionnements m'ont permis de définir ma question de départ : **En quoi, les émotions peuvent-elles influencer la confiance en soi de l'infirmière dans la prise en soins d'un patient en situation d'urgence médicale ?**

Afin de répondre à cette question de départ, je l'ai scindé en trois notions essentielles pour pouvoir organiser le plan de mon cadre théorique. Les trois notions essentielles sont l'urgence médicale, les émotions et la confiance en soi de l'infirmière. Ce cadre théorique a été construit à l'aide de propos d'auteur mais également de recommandations des agences régionales de santé ou de recommandations des institutions d'urgences en France.

Puis, j'ai construit un guide d'entretien avec une dizaine de questions afin de préparer mes futurs entretiens avec des infirmières diplômées d'état. Tout d'abord, j'ai défini le mode interrogatoire qui sera utilisé, j'ai opté pour l'entretien semi-directif afin de laisser le soignant s'exprimer librement. Puis j'ai défini la population interviewée, mon choix s'est porté sur des infirmières diplômées d'état expérimentées afin de prendre en compte leur évolution au fil de leurs expériences, je voulais que ces deux infirmières travaillent dans un service de soin différent, de préférence une infirmière dans un service de soin général et une autre infirmière dans un service de soin travaillant au plus près de l'urgence comme un service de réanimation ou des urgences. Afin de trouver ces professionnels, j'ai su trouver les contacts dans mes anciens stages, j'ai donc communiqué avec ces professionnels sous la forme de mail afin de prendre contact et d'organiser les modalités, le lieu et la date du rendez-vous. Ensuite, je me suis questionné sur les modalités de réalisation de ces entretiens, dans quel lieu ? Comment ? C'est alors que je me suis décidé à utiliser le dictaphone de mon téléphone lors des entretiens afin de pouvoir les retranscrire ultérieurement, j'ai également fait le choix de ne pas utiliser de support papier afin que l'entretien soit clair et que le feed-back soit fluide.

Une fois les entretiens réalisés, la prochaine étape était de retranscrire ces entretiens puis de les analyser. J'ai donc analysé mes entretiens à l'aide de tableaux qui se trouvent en annexe. Puis à la suite de mes tableaux, j'ai mis en mots ce qui en ressortait.

Une fois l'analyse élaborée, je suis passé à la discussion. La discussion m'a permis de me positionner en tant que future professionnelle mais également de mettre en lien les éléments de l'analyse avec les propos des auteurs et les recommandations de mon cadre théorique.

À la fin de cette discussion, des principaux résultats ont émergé, en effet, les représentations de la société sur la notion d'urgence médicale ne sont pas la même que celle des auteurs et de certains professionnels de santé. Le stress a un impact majeur sur le vécu d'une situation d'urgence auprès des infirmières. L'expression des émotions des infirmières a été compliquée, en effet peu de données. L'expérience professionnelle est un vecteur dans la gestion des émotions et de la confiance en soi de l'infirmière lors d'une urgence médicale. Les émotions négatives sont plus mises en avant lors du vécu d'une urgence médicale. Des ressources comme les collègues de travail et les formations sont des éléments primordiaux qui améliorent la prise en charge d'une urgence médicale.

Tous ces résultats sont d'une grande richesse mais j'ai décidé de m'appuyer sur une notion définie à plusieurs reprises par les infirmières lors des entretiens qui est l'expérience professionnelle.

J'ai donc défini une question de recherche qui me semblait pertinente pour mon questionnement professionnel et mon enrichissement personnel, la voici : **En quoi, l'expérience professionnelle de l'infirmière peut impacter la gestion des émotions et la confiance en soi en situation d'urgence médicale ?**

Ce mémoire de fin d'études a été enrichissant professionnellement, il m'a permis de m'ouvrir davantage au monde professionnel qui m'attend grâce à la rencontre de professionnels de santé sur le terrain. Les échanges ont été riches et cela m'a permis d'analyser différents points de vue. Mon cadre théorique avec de nombreuses recherches et les propos d'auteurs m'ont permis de comprendre certains éléments et de mieux comprendre mon rôle dans l'urgence en tant qu'infirmière et de développer ma réflexion professionnelle et personnelle.

Ce travail de recherche se poursuit, ma question de recherche a été élaborée et je souhaite mettre tout en œuvre pour continuer mes recherches afin d'apporter des éléments à ce nouveau questionnement.

En effet, ce travail a été long, des moments de doute ont été présent, des remises en question, ma position de novice face à l'écriture de ce MIRS ont été des éléments de difficultés mais je n'ai pas baissé les bras. Mon futur poste dans un service de réanimation médicale va me permettre d'apporter de nouveaux éléments à cette thématique de mémoire, mais également à la poursuite de cette réflexion avec ma question de recherche. De plus, ce travail me suivra tout au long de ma carrière professionnelle et pourra m'apporter des éléments de connaissance si je suis amené à rencontrer une situation d'urgence.

J'en retiens une expérience enrichissante, le thème que j'ai choisi a été une réelle force dans l'écriture de ce travail. Je ne pensais pas que l'expression des émotions pouvait être aussi complexe et comprendre leur mécanisme d'autant plus. Me voilà arrivé à la conclusion, après tout se parcourt, je suis fière et heureuse de ce que j'ai pu produire. Je vous remercie de l'attention que vous avez eue à l'égard de ce mémoire.

Bibliographie

Ouvrages :

Davidson, R. (2019). *Les profils émotionnels : apprendre à les connaître et mieux vivre avec*. J'ai lu.

Articles de revues :

Blanck, E. (2018). L'intérêt du binôme aide-soignant-infirmier aux urgences. *L'aide-soignante*, 198, 28-30.

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soin infirmiers*, 2005/3, n°82, 31-42.

Chevillotte, J., Cassan, P. (2006). Urgence et formation infirmière aux gestes élémentaires de survie. *Soins savoirs et pratiques*, 708, 24-26.

Christophe, P. (2007). Le mécanisme de défense de l'humour : un outil pour le recadrage. *Cahiers critique de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 39, 39-56.

Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 2017/2, n°129, 18-26.

Leduc- Champroy, A. (2015). La confiance en soi du soignant. *Santé mentale*, n°201, 0-5.

Travail de diplôme :

Monier, H. (2016). Les émotions au travail dans un service d'urgences : vers un management de la régulation émotionnelle collective ? (Travail de thèse). Université Lyon III Jean Moulin / IAE / Laboratoire Magellan. <https://shs.hal.science/halshs-01212854/document>

Dictionnaire :

La langue française. (s.d). <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/intrahospitalier>

Larousse. (s.d.). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>

Larousse. (s.d.). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/binome/9373>

Larousse. (s.d.). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/emotion/28829>

Le Robert. (s.d.). <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/emotion>

Ressources internet :

Benyahia, S. (2022). *L'estime de soi versus la confiance en soi*. <https://infusemagazine.ca/lestime-de-soi-versus-la-confiance-en-soi/>

Dora, L. (2021). *Santé magazine*. <https://www.santemagazine.fr/sante/fiche-maladie/stress-177599>

Goleman, D. (2015). *4 aspects importants de l'intelligence émotionnelle impliqués dans le leadership*. <http://www.psychomedia.qc.ca/psychologie/2015-04-07/leadership-intelligence-emotionnelle>

- Haber, E. (s.d.). *Estime de soi, confiance en soi : définitions et différences*. <http://parispsy.com/les-troubles/estime-de-soi-confiance-en-soi>
- HAS. (2022). *Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf
- HAS. (s.d.). *Être un membre efficace en équipe*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_4.pdf
- Infirmiers. (2011). *La responsabilité de l'infirmier dans les situations d'urgence*. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/la-responsabilite-de-linfirmier-dans-les-situations-durgence>
- Innovation managériale by Francis Boyer. (s.d.). *Les intentions positives des émotions négatives*. <https://www.innovationmanageriale.com/les-intentions-positives-des-emotions-negatives/>
- INSERM. (2021). *Qu'est-ce qu'une urgence médicale ?* <http://www.rencontre-inserm-rein.fr>
- Institut Pi Psy. (2020). *La surprise*. <https://pi-psy.org/encyclopedie/la-surprise/>
- Institut Rafael. (s.d.). *Les mécanismes de défense des soignants*. <https://institut-rafael.fr/actualite-scientifique/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>
- La Fabrique de la danse. (s.d.). *Que sont les émotions*. <https://www.lafabriquedeladanse.fr/2020/formations/formations-leadership/que-sont-les-emotions/>
- Lannoy, R. (s.d.). *Une définition de la confiance en soi*. <https://rogerlannoy.com/changer-de-vie/definition-confiance-soi/>
- Ooreka santé. (s.d.). *Urgence médicale*. <https://premiers-secours.ooreka.fr/comprendre/urgence-medicale>
- Phaneuf, M. (2016). *Relation soignant/soigné : l'intelligence émotionnelle pour humaniser les soins*. <http://www.syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soigne-l.html>
- Phaneuf, M. (2010). *Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers*. <https://www.infirmiers.com/Quelques-reperes-pour-evaluer-attitudes-et-comportements-en-soins-infirmiers1.pdf>
- Psychologue.net. (s.d.). *Tout ce que vous devez savoir sur confiance en soi*. https://www.psychologue.net/confiance-en-soi?position=0&source=adwords&cmp=18209737099&gclid=EAIAIQobChMI16fTjbDe_QIVVSB7Ch1PuwR3EAAYASAAEgKX2vD_BwE
- Psychologies. (s.d.). *Confiance en soi*. <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Confiance-en-soi>
- Roussel, D. (2018). *MACSF*. <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/infirmier-urgence>
- SFAR. (2004). *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières*. https://www.sfm.org/upload/consensus/ce_uvih_court.pdf
- V, Camille. (2021). *Manque de confiance en soi : 7 signes à détecter chez votre partenaire*. <https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/confiance-estime/manque-confiance-en-soi>

