



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.

2, Rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

## **Les émotions de l'infirmier(ère) et l'accompagnement des familles en SMUR**



Formateur référent : Béatrice MARCHADOUR

CUNY Cinthya

IFSI Rennes CHU

Promotion 2021-2024

Date : 06 Mai 2024



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

**Diplôme d'Etat Infirmier**

**Travaux de fin d'études :**

**Les émotions de l'infirmier(ère) et l'accompagnement des familles en SMUR**

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

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

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

*Le 01/05/2024*

*Identité et signature de l'étudiant : CUNY Cinthya*

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE  
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

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

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

## REMERCIEMENTS

---

Ce travail est le fruit de mes trois années de formation en soins infirmiers.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers ma mère, car sans ELLE, cette formation n'aurait jamais été réalisable.

Un grand merci à mon chéri, pour tout l'amour et l'énergie qu'il m'a donnés tout au long de ces trois années de formation. Sa fierté envers ma future profession me touche énormément.

Mes sœurs, mes beaux-frères, ma nièce, mes neveux et mes amis m'ont toujours encouragée dans mes choix personnels et professionnels. Ils ont toujours été là pour moi afin de m'aider à franchir chaque étape de ces années d'étude. Ils m'ont également soutenue dans les moments heureux comme dans les moments plus difficiles.

Mes collègues de promotion, Laetitia, Pascale, Lauriane, Adeline, Marie Clara qui sont devenues des amies avec qui j'ai pu échanger, m'enrichir, me construire en tant que future infirmière.

Je tiens à remercier Emmanuelle pour la création de l'illustration graphique de mon sujet de mémoire.

Un remerciement tout particulier à Mme MARCHADOUR pour son accompagnement bienveillant et son écoute attentive lors de cette année de recherche et de rédaction. Votre soutien a été précieux dans cette étape importante de ma vie. Aussi, il me tient à cœur de remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI du CHU de Rennes pour son soutien.

Merci à toutes les équipes professionnelles de mes divers stages qui m'ont formée pendant ces trois années et surtout deux services en particulier (le cabinet libéral, les urgences et le SMUR).

Un grand merci aux deux infirmiers du SMUR pour avoir généreusement accepté l'entretien et qui se sont rendus disponibles pour répondre à mon guide d'entretien.

Je tiens à rendre hommage à mon papa qui nous a quittés. Durant ces trois années, je sais que tu m'as soutenue depuis l'au-delà, me poussant à persévérer sans relâche. Ta force, héritée de ta vie de militaire, blessé de guerre, continue de m'inspirer et je suis fière de porter ton héritage. Je sais que tu es fier de moi également.

Je consacre ce MIRSI à la mémoire de cet adolescent afin de lui rendre hommage. 🕊️

A tous, un très grand **MERCI** ...

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. LA SITUATION DE DÉPART.....</b>	<b>2</b>
1.1. Les situations d'appels.....	2
1.1.1. Première situation : Au-delà de l'urgence, une tragédie sur la route.....	2
1.1.2. Deuxième situation : Au-delà de l'urgence, la tragédie d'une tentative de suicide.....	3
1.2. Cheminement vers la question de départ.....	4
1.3. Le questionnement.....	5
<b>2. LE CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>6</b>
2.1. SAMU/SMUR.....	7
2.1.1. Définition et cadre législatif du SAMU/SMUR.....	7
2.1.2. Intervention en SMUR.....	8
2.1.3. Le stress des soignants en SMUR.....	8
2.2. PRISE EN SOIN LORS D'UNE URGENCE VITALE.....	9
2.2.1. Définition d'une prise en soin.....	9
2.2.2. Définition d'une urgence vitale.....	10
2.2.3. Relation soignant-soigné.....	10
2.2.4. Communication non verbale avec le patient.....	10
2.2.5. Relation de confiance.....	11
2.2.6. Proxémie.....	11
2.2.7. Intimité.....	12
2.3. LES ÉMOTIONS.....	12
2.3.1. Définition d'une émotion.....	12
2.3.2. Sept émotions de base.....	12
2.3.3. L'accueil des émotions.....	13
2.3.4. Les compétences émotionnelles.....	13
2.4. L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES SUR LE LIEU D'INTERVENTION.....	13
2.4.1. Définition de l'accompagnement.....	13
2.4.2. Définition de la famille.....	14
2.4.3. Traumatisme psychique des familles.....	14
2.5. LA GESTION DES ÉMOTIONS DE L'INFIRMIÈRE EN SITUATION D'URGENCE.....	14

2.5.1. Impact du lieu d'intervention.....	14
2.5.2. Mécanismes de défense.....	15
2.5.3. Le transfert et le contre-transfert.....	16
<b>3. MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>16</b>
<b>4. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS.....</b>	<b>17</b>
4.1. La présentation des infirmiers.....	17
4.2. Le déroulement d'une sortie SAMU/SMUR.....	18
4.3. La prise en soin du patient lors d'une urgence vitale par l'équipe du SMUR.....	19
4.4. Les émotions des infirmiers.....	21
4.5. L'accompagnement des familles sur le lieu d'intervention.....	21
4.6. La gestion des émotions.....	23
<b>5. DISCUSSION.....</b>	<b>24</b>
5.1. Approche de la prise en charge lors d'une urgence vitale.....	24
5.2. Les réactions émotionnelles induites chez l'IDE par une situation d'urgence.....	25
5.3. Accompagner les familles sur le lieu d'intervention.....	26
5.4. Traumatisme psychique des familles.....	27
5.5. La gestion des émotions de l'infirmier dans un contexte de SMUR.....	28
5.6. L'épuisement professionnel et les défis émotionnels chez les IDE en SMUR.....	29
5.7. Gestion des situations traumatiques et inattendues en SMUR.....	30
5.8. Les débriefings.....	31
5.9. Cheminement depuis les situations d'appels.....	33
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>36</b>
<b>WEBOGRAPHIE.....</b>	
<b>FILMOGRAPHIE.....</b>	
<b>Annexe I : Analyse de situations ou activités rencontrées.....</b>	
<b>Annexe II : Carte mentale pour parvenir à mon questionnaire.....</b>	
<b>Annexe III : AFGSU - Protocoles types - Gestes et soins d'urgence niveau 2.....</b>	
<b>Annexe IV : Aide au guide d'entretien.....</b>	
<b>Annexes V : Guide d'entretien.....</b>	
<b>Annexe VI : Tableau de méthodologie.....</b>	

**Annexe VII : Retranscription des entretiens.....**

**Annexe VIII : Analyse descriptive des entretiens.....**

**Annexe IX : Débriefing.....**

## SIGLIER

<b>AFGSU</b> : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence	<b>MIRSI</b> : Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers
<b>ANAES</b> : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	<b>PLAN NOVI</b> : Nombreuses victimes
<b>ARM</b> : Assistant de régulation médicale	<b>REC</b> : Régulation émotionnelle collective
<b>AS</b> : Aide-soignant	<b>RH</b> : Ressources humaines
<b>AVP</b> : Accident de la voie publique	<b>SAMU</b> : Service d'aide médicale urgente
<b>CESU</b> : Centre d'enseignement des soins d'urgences	<b>SAS</b> : Service d'accès aux soins
<b>CUMP</b> : Cellule d'urgence médico-psychologique	<b>S.D.</b> : Sine datum
<b>ESI</b> : Etudiant en soins infirmiers	<b>SFMU</b> : Société française de médecine d'urgence
<b>HAS</b> : Haute autorité de santé	<b>SMUR</b> : Les structures mobiles d'urgence et de