Texte législatif :

Article R4311-3 du code de la santé publique du 03 septembre 2008.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416833

Article R4311-5 du code de la santé publique du 03 septembre 2008.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856893/2023-01-08

Article R4311-7 du code de la santé publique du 21 avril 2022.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045649268/2023-01-08

Image d'illustration de couverture :

Jérémie Rumpler. (s.d.). *La réanimation a son DU* (Image). <https://lactu.unistra.fr/n209-edition-du-28-mai-2021/universite/la-reanimation-a-son-du>

Annexes

Annexe I : Les émotions présentes dans mes situations d'appels

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : La retranscription des entretiens

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I : Les émotions présentes dans mes situations d'appels

La peur : D'après le cours de C. LeBihan, formatrice à l'IFSI, une peur reptilienne c'est celle que nous ressentons en cas de danger, la même que celles des autres espèces animales ressentent. C'est donc la peur réflexe, sans même que nous en ayons pris conscience. Il existe trois comportements face à la peur : la fuite, l'attaque ou faire le mort. Le visage pâlit quand nous sommes effrayés (le sang afflue dans le bas du corps pour pouvoir courir si besoin) ou les bras se mettent en protection du visage, les yeux se ferment. Le corps se raidit se contracte pour faire face au choc. La peur apprise, elle s'apparente à de l'anxiété ou à de l'angoisse. Elle s'appuie sur la construction de sa personnalité, sur des blocages psychologiques dus à des expériences antérieures qui se sont mal passées, des traumatismes personnels. (Document non publié (support de cours), 2022)

La surprise : Selon C. LeBihan, formatrice à l'IFSI, la surprise va être quelque chose de simple, de l'ouverture dans le visage, qu'on voit facilement chez l'autre. (Document non publié (support de cours), 2022). « L'état de surprise désigne l'émotion que l'on peut ressentir lorsque l'on vit quelque chose d'inattendu. » (institut pi psy, 2020). C'est l'émotion la plus courte. Elle laisse place rapidement à une autre émotion. L'excitation physiologique augmente lorsqu'elle est associée avec la surprise. L'augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle ainsi que la vasoconstriction sont des signes que la surprise se manifeste chez l'individu, elle induit également une activation parasympathique. La surprise est classée dans les émotions primaires comme la peur, le dégoût, la joie et la tristesse. Cette émotion peut être positive ou négative selon certaines situations et certaines personnes ce qui peut être perçue comme agréable ou désagréable. (institut pi psy, 2020)

Annexe II : Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Eva, je suis actuellement en troisième année d'école infirmière au centre hospitalier universitaire de Pontchaillou à Rennes. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en soins infirmiers, je réalise un entretien sur le thème de la gestion des émotions par l'infirmier(ère) dans le contexte d'une situation d'urgence. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à cet entretien. Je garantis l'anonymat et la confidentialité de vos réponses lors de cet entretien. Êtes-vous en accord pour que l'entretien soit enregistré ? Il sera détruit ultérieurement mais les données seront conservées pour l'analyse.

→ *Connaître le profil de la personne interviewée, son expérience :*

Première question : **Pouvez-vous vous présenter ?**

Questions de relance :

- *Quelles sont vos expériences professionnelles ?*
- *Vous êtes diplômé depuis combien d'années ?*

→ *Connaître l'exposition aux situations d'urgence dans leur quotidien :*

Pour vous, professionnellement, que signifie une situation d'urgence ?

- *Pouvez-vous me la décrire avec vos propres mots, des mots simples ?*

À quelle fréquence se présentent ses situations d'urgence dans votre exercice professionnel ?

Quels impacts ont eu sur vous le vécu d'une situation d'urgence ?

- *Comment cela vous impacte-t-il ?*
- *Quels signes physiques peuvent se manifester chez vous par la situation d'urgence ?*

Qu'est-ce qui est ressources pour vous lors d'une situation d'urgence ?

- *Avez-vous eu des formations sur les situations d'urgence ? l'AFGSU ?*
- *Les collègues de travail, sont-ils une ressource ?*

→ *Connaître la place des émotions et du stress lors d'une urgence médicale :*

Quelles sont les émotions que vous ressentez lors d'une situation d'urgence ?

- *Pouvez-vous me décrire une situation d'urgence que vous avez vécue ?*
- *Comment avez-vous vécu cette situation ?*
- *Quels sentiments avez-vous ressentis ?*
- *Quelles sont les émotions qui vous ont traversé ?*
- *Vos collègues, ont-ils ressenti la même chose que vous ?*
- *Qu'est-ce qui vous amène à être satisfaite quel que soit l'issus de la situation d'urgence ?*
- *Qu'est-ce que vous mettez en place pour atténuer ou diminuer les effets des émotions ?*

Que veut dire pour vous le mot stress ?

- *Décrire avec vos mots, vos représentations de ce mécanisme.*

Êtes-vous confronté au stress dans certaines situations ?

- *Si oui, que mettez-vous en place pour pallier le stress ?*

Lors d'une situation d'urgence, vous sentiez-vous stresser ?

- *Si oui comment cela s'est manifestée ?*
- *Comment vos collègues ont vu que vous étiez stressée ?*

→ *Connaître les adaptations de l'infirmière et les mécanismes de défense :*

Lors d'une situation difficile, pensez-vous mettre en place des mécanismes de défense ?

- *Si oui, quels mécanismes de défense et comment cela se manifeste-t-il ? si non, pourquoi ?*
- *Exprimez-vous vos émotions auprès de votre équipe ou de quelqu'un à la suite d'une situation difficile ?*
- *Comment vous y prenez-vous pour ne pas être submergé par les émotions ?*
- *Face à une situation d'urgence, avez-vous identifié des mécanismes de défense adoptés par vos collègues ? Comment se manifestent-ils ?*
- *Dans une situation d'urgence, qu'est-ce qui est soutien pour vous ? Les ressources mobilisées ?*

→ *Comprendre en quoi la confiance en soi de l'infirmière peut influencer le prendre en soin et les émotions :*

Dans votre métier au quotidien, avez-vous confiance en vous ?

Cette confiance en vous joue-t-elle sur le contrôle de vos émotions et sur la prise en soin du patient ?

- *Est-ce qu'une situation d'urgence peut impacter la confiance que vous avez en vous ?*
- *Selon vous, est-ce qu'une personne qui a confiance en elle va gérer mieux ses émotions lors d'une situation d'urgence ?*
- *Selon vous, qu'est ce qui aiderait une professionnelle à prendre confiance en elle ?*
- *L'environnement du service ainsi que la présence du médecin jouent-ils sur votre confiance en vous ?*
- *Que faites-vous au quotidien pour améliorer votre confiance en vous ?*

→ *Comprendre si l'expérience professionnelle influence la gestion de l'urgence ?*

L'expérience que vous avez acquise au fil des années, facilite-t-elle la prise en soin d'une urgence médicale ?

- *Êtes-vous plus à l'aise que lorsque vous étiez jeune diplômée ?*
- *Qu'est-ce qui fait que vous êtes plus à l'aise qu'avant ?*

Conclusion : Je vous remercie beaucoup pour cet entretien, je vais pouvoir faire l'analyse et réfléchir des thèmes que nous avons abordés. Comme convenu, j'assure l'anonymat de cet entretien. Au revoir.

Annexe III : Retranscription des entretiens

▪ 1^{er} Entretien :

1 **Étudiante en soin infirmier (ESI) :** Bonjour, je m'appelle Eva, je suis actuellement en troisième année
2 d'école infirmière au centre hospitalier universitaire de Pontchaillou à Rennes. Dans le cadre de mon
3 mémoire de fin d'études en soins infirmiers, je réalise un entretien sur le thème de la gestion des
4 émotions par l'infirmier(ère) dans le contexte d'une situation d'urgence. Je vous remercie d'avoir
5 répondu favorablement à cet entretien. Je garantis l'anonymat et la confidentialité de vos réponses lors
6 de cet entretien. Êtes-vous en accord pour que l'entretien soit enregistré ? Il sera détruit ultérieurement
7 mais les données seront conservées pour l'analyse.

8 **IDE 1 :** oui, oui pas de soucis.

9 **ESI :** Pouvez-vous vous présenter ? Me décrire vos expériences professionnelles ? Depuis combien de
10 temps êtes-vous diplômée ?

11 **IDE 1 :** Alors ça fait 15 ans que je suis diplômée. J'ai fait un peu plus de 4 ans d'urgence gynéco-
12 obstétrique en niveau 3 sur la région parisienne, deux ans de réanimation polyvalente pareil sur la région
13 parisienne et depuis ça va faire 8 ans que je suis sur la réanimation médicale à Rennes. Une activité aussi
14 bien jour et nuit sur mes 15 ans d'expérience professionnelle.

15 **ESI :** Pour vous, professionnellement, que signifie une situation d'urgence ?

16 **IDE 1 :** Je dirais une situation où le pronostic vital est engagé, une situation où faut être réactif, écouter
17 ce qui se passe et écouter ce qu'on nous dit. C'est un travail d'équipe, il ne faut pas hésiter à appeler de
18 l'aide sur ce type de situation d'urgence. D'un point de vue infirmier, c'est donc le travail d'équipe,
19 travailler dans un calme relatif, ça veut dire s'écouter entre nous, se dire qui fait quoi, qui est le leader
20 et élaborer le positionnement de chacun. Et, par rapport au patient, c'est effectivement une urgence ou
21 le pronostic vitale peut-être en jeu mais aussi gérer un peu toutes les urgences psychologiques dans le
22 sens où les patients agités s'arrachent les cathéters, ceux qui veulent se lever alors qu'ils ont des
23 machines, cela reste aussi des urgences.

24 **ESI :** Pouvez-vous me la décrire avec vos propres mots, des mots simples ?

25 **IDE 1 :** Une urgence ?

26 **ESI :** Oui, en quelques mots.

27 **IDE 1 :** Situation de détresse vitale ou atteinte ou mise en danger d'un patient.

28 **ESI :** A quelle fréquence se présentent ses situations d'urgence dans votre exercice professionnel ?

29 **IDE 1 :** : C'est un peu particulier, par exemple, selon ton expérience tu vas plus ou moins croire ou
30 avoir l'impression qu'il y a un degré d'urgence. Quand j'étais jeune diplômée le moindre petit truc me
31 semblait important et urgent, parfois, je m'affolais pour quelque chose qui n'était pas forcément urgent,
32 avec l'expérience tu sais vraiment ce qu'il y a d'urgent et de ce qui n'est pas urgent et de ce qui peut
33 attendre ou ce qui ne peut pas attendre. Sur la situation d'urgence, on va avoir l'urgence vitale où ce
34 n'est pas souvent, si on part sur un arrêt cardiaque, je n'en ai pas beaucoup dans le sens où ils ont déjà
35 des machines pour remplacer le rôle du cœur, je ne dirais pas que c'est quelque chose qu'on fait tous les
36 mois, c'est quelque chose encore heureux assez anecdotique. Et, après il y a la situation d'urgence
37 relative ou c'est une défaillance que le patient va faire mais pour lequel il va falloir mettre en œuvre des
38 actes qui vont améliorer cette défaillance et ça je dirais toutes les semaines au quotidien dans notre
39 travail.

40 **ESI :** Ce ne sont pas forcément des arrêts cardio-respiratoires ?

41 **IDE 1** : Non, ça va être plus sur des urgences sur des défaillances respiratoires, un bouchon dans une
42 sonde d'aspiration, une hypoglycémie, ou alors le patient qui va de plus en plus être hypercapnique qui
43 va s'agiter et qu'on va devoir gérer, ça peut être le patient qui va se mettre à convulser pour x ou y
44 raisons. Ce sont des situations où le pronostic vital n'est pas forcément engagé, mais il faut avoir des
45 soins réactifs pour ces patients.

46 **ESI** : Quels impacts ont eu sur vous le vécu d'une situation d'urgence ?

47 **IDE 1** : Les premières situations d'urgence ça a vraiment été une situation de stress intense. C'est réussir
48 à se positionner et avoir les bons gestes et ça a vraiment été une grosse source de stress et avec
49 l'expérience le stress diminue et on arrive plus dans de l'automatisme, à savoir où se placer, quoi faire
50 parce qu'on est devant une situation déjà connue. Quand tu es jeune, tu veux absolument masser, tu es
51 un peu dans l'euphorie, je dirais de la situation d'urgence, parce que tu as l'adrénaline qui arrive alors
52 qu'à l'heure actuelle, je suis plutôt en mode c'est parti il faut le faire. Tu es beaucoup plus dans ... tu
53 sais comment ça va se passer, tu sais ce qu'il faut faire, tu sais anticiper, les médecins ils te connaissent,
54 tu connais les médecins, tu sais ce qu'ils attendent de toi et ce que tu peux attendre d'eux. Tu es vraiment
55 plus dans le calme et maintenant c'est plutôt en mode bon bah il s'arrête, souffle un coup, où il faut
56 l'intuber en urgence, souffle un coup et ça va bien se passer, tu n'es pas toute seule, tu sais ce qu'il faut
57 faire et voilà. Généralement, je souffle un coup, je me recentre et je prends la tête de la situation.

58 **ESI** : Quels signes cliniques peuvent se manifester chez vous par la situation d'urgence ?

59 **IDE 1** : Sur les toutes premières, préparer une ampoule d'adrénaline être en train de trembler, comme
60 dit si-bien une collègue avoir « la raie qui sue » (rire). Transpirer, sentir que tu as eu des émotions et tu
61 sens que tu as eu une décharge d'adrénaline qui arrive qui te fait avancer et qui peut aussi te bloquer sur
62 tes gestes et puis cette sensation parfois d'être vidé à la fin. Content quand ça s'est bien passé, qu'on a
63 réussi à récupérer et à gérer la situation. Et puis, une sensation « de défaite » de non-accomplissement
64 quand ça a échoué et qu'on a fini sur un décès. Sinon en signe physique, j'ai eu une fois où j'ai dû
65 appeler à l'aide et la voix s'est coupé, ça ne sortait plus car tu es concentré sur ce que tu fais et il y a
66 tout qui passe dans ta concentration et plus rien qui passe ailleurs.

67 **ESI** : Qu'est-ce qui est ressources pour vous lors d'une situation d'urgence ?

68 **IDE 1** : Tout au début, j'ai eu des formations « comment appréhender le geste d'urgence ». Après ça a
69 vraiment été l'expérience et la répétition de ces gestes qui ont fait que j'étais un peu moins impacté par
70 cette situation de stress et d'urgence et ça va aussi se jouer avec les collègues avec qui tu es, les collègues
71 qui vont être très calmes, ça va découler tout seul et puis les collègues avec qui ça va partir un peu dans
72 tous les sens et la gestion de ce stress ne va pas être assez canalisé et puis tu n'es pas efficace. En
73 ressources du coup je dirais les formations, et puis j'ai de la chance de suivre le DU Réanimation donc
74 j'ai la chance de faire de la simulation et ça s'est hyper intéressant sur comment gérer une situation
75 d'urgence, comment se positionner, c'est vraiment l'avenir pour appréhender ses situations et puis les
76 collègues et l'environnement. Quand je suis arrivé sur Rennes, le fait de moins bien connaître les
77 médecins, le rangement du matériel et moins connaître l'environnement ça a été plus stressant pour moi,
78 ne pas avoir ses repères peut t'amener à être plus désordonnée. Mais, également tous les protocoles mis
79 en place dans le service de réanimation sur la pose d'une sonde d'intubation en urgence, la pose d'un
80 cathéter permet de poser les choses et d'avancer plus calmement. Toutes ces ressources qui sont mises
81 en place permettent de poser la situation, le fait de connaître bien le service permet aussi de poser la
82 situation et d'être moins en situation de stress et puis après en fonction des collègues avec qui tu
83 travailles va faire que la situation va être moins stressante aussi. Débriefer avec tes collègues fait
84 beaucoup de bien parce que tu vas améliorer ta prise en charge.

85 **ESI** : Quelles sont les émotions que vous ressentez lors d'une situation d'urgence ?

86 **IDE 1** : Lorsque je suis dans la situation, c'est un peu le cerveau en mode OFF, tu ressens l'adrénaline.
87 Tout ce que j'ai intégré par les connaissances et les situations ça va être vraiment je mets mon cerveau
88 en pause, j'écoute ce qu'on me dit et j'exécute. Les émotions sentimentales vont apparaître après la
89 situation, ça peut être parfois au décours du débriefing de la situation, si ça s'est bien passé ça va être
90 de la joie, du troisième degré, de l'humour noir, de l'autosatisfaction le fait d'avoir réussi le travail
91 d'équipe et d'avoir concrétisé, un sentiment de fierté. Puis, en fonction de la situation j'ai déjà fini en
92 larme, pas tout de suite, mais à distance, pas forcément sur le travail, tu rentres chez toi, tu as ton sac de
93 décompression et là tu lâches les vannes parce que tu en as besoin, il y a aussi le côté où on pleure. Au
94 travail, tu es vite repris par l'activité qu'il y a autour donc tu te reconcentres dessus même si tu as un
95 sentiment d'échec et puis parfois quand ça s'est bien passé un peu d'euphorie, de rire pour dédramatiser
96 la situation.

97 **ESI** : Qu'est-ce qui vous amène à être satisfaite quel que soit l'issue de la situation d'urgence ?

98 **IDE 1** : Ce qui nous amène à être satisfait, c'est ce qu'on essaie de faire de plus en plus, c'est des
99 débriefing, ce dire que tout ce qu'on a mis en place on aurait pas pu faire mieux et quand on est sur une
100 situation d'échec, la situation nous a échappé et tout ce que on a mis en avant et notre plan qu'on a
101 suivie on ne pouvait rien faire et ça va être vraiment avec du débriefing que l'on va pouvoir accepter ce
102 côté échec et on va ce dire quand même ce qu'on a fait, on a tout mis en place, on a été efficace, ça n'a
103 pas pris trop de temps, tout le monde a su trouver sa place à ce moment, au final c'est ce dire même si
104 on a pas réussi à sauver la personne, tout ce qu'on a mis en place était efficace et que c'est pas parti dans
105 tous les sens, que on a pas fait d'erreur. La satisfaction ça va être l'efficacité des soins quelle que soit
106 l'issue, après malheureusement, on n'est pas dieu et on ne peut pas toujours sauver toutes situations,
107 c'est ça qu'il faut admettre, on ne peut pas toujours avec les thérapeutiques arriver à ce que la situation
108 soit positive, il faut savoir accepter cet échec-là. Après, finalement est-ce que c'est réellement un échec,
109 la mort fait partie de la vie et faut savoir l'accepter.

110 **ESI** : Qu'est-ce que vous mettez en place pour atténuer ou diminuer les effets des émotions ?

111 **IDE 1** : Se raccrocher à tout ce qu'on a pu connaître, à tout ce qu'on a déjà fait. Avancer de façon
112 mécaniquement, se concentrer sur l'acte, sur le patient et mettre ce qui est émotionnel de côté, le refouler.
113 J'essaie de minimiser mes émotions lors de la situation d'urgence, je reste focus, je garde mon calme,
114 je souffle un coup, je me dis que ça va le faire.

115 **ESI** : Que veut dire pour vous le mot stress ?

116 **IDE 1** : Une angoisse de l'inconnu, une situation où on sort de notre zone de confort, on va devoir faire
117 appel à d'autres automatismes ou connaissances. C'est une situation dans laquelle on se retrouve
118 déstabiliser auquel on n'est pas à l'aise. Il peut y avoir de l'agressivité, car tout le monde est en stress.
119 Pour pouvoir gérer ton stress toi-même, tu ne vas pas donner l'impression d'être très agréable et polie.

120 **ESI** : Êtes-vous confronté au stress dans certaines situations ?

121 **IDE 1** : Maintenant ce n'est plus le stress, c'est l'adrénaline qui monte mais généralement quand tu es
122 stressé tu as toujours une augmentation de ton adrénaline, tu as toujours ton corps qui sécrète de
123 l'adrénaline donc que tu sois stressé tu as toujours de l'adrénaline et généralement quand tu as une
124 production d'adrénaline tu stresses ton corps, c'est physiologique, tu augmentes ta fréquence cardiaque,
125 c'est ton système sympathique qui est comme ça, qui est fait pour survivre. C'est gérer ce flux
126 d'émotions qui arrivent en toi et essayer de le maîtriser.

127 **ESI** : Comment faites-vous pour gérer le stress ?

128 **IDE 1** : De souffler dans un premier temps, de poser les choses, de se reconditionner et remobiliser tout
129 ce qu'on sait pour retrouver une zone de confort et être efficace. Accepter le fait d'être dans cette
130 situation, le fait d'accepter va permettre de diminuer un étage du stress et après essayer de se remobiliser,

131 de se dire c'est bon je ne suis pas toute seule, je sais ce qu'il faut faire, on va appeler à l'aide et puis on
132 va y aller. C'est refouler toutes ces montées d'angoisse pour diminuer et faire redescendre le stress.

133 **ESI :** Comment vos collègues ont vu que vous étiez stressée dans certaines situations ?

134 **IDE 1 :** Je ne sais pas si ça se voit, on n'est jamais venu me voir en me disant « tu as été stressante ».
135 J'ai déjà eu des collègues où oui j'ai ressenti le stress, après moi est-ce que je transmets le stress, je ne
136 pourrais pas te dire.

137 **ESI :** Lors d'une situation difficile, pensez-vous mettre en place des mécanismes de défense ?

138 **IDE 1 :** Je pense que le rire est un mécanisme de défense clairement, le fait que l'on fasse de l'humour
139 noire alors que ce n'est pas le moment. Je pense que c'est vraiment un mécanisme de défense pour
140 relâcher le stress, c'est embêtant pour le patient, on aime l'adrénaline, on aime ce côté aigu mais il y a
141 quand même le patient derrière et tu te dis mais mince il y a une famille qui va perdre quelqu'un, donc
142 beaucoup d'humour noire et de rire qui sont des mécanismes de défenses. Je ne vais pas aller au-devant
143 d'une situation d'urgence, je ne vais pas faire comme certains font en faisant le tour des galeries pour
144 voir si un patient allait défaillir ou quoi que ce soit. Même avec le système de coupe, je ne suis pas tout
145 de suite à sauter sur la situation, à dire je gère, je gère, si l'équipe est là et qu'elle est déjà formée je ne
146 vais pas aller en plus mettre mon grain de sel, ce n'est pas la fuir, c'est trouver la bonne balance. Après
147 quand elle est présente, que ça concerne mon patient où un patient du module, oui la question ne se pose
148 pas, naturellement je vais me positionner sur ce que je préfère faire. Sur les arrêts cardiaques, il y en a
149 qui vont aimer masser, d'autres qui ne vont pas aimer ils vont plus se mettre à l'injection des drogues.
150 Après moi s'il y a une urgence, je ne fais pas demi-tour.

151 **ESI :** Exprimez-vous vos émotions auprès de votre équipe ou de quelqu'un à la suite d'une situation
152 difficile ?

153 **IDE 1 :** Oui, à l'hôpital, on a de la chance d'avoir les psychologues et quand la situation elle est
154 compliquée, je vais en parler avec les psychologues. Sinon, on en parle au débriefing que l'on fait entre
155 nous, il faudrait l'instaurer de plus en plus. On vit des choses incroyables que ce soit du côté positif ou
156 du côté négatif. On vit quand même plus de drame que de côté positif mais je pense que c'est très
157 important d'en parler parce que c'est normal de ressentir tout ce qu'on ressent, on est des humains et
158 c'est ok de ne pas avoir pu gérer et c'est humain d'avoir pleuré, c'est normal de ressentir tout ça c'est
159 pour ça qu'on dit souvent la réa c'est notre deuxième famille, c'est vraiment notre deuxième famille
160 parce que tu partages des choses horribles et des choses magnifiques avec tes collègues. Et puis, moi
161 derrière j'ai la chance que mon conjoint soit aussi infirmier et il a déjà travaillé en service d'urgence, il
162 est pompier volontaire, cela me permet d'en parler avec lui, je ne suis pas face à un mur, il comprend
163 comment ça a pu se passer, comment la situation a pu évoluer, parce qu'il est dans le métier après je ne
164 pense pas que je débrieferais aussi facilement à la maison de certaines choses si mon conjoint n'était
165 pas du même métier.

166 **ESI :** Vous essayiez de garder un maximum au travail, où alors vous faites en fonction de vos besoins ?

167 **IDE 1 :** Au maximum, ça va être au travail et s'il y en a besoin parce qu'il y a des choses maintenant où
168 finalement tu es habitué à certaines situations, donc ça passe et que tu autogères. Cependant, il y en a
169 d'autres où il faut en parler. Ce qui était bien sur des grosses situations difficiles c'était le débriefing
170 avec toutes l'équipe et avec la présence d'un psychologue et d'un médecin hors situation, refaire tout
171 un débriefing et ça aide bien pour passer à autre chose. On a tous nos fantômes. Je pense que quand tu
172 travailles dans le milieu médical on a tous nos fantômes, on ramène malheureusement un peu de... Je
173 parle pour ma part car il y a des collègues où vraiment le travail c'est le travail et il ne ramène rien à la
174 maison. Je pense qu'on est beaucoup à ramener des fantômes à la maison et ce n'est pas facile avec le
175 temps car il y a des histoires qui sont plus difficiles que d'autres mais c'est essayer de ce dire que on a
176 essayé de tout faire et il y a des fois où on se dit ils sont peut-être mieux là-haut, quelle qualité de vie

177 ont leur aurait offert si vraiment on les aurait sauvé parce qu'on peut aller tellement loin dans la
178 réanimation à l'heure actuelle mais avec des conséquences qui peuvent être dramatiques, des fois on se
179 dit juste on a essayé de tout faire, de faire le mieux possible et en espérant que la personne ait profité de
180 ces derniers instants comme il voulait, qui n'a pas eu mal avec un peu de chance il a pu dire au revoir à
181 sa famille.

182 **ESI** : Face à une situation d'urgence, avez-vous identifié des mécanismes de défense adoptés par vos
183 collègues ?

184 **IDE 1** : La fuite, l'humour noir, l'autodérision, la dérision, le renfermement.

185 **ESI** : La fuite, c'est-à-dire ?

186 **IDE 1** : Ce sont généralement des personnes qui quand tu leur demandes si ça va, ils font oui, et puis
187 vont partir dans la direction opposée alors qu'il venait vers toi au départ ou alors il fuit la situation
188 d'urgence, la prise en charge.

189 **ESI** : Dans votre métier au quotidien, avez-vous confiance en vous ?

190 **IDE 1** : Oui, je ne mets pas tout ce que je suis en cause à chaque fois. Après dès qu'il y a un
191 questionnement, je n'hésite pas à aller voir un collègue plus expérimenté ou parfois même moins
192 expérimenté pour avoir un retour de ce qu'ils pensent et puis après il y a toutes les ressources qu'on a à
193 disposition comme l'intranet pour y effectuer des recherches. Je ne viens pas la peur au ventre au travail.

194 **ESI** : Cette confiance en vous joue-t-elle sur le contrôle de vos émotions et sur la prise en soin du
195 patient ?

196 **IDE 1** : Oui, je pense moins tu as confiance en toi plus ça va être difficile de gérer la situation. A
197 contrario, si tu as trop confiance en toi, tu te prends pour superman ça peut être délétère pour ce type de
198 situation.

199 **ESI** : Que faites-vous au quotidien pour améliorer votre confiance en vous ?

200

201 **IDE 1** : Je fais une introspection en mode tu aurais pu penser à ça, tu aurais dû penser à ça, tu as été un
202 peu trop longue à faire ça. J'en discute avec les collègues même quand ça se passe bien et même avec
203 les médecins, c'est toujours agréable quand le médecin vient te voir et te dit tu as géré, ce moment de
204 débriefing permet d'augmenter la confiance en soi.

205

206 **ESI** : Selon vous, qu'est ce qui aiderait une professionnelle à prendre confiance en elle ?

207 **IDE 1** : Quand tu arrives dans un nouveau service et que tu ne connais personne, ça va être te reposer
208 sur des personnes ressources, après faut savoir les reconnaître, savoir sur qui tu peux te reposer au niveau
209 ressource, bien connaître le lieu, fouillez les dispositifs, savoir où est ranger le matériel ça enlèvera déjà
210 un stress de ne pas savoir où c'est. Après ça va être l'expérience, on va renforcer notre confiance sur
211 des soins et sur des pratiques, ça va être la formation, se former, toujours être dans un processus de
212 formation cela va renforcer cette confiance et puis parfois se dire que dans cette situation, on a géré, on
213 n'a pas été si mal que ça, se jeter des fleurs peut être pas mal pour renforcer cette confiance.

214 **ESI** : L'environnement du service ainsi que la présence du médecin jouent-ils sur votre confiance en
215 vous ?

216

217 **IDE 1** : Tellement ! Quand tu es jeune IDE, les médecins vont te tester surtout les anciens réanimateurs,
218 je trouve que les jeunes médecins n'ont pas le même dynamisme d'approche. Il y avait des médecins,
219 j'étais paralysé, il me faisait peur, tu savais qu'il allait t'enchaîner pour la moindre chose. Tu savais que
220 tu allais avoir une situation d'urgence avec tu allais t'en prendre plein la tête. A contrario, quand tu sais

221 que tu as un médecin qui est calme, ça va calmer le reste de l'équipe. Si tu as un médecin qui est paniqué,
222 ça va te faire stresser encore plus et tu vas avoir du mal à gérer les émotions.

223

224 **ESI** : L'expérience que vous avez acquise au fil des années, facilite-t-elle la prise en soin d'une urgence
225 médicale ?

226

227 **IDE 1** : Totalement, il ne faut jamais en vouloir aux jeunes infirmiers qui arrivent dans le service. Je
228 pense qu'il y en a qui oublie un peu trop vite le moment où ils ont commencé. Parce que c'est normal
229 de stresser, que tu paniques un peu et c'est ok ce n'est pas grave c'est pour ça qu'il y a des anciens et
230 qu'on est là, c'est pour ça qu'il y a une équipe, ça viendra avec l'expérience. Au début tu vas être super
231 stressé et puis après tu vas être plus posé, tu vas faire les choses en étant ordonnée et plus tu as cette
232 expérience plus ça sera de l'automatisme. Plus tu vas répéter, plus tu vas avoir ton algorithme et mieux
233 ça va aller.

234

235 **ESI** : Êtes-vous plus à l'aise que lorsque tu étais jeune diplômée ?

236

237 **IDE 1** : À 2000%.

238

239 **ESI** : Qu'est-ce qui fait que vous êtes plus à l'aise qu'avant ?

240

241 **IDE 1** : Les connaissances, je connais les médecins, je sais ce qu'ils attendent de moi, je sais comment
242 ils fonctionnent, je suis plus à l'aise, je gère beaucoup mieux mes émotions donc j'appréhende les
243 situations d'urgence d'une autre manière.

244

245 **ESI** : C'était ma dernière question. Je vous remercie beaucoup pour cet entretien. Au revoir.

▪ 2^{ème} Entretien :

1 **Étudiante en soin infirmiers (ESI) :** Bonjour, je m'appelle Eva, je suis actuellement en troisième année
2 d'école infirmière au centre hospitalier universitaire de Pontchaillou à Rennes. Dans le cadre de mon
3 mémoire de fin d'études en soins infirmiers, je réalise un entretien sur le thème de la gestion des
4 émotions par l'infirmier(ère) dans le contexte d'une situation d'urgence. Je vous remercie d'avoir
5 répondu favorablement à cet entretien. Je garantis l'anonymat et la confidentialité de vos réponses lors
6 de cet entretien. Êtes-vous en accord pour que l'entretien soit enregistré ? Il sera détruit ultérieurement
7 mais les données seront conservées pour l'analyse.

8 **IDE 2 :** D'accord pas de soucis.

9

10 **ESI :** Pouvez-vous vous présenter ? Me décrire vos expériences professionnelles ? Depuis combien de
11 temps êtes-vous diplômée ?

12 **IDE 2 :** Je suis diplômée depuis 1991, cela fait 32 ans. J'ai travaillé en urologie, oncologie, orthopédie,
13 digestif dans une clinique privée de jour et de nuit. J'ai également travaillé en EHPAD puis j'ai postulé
14 au CHU par la suite, où j'ai travaillé en gériatrie et en gynécologie puis en médecine cardiaque.
15 Aujourd'hui, je travaille auprès des patients ayant une maladie chronique dans le service de
16 rhumatologie au CHU.

17 **ESI :** Pour vous, professionnellement, que signifie une situation d'urgence ?

18 **IDE 2 :** Il y a un mal-être, un problème grave, il faut intervenir tout de suite. Il faut mettre tout en œuvre
19 pour agir rapidement, c'est vital ! Une situation d'urgence, c'est dès qu'un patient ne va pas bien, qu'il
20 y a une dégradation brutale du patient.

21 **ESI :** A quelle fréquence se présentent ses situations d'urgence dans votre exercice professionnel ?

22 **IDE 2 :** Je suis en hospitalisation longue durée, il y a des périodes, il y a des patients qui font des
23 malaises, des hypoglycémies, des chutes chez des patients anti coagulé, ce sont quand même des
24 urgences quotidiennes, je dirais 1 fois ou 2 grand max dans le mois.

25 **ESI :** Quels impacts ont eu sur vous le vécu d'une situation d'urgence ?

26 **IDE 2 :** Tout de suite, je prends des mesures, c'est à toi en tant qu'infirmière de donner les premières
27 directives. Il faut se bouger et agir rapidement. Généralement, ça fait bizarre sur le moment surtout
28 quand c'est inattendu dans le sens où je ne travaille pas dans un service d'urgence et que les urgences
29 qu'on gère ne sont pas hebdomadaire. Avant d'arrivé dans la chambre, tu te dis qu'est-ce qui se passe ?
30 sur quoi je vais tomber ! Je reste toujours sur mes gardes mais quand tu ne t'y attends pas, tu prends la
31 situation en pleine face et il faut la gérer. Pour résumé, tu es dans la stupeur quand tu découvres une
32 situation d'urgence. Il m'est arrivé aussi de revenir au travail le lendemain ou quelques jours après et ça
33 m'a fait bizarre, j'étais encore émue, l'environnement a fait que ça a remonté les émotions.

34 **ESI :** Quels signes cliniques peuvent se manifester chez vous par la situation d'urgence ?

35 **IDE 2 :** Ton cœur bat très vite, on se dit c'est l'urgence on donne tout, ma fréquence cardiaque augmente,
36 mes mains peuvent être moites, le stress apparaît. Mon corps est mis à rude épreuve mais je suis
37 tellement concentré et dans ma bulle que je ne m'en aperçois pas sur le moment.

38 **ESI :** Qu'est-ce qui est ressources pour vous lors d'une situation d'urgence ?

39 **IDE 2 :** L'équipe, les collègues qui sont avec toi sur la situation d'urgence, si je suis avec des collègues
40 calmes et posés cela va m'aider dans la situation d'urgence, car je n'aurais pas à gérer leur stress.
41 L'équipe médicale, les internes, les médecins, les anesthésistes, les réanimateurs sont présents lors d'une
42 situation d'urgence dans notre service et leur rapidité et leur disponibilité sont clairement appréciable

43 dans le fait que cela rassure, ce sont des belles prises en charge généralement. On se sent soutenu. Les
44 simulations et mon AFGSU m'ont aidé également. Je dirais aussi que les débriefings sont une ressource
45 car j'ai besoin de dire ce que j'ai vécu, d'extérioriser d'être rassuré sur ma prise en charge et de reprendre
46 mon service. J'oubliais, mais le fait que les réanimateurs, et les médecins parlent calmement et de façon
47 posée c'est apaisant dans l'urgence.

48 **ESI :** Quelles sont les émotions que vous ressentez lors d'une urgence médicale ?

49 **IDE 2 :** Les émotions sont sur la durée de la situation généralement fin en tout cas pour moi c'est comme
50 ça, j'ai de l'inquiétude pour mon patient quand je le découvre, je peux également sur le moment avoir
51 des interrogations, mais après je me concentre directement sur la situation, je me laisse emmener et mes
52 émotions sont mise de côté, j'arrive à gérer mes émotions pendant la situation. Après la situation
53 d'urgence, tu as le contrecoup, ton équipe te demande comment tu vas et parfois tu te mets à craquer, à
54 avoir la voix qui tremble, la gorge qui se noue car sur certaines situations puis tu commences à fatiguer
55 car tu dois continuer à gérer ton secteur et tes autres patients et tout s'accumule. Il faut donc être vigilant.

56 **ESI :** Qu'est-ce qui vous amène à être satisfaite quel que soit l'issue de la situation d'urgence ?

57 **IDE 2 :** Que ça se termine de manière positive ou négative, je suis une éternelle insatisfaite mais j'arrive
58 à reconnaître quand nous faisons en équipe des belles prises en charge, quand c'est très professionnel et
59 très organisé, quand on n'est pas trop nombreux, et quand il y a le débriefing, tous ces éléments me
60 rassurent et ça me booste pour les prochaines urgences. Se dire j'ai fait du bon boulot quand même.
61 Lorsque le médecin, les anesthésistes ou l'interne, nous dit que nous avons bien géré la situation, que
62 nous avons bien effectué notre travail et que nous n'avons rien à nous reprocher.

63 **ESI :** Qu'est-ce que vous mettez en place pour atténuer ou diminuer les effets des émotions ?

64 **IDE 2 :** Pendant la situation, je gère ma respiration, j'effectue des exercices de respiration car je fais
65 beaucoup de yoga et d'hypnose et je reste concentré c'est après la situation, que je mets en place des
66 choses pour me décharger des émotions, j'aime en parler, parler de ce que j'ai vécu au moment du
67 débriefing ou en fin de journée.

68 **ESI :** Que veut dire pour toi le mot stress ?

69 **IDE 2 :** Tu n'es pas capable de canaliser tes émotions, c'est la bête noire, avec le temps le stress s'apaise,
70 tu arrives à gérer différemment. Nous on ne se voit pas forcément stressé mais les autres peuvent le voir,
71 ils ressentent les choses. Il y a du bon stress et du mauvais stress. Le bon stress, quand tu es dans l'action,
72 ça te permet d'avancer mais après trop de stress peut te faire paniquer, ça peut être négatif aussi dans
73 l'action. Il y a une ambivalence entre les deux, tout dépend comment tu réagis. Quand tu es en pleine
74 panique et en stress, tu fais plein de bêtises, tu n'arrives pas à gérer ta situation.

75 **ESI :** Comment faites-vous pour gérer le stress ?

76 **IDE 2 :** Moi, c'est vraiment la respiration, je souffle, je me rassure, je me dis que je ne suis pas toute
77 seule que l'équipe est avec moi. Je prends le temps de réfléchir et de ne pas paniquer.

78 **ESI :** Avez-vous déjà communiqué votre stress à vos collègues ?

79 **IDE 2 :** Oui, au début lorsque j'étais jeune diplômée ce n'était pas simple, mais avec l'expérience j'ai
80 su me canaliser.

81 **ESI :** Lors d'une situation difficile, pensez-vous mettre en place des mécanismes de défenses ?

82 **IDE 2 :** Oui, je me ferme, j'essaie de me mettre dans ma bulle. Je me protège. L'expérience de vie
83 personnel et professionnelle fait qu'à un moment donné, je me mets des œillères. Il faut être vrai pour
84 pouvoir avancer.

85 **ESI** : Exprimez-vous vos émotions auprès de votre équipe ou de quelqu'un à la suite d'une situation
86 d'urgence ?

87 **IDE 2** : Oui, le fait d'en parler ça évacue beaucoup de choses. Quand je rentre à la maison, j'en parle à
88 ma famille, je ne rentre pas dans le détail mais je leur dis que j'ai passé une journée compliqué au travail
89 et je reçois de l'attention donc ça me fait beaucoup de bien. Au travail, je parle dans le débriefing,
90 j'exprime mes émotions et parfois cela peut aussi débloquer mes collègues. Quand il y a des situations
91 difficiles, je vais parler à la psychologue.

92 **ESI** : Avez-vous observé des mécanismes de défense de la part de vos collègues ?

93 **IDE 2** : Non.

94 **ESI** : Dans votre métier au quotidien, avez-vous confiance en vous ?

95 **IDE 2** : Oui, après tant d'années et être dans un service traditionnel tu es à l'aise et tu relativise beaucoup
96 plus mais ça c'est dû à l'expérience quand même car au début tu as beaucoup moins confiance parce
97 que tu apprends, tu as envie de faire bien donc ça booste ton estime de soi et tu en apprends tous les
98 jours donc ta confiance en toi augmente. Si tu ne sais pas, tu demandes comment faire, il ne faut pas y
99 aller comme ça, il faut demander et c'est comme ça que tu te forges. La confiance en soi ça s'apprend
100 et ça s'acquiert au fil des expériences.

101 **ESI** : Cette confiance en vous joue-t-elle sur le contrôle de vos émotions et sur la prise en soin du
102 patient ?

103 **IDE 2** : Oui, ça peut, ça c'est clair. Quand tu as confiance en toi, tu vois directement les choses et tu
104 gères mieux tes émotions. Après avoir trop confiance, ça peut être dangereux et problématique, il faut
105 un juste-milieu.

106 **ESI** : Que mettez-vous en place pour améliorer votre confiance en vous ?

107 **IDE 2** : Je me remets en question pas toujours mais quotidiennement, je demande au collègue qu'est-ce
108 qu'elle aurait fait dans cette situation-là, je demande aussi au médecin.

109 **ESI** : Selon vous, qu'est ce qui aiderait une professionnelle à prendre confiance en elle ?

110 **IDE 2** : Les formations et l'expérience mais aussi la cohésion d'équipe, ça c'est très important, que tu
111 sais que tu peux avoir le soutien de ton équipe.

112 **ESI** : L'environnement du service ainsi que la présence du médecin jouent-ils sur votre confiance en
113 vous ?

114 **IDE 2** : Tout dépend si le médecin est présent directement dans la situation, mais c'est vrai qu'une fois
115 qu'on appelle le médecin et qu'il arrive, c'est lui qui prend les directives et on peut souffler un peu, tu
116 te sens plus confiante quand le médecin te dicte dans l'urgence les actes à effectuer.

117 **ESI** : L'expérience que vous avez acquise au fil des années, facilite-t-elle la prise en soin d'une urgence
118 médicale ?

119 **IDE 2** : Oui car tu deviens plus sereine. Il faut prioriser dans l'urgence et au fil du temps c'est de mieux
120 en mieux. Tu arrives mieux à t'imposer. Puis, le fait de vérifier tous les mois le chariot d'urgence, on le
121 connaît bien et quand on a besoin d'un truc, on ne panique plus.

122 **ESI** : Vous êtes donc plus à l'aise que lorsque vous étiez jeune diplômée ?

123 **IDE 2** : A oui c'est sûr, après tout dépend de ton parcours.

124 **ESI** : C'était ma dernière question. Je te remercie beaucoup pour cet entretien. Au revoir.

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

1- La notion de l'urgence médical chez les infirmières dans leur métier au quotidien			
	IDE 1	IDE 2	Quantitatif
Définition de l'urgence médicale	<p>Situation où le pronostic vital est engagé.</p> <p>C'est effectivement une urgence ou le pronostic vital peut être en jeu.</p> <p>Gérer les urgences psychologiques et comportementales des patients.</p> <p>Situation de détresse vitale ou atteinte ou mise en danger d'un patient.</p>	<p>Il y a un mal-être, un problème grave.</p> <p>C'est vital !</p> <p>Le patient ne va pas bien.</p> <p>Dégradation brutale du patient.</p>	<p>X3 : IDE 1</p> <p>X1 : IDE 2</p>
Les représentations de l'urgence médicale	<p>Si on part sur un arrêt cardiaque, je n'en ai pas beaucoup dans le sens où ils sont déjà des machines pour remplacer le rôle du cœur.</p> <p>Des urgences sur des défaillances respiratoires, un bouchon dans la sonde d'aspiration, une hypoglycémie, des convulsions, une hypercapnie.</p> <p>Ce sont des situations où le pronostic vital n'est pas forcément engagé mais il faut agir.</p>	<p>Il y a des patients qui font des malaises, des hypoglycémies, des chutes ce sont quand même des urgences quotidiennes.</p>	
La fréquence d'apparition d'une urgence médicale	<p>On va avoir l'urgence vitale où ce n'est pas souvent, je dirais que c'est quelque chose qu'on fait tous les mois, c'est quelque chose d'assez anecdotique.</p> <p>La situation d'urgence relative, ou c'est une défaillance que le patient va faire, je dirais toutes les semaines, au quotidien dans notre travail.</p>	<p>Il y a des périodes.</p> <p>Je dirai une fois à deux fois grand max dans le mois.</p>	

<p>Le rôle de l'infirmière dans la l'urgence médicale</p>	<p>Il faut être réactif. Il faut avoir des soins réactifs.</p> <p>Écoute : « écouter ce qui se passe, écouter ce qu'on nous dit, s'écouter entre nous ».</p> <p>C'est un travail d'équipe. Ne pas hésiter à appeler de l'aide.</p> <p>Communication : Élaborer le positionnement de chacun, se dire qui fait quoi.</p>	<p>Il faut intervenir tout de suite.</p> <p>Il faut mettre tout en œuvre pour agir rapidement.</p>	<p>X2 : IDE 1 X3 : IDE 1 X3 : IDE 2</p>
<p>Le vécu de la situation d'urgence</p>	<p>« Selon ton expérience, tu vas plus ou moins croire ou non avoir l'impression qu'il y a un degré d'urgence. Quand j'étais jeune diplômée le moindre petit truc me semblait important et urgent, des fois je m'affolais pour quelque chose qui n'était pas forcément urgent, avec l'expérience tu sais vraiment ce qu'il y a d'urgent et de ce qui n'est pas urgent et de ce qui peut attendre ou ce qui ne peut pas attendre ».</p> <p>« Avec l'expérience, le stress diminue et on arrive plus dans de l'automatisme, à savoir où se placer, quoi faire parce qu'on est devant une situation déjà connue. »</p> <p>Avec l'expérience, tu sais ce qu'il faut faire parce qu'on est devant une situation déjà connue. Tu sais anticiper, les médecins te connaissent, tu connais les médecins . Tu es dans le calme. « Travailler dans un calme relatif »</p> <p>« Tu sais ce qu'il faut faire »</p> <p>« Souffle un coup ».</p>	<p>C'est à toi en tant qu'infirmière de donner les premières directives.</p> <p>Il faut se bouger et agir rapidement.</p> <p>Ça fait bizarre sur le moment surtout quand c'est inattendu.</p> <p>Avant d'arrivé dans la chambre, tu te demandes qu'est-ce qui se passe ? sur quoi je vais tomber → de l'inconnu.</p> <p>Tu ne t'y attends pas. Tu es dans la stupeur.</p>	<p>X3 : IDE1 X2 : IDE 1 X2 : IDE 1 X4 : IDE 1 X3 : IDE 2</p>
<p>L'impact d'une situation d'urgence sur le soignant</p>	<p>Avant : Situation de stress intense. Adrénaline qui arrive</p>	<p>Avant : Psychologique : Tu prends la situation en pleine face et il faut la gérer.</p>	<p>X7 : IDE 1 X2 : IDE 2 X2 : IDE 1</p>

	<p><u>Pendant :</u> <u>Psychologique :</u> sentir que tu as des émotions <u>Physique :</u> Tremblements, transpiration, voix coupée. Euphorie Décharge d'adrénaline qui peut te faire avancer mais aussi bloquer sur tes gestes.</p> <p><u>Après :</u> <u>Psychologique :</u> Être vidé à la fin. Sensation de défaite, de non-accomplissement quand ça a échoué et qu'on a finis sur un décès. Content quand ça s'est bien passé.</p>	<p><u>Pendant :</u> <u>Physique :</u> Cœur qui bat vite, fréquence cardiaque qui augmente. Stress qui apparaît. Mains moites. Mon corps est mis à rude épreuve.</p> <p><u>Après :</u> Revenir au travail le lendemain, et ça fait bizarre, j'étais encore émue. (2) <u>Environnemental :</u> L'environnement a fait remonter les émotions.</p>	
<p>Les ressources lors d'une situation d'urgence</p>	<p>Les formations que j'ai pu faire « comment gérer une situation d'urgence ». DU Réanimation avec la simulation.</p> <p>L'expérience et la répétition des gestes → moins impacté par cette situation de stress et d'urgence.</p> <p>Les collègues de travail : « les collègues qui vont être très calmes ça va découler tout seul et puis les collègues avec qui ça va partir un peu dans tous les sens et la gestion du stress ne va pas être canalisé ».</p> <p>L'environnement de travail : « ne pas connaître l'environnement a été plus stressant pour moi au début » → « le fait de connaître bien le service permet de poser la situation et d'être moins en situation de stress ».</p> <p>Les protocoles : « permet de poser les choses et d'avancer plus calmement ».</p> <p>Toutes ces ressources vont permettent de poser la situation.</p> <p>Débriefing : « beaucoup de bien », « tu vas améliorer ta prise en charge ».</p>	<p>Les collègues de travail : « si je suis avec des collègues calmes et posés cela va m'aider dans la situation d'urgence, je n'aurais pas à gérer leur stress ».</p> <p>L'équipe médicale : « leur rapidité et leur disponibilité ».</p> <p>Les simulations, mon AFGSU.</p> <p>Les débriefings « j'ai besoin de dire ce que j'ai vécu, d'extérioriser et d'être rassuré sur ma prise en charge ».</p> <p>Le fait que les médecins et réanimateurs parlent calmement et de façon posée, c'est apaisant.</p>	<p>X3 : IDE 1</p> <p>X2 : IDE 2</p> <p>X3 : IDE 2</p> <p>X2 : IDE 2</p>

2 - La place des émotions lors d'une urgence médicale

	IDE 1	IDE 2	Quantitatif
La temporalité des émotions	<p>Les émotions sentimentales vont apparaître après la situation, ça peut être parfois au cours du débriefing ou chez elle.</p> <p>Au travail, tu es vite repris par l'activité qu'il y a autour, donc tu te reconcentres dessus.</p>	<p>Les émotions sont sur la durée de la situation.</p> <p>Tu dois continuer de gérer ton secteur.</p> <p>Avant/ pendant la découverte : Inquiétude Interrogations</p> <p>Pendant : Concentration, Émotions mise de côté.</p> <p>Après : Fatigue, Être vigilant</p>	
Les émotions positive	<p>Si ça s'est bien passé ça va être de la joie, du troisième degré, de l'humour noir, de l'autosatisfaction, un sentiment de fierté.</p> <p>Euphorie, rire → dédramatiser la situation.</p>	<p>J'arrive à gérer mes émotions par la suite.</p>	X1 : IDE 1
Les émotions négatives	<p>J'ai déjà fini en larme, Tu lâches les vannes, Il y a aussi le côté où on pleure, Sentiment d'échec.</p>	<p>Parfois tu te mets à craquer, Voix qui tremble, Gorge qui se noue,</p>	X2 : IDE 1
Satisfaction quel que soit l'issue de la situation	<p>Les débriefings « On n'aurait pas pu faire mieux », « C'est avec le débriefing, que l'on va pouvoir accepter ce côté échec ».</p> <p>Efficacité des soins quel que soit l'issue. Chacun a trouvé sa place. Pas d'erreur. Organisé.</p>	<p>Équipe qui réalise une belle prise en charge, Organisé, professionnel.</p> <p>Pas trop nombreux.</p> <p>Débriefing : médecin qui rassure, qui dit « que nous n'avons rien à nous reprocher ». « Se dire j'ai fait du bon boulot ».</p>	X9: IDE 1 X2 : IDE 2

<p>La gestion des émotions</p>	<p>Réassurance : « je souffle un coup, je garde mon calme, je me dis que ça va le faire ».</p> <p>Avancer de façon mécaniquement Concentration sur l'acte.</p> <p>Refouler ses émotions.</p> <p>Minimiser les émotions.</p>	<p>J'arrive à gérer mes émotions pendant la situation.</p> <p>Pendant : Je gère ma respiration, concentration.</p> <p>Après : elle met en place des choses, communication, décharge ses émotions, exprime ce qu'elle a vécu.</p>	<p>X4 : IDE 2</p>
---------------------------------------	---	---	--------------------------

2- La place du stress lors d'une urgence médicale

	IDE 1	IDE 2	Quantitatif
<p>Définition du stress</p>	<p>Une angoisse de l'inconnu, une situation où on sort de sa zone de confort, on va devoir faire appel à d'autres automatismes ou connaissances. C'est une situation dans laquelle on se retrouve déstabiliser auquel on n'est pas à l'aise.</p>	<p>Ne pas être capable de canaliser ses émotions.</p> <p>La bête noire.</p> <p>Avec le temps, le stress d'apaise → expérience.</p> <p>Il y a du bon stress quand tu es dans l'action, ça te permet d'avancer mais après trop de stress peut te faire paniquer, ça peut être négatif aussi dans l'action. Il y a une ambivalence entre les deux, tout dépend comment tu réagis.</p>	<p>X2 : IDE 2 X7 : IDE 2</p>
<p>Communication du stress aux collègues</p>	<p>« J'ai déjà eu des collègues où oui j'ai ressenti le stress ».</p>	<p>Les collègues peuvent ressentir le stress même si tu ne te vois pas forcément stresser.</p> <p>Avec l'expérience, tu te canalises.</p>	
<p>L'impact du stress</p>	<p>Agressivité</p>	<p>Impossibilité de gérer la situation → stress et panique.</p>	<p>X5 : IDE 1</p>

	<p>Tu vas donner l'impression de ne pas être agréable et polie.</p> <p>Adrénaline qui monte. « Tu ressens l'adrénaline ».</p> <p>« Lorsque je suis dans la situation, c'est un peu le cerveau en mode OFF ».</p> <p>Je mets mon cerveau en mode pause. J'écoute ce que l'on me dit et j'exécute.</p>	Après la situation d'urgence, tu as le contre-coup.	
La gestion du stress	<p>Gérer le flux d'émotions qui arrivent en toi et essayer de le maîtriser.</p> <p>Respiration : souffler.</p> <p>Réflexion : poser les choses.</p> <p>Retrouver sa zone de confort.</p> <p>Acceptation de la situation.</p> <p>Réassurance : ne pas être toute seule, savoir ce qu'il faut faire.</p> <p>Refouler les angoisses pour diminuer et faire redescendre le stress.</p>	<p>Respiration.</p> <p>Réassurance : « tu n'es pas seule, l'équipe est là »</p> <p>Réflexion.</p>	X3 : IDE 1

2- Les adaptations et les mécanismes de défense mis en place par les soignants

	IDE 1	IDE 2	Quantitatif
Les mécanismes de défense des soignantes	<p>Le rire, l'humour noir.</p> <p>« Beaucoup d'humour noir et de rire qui sont des mécanismes de défense ».</p> <p>Protection :</p> <p>« Je ne vais pas aller au-devant » « Je ne suis pas tout de suite à sauter sur la situation si l'équipe est là » « Trouver la bonne balance »</p> <p>« Si ça concerne mon patient, naturellement je vais me positionner ». « Après moi, s'il y a une urgence je ne fais pas demi-tour ».</p>	<p>Je me ferme, je me mets dans ma bulle, je me protège.</p> <p>L'expérience de vie fait que je me mets des œillères.</p>	X2 : IDE 1
Les mécanismes de défense de l'équipe	<p>La fuite, l'humour noir, l'autodérision, le renfermement.</p> <p>« Ce sont généralement des personnes qui quand tu leur demandes comment ça va, ils font oui et vont dans la direction opposée ».</p> <p>Certains fuient la situation d'urgence, la prise en charge.</p>	X	X1 : IDE 1
Communication des émotions	<p>Communication à l'hôpital : débriefing avec médecins et psychologue, « on est des humains et c'est ok de ne pas avoir pu gérer et c'est humain d'avoir pleuré ».</p> <p>Communication à son domicile : conjoint qui est IDE et pompier volontaire, soutien, « je ne débrierais pas aussi facilement à la maison de certaines choses si mon conjoint n'était pas du même métier ».</p>	<p>Communication en équipe : débriefing, j'exprime mes émotions, déblocage des collègues, psychologue.</p> <p>Communication à mon domicile : famille, pas de détail, reçois de l'attention.</p>	X4 : IDE 1 X3 : IDE 1
L'impact des situations d'urgence sur la vie quotidienne	<p>On a tous des fantômes.</p> <p>« On ramène des fantômes à la maison. Ce n'est pas facile avec le temps car il y a des histoires plus difficiles que d'autres ».</p>	X	X3 : IDE 1

3- L'expérience et la confiance en soi des soignants dans la gestion des émotions et dans l'urgence médicale			
	IDE 1	IDE 2	Quantitatif
La présence ou non de la confiance en soi	Oui, je ne remets pas tout ce que je suis en cause à chaque fois. Je ne viens pas la peur au ventre au travail.	Oui, après tant d'années. « Tu es à l'aise et tu relatives beaucoup plus mais ça c'est dû à l'expérience... »	X2 : IDE 2
Les moyens mis en œuvre pour améliorer la confiance en soi	Introspection → point positif et à améliorer sur moi-même. « Se jeter des fleurs » Communication avec les collègues et les médecins → permet d'augmenter ta confiance en soi quand il te dit que tu as bien géré la situation.	Remise en question. Communication avec les collègues et les médecins pour connaître leur point de vue sur certaines situations d'urgence.	X3 : IDE 1 X4 : IDE 2
Les ressources pour améliorer la confiance en soi	Les collègues → questionnements, avoir un retour de ce qu'ils pensent. L'intranet → effectuer des recherches. Connaitre son environnement → fouillez le matériel, savoir où est ranger le matériel. Le médecin → calme.	Les formations et l'expérience. Cohésion d'équipe → soutien de ton équipe. Présence du médecin → plus confiante quand le médecin te dicte dans l'urgence les actes à effectuer. Vérification tous les mois du chariot d'urgence → connaissance, moins de panique.	
Le mécanisme entre la confiance en soi et la gestion des émotions	« Je pense que moins tu as confiance en toi plus ça va être difficile de gérer la situation. A contrario, si tu as trop confiance en toi, tu te prends pour superman, ça peut être délétère pour ce type de situation. »	« Quand tu as confiance en toi, tu vois directement les choses et tu gères mieux tes émotions. Après avoir trop confiance, ça peut être dangereux et problématique, il faut un juste-milieu ».	
L'expérience professionnelle en lien avec la gestion des émotions et la confiance en soi de l'IDE	Plus à l'aise que lorsqu'elle était jeune diplômée. L' expérience va renforcer notre confiance sur des soins et des pratiques, ça va être la formation, se former, être toujours dans un processus de formation ».	Au début tu es moins en confiance parce que tu es dans l'apprentissage. Tu apprends tous les jours, donc ta confiance en soi augmente, tu as envie de bien faire donc ça booste ta confiance en toi.	

	<p>« C'est normal de stresser, que tu paniques un peu et c'est ok ce n'est pas grave c'est pour ça qu'il y a des anciens et qu'on est là, ça viendra avec l'expérience ».</p> <p>Avec l'expérience, meilleure gestion des émotions, appréhende les situations d'urgence d'une autre manière.</p>	<p>La confiance en soi ça s'apprend et ça s'acquiert au fil des expériences.</p> <p>Tu deviens plus sereine, tu arrives mieux à t'imposer.</p> <p>Priorisation.</p>	
--	--	---	--

NOM : **GUILLOCHET**

PRENOM : **Eva**

TITRE DU MEMOIRE : *La gestion des émotions et la confiance en soi de l'infirmière en situation d'urgence médicale.*

This study focuses on emotional management and nurse confidence during a medical emergency. Indeed, every professional can be confronted at least once in his career with an emergency situation. A starting question was defined after writing two call situations outcome my nursing internships, here it is: **how can emotions influence the nurse's self-confidence in caring for a patient in a medical emergency?** To answer this question, a theoretical framework was constructed from the author's comments.

To complete this study, two meetings were held with two experienced nurses. The first nurse work in medical resuscitation and the second nurses work in a rheumatology department. These meetings took the form of an interview during which several questions were asked, and data were derived. Using the data obtained, an analysis was carried out and results appeared, then a cross-reading was carried out with the theoretical framework. Several significant elements emerged, such as the professional experience that plays an important role in managing emotions and improving nurse confidence; the stress that has a significant impact during an emergency situation and the representations of the population on the notion of medical emergency.

These results allowed me to bring my professional positioning to the discussion and a research question was developed: **how can the nurse's professional experience impact emotional management and self-confidence in a medical emergency?**

La présente étude se porte sur la gestion des émotions et la confiance en soi de l'infirmière lors d'une situation d'urgence médicale. En effet, chaque professionnel peut être confronté au moins une fois dans sa carrière à une situation d'urgence. Une question de départ a été définie après l'écriture de deux situations d'appels issue de mes stages infirmiers, la voici : **en quoi, les émotions peuvent-elles influencer la confiance en soi de l'infirmière dans la prise en soins d'un patient en situation d'urgence médicale ?** Afin de répondre à cette question, un cadre théorique a été construit s'appuyant sur les propos d'auteurs.

Afin de mener à bien cette étude, deux rencontres avec deux infirmières expérimentées ont eu lieu. La première exerçant en réanimation médicale et la deuxième exerçant dans un service de rhumatologie. Ces rencontres se sont déroulées sous forme d'un entretien où plusieurs questions leur ont été posées et des données en ont découlés. Grâce aux données obtenues, une analyse a été effectuée et des résultats sont apparus, puis une lecture croisée a été réalisée avec le cadre théorique. Plusieurs éléments significatifs sont ressortis comme l'expérience professionnelle qui joue une importance dans la gestion des émotions et l'amélioration de la confiance en soi chez l'infirmière ; le stress qui a un impact important lors d'une situation d'urgence et les représentations de la population sur la notion d'urgence médicale.

Ces résultats m'ont permis d'apporter mon positionnement professionnel lors de la discussion et une question de recherche a été élaborée : **en quoi, l'expérience professionnelle de l'infirmière peut impacter la gestion des émotions et la confiance en soi en situation d'urgence médicale ?**

MOTS CLES: MEDICAL EMERGENCIES – EMOTIONS – STRESS – SELF CONFIDENCE –EXPERIENCE

MOTS CLES : URGENCES MÉDICALE – ÉMOTIONS – STRESS – CONFIANCE EN SOI – EXPÉRIENCE

Institut de formation en soins infirmiers : 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 : 2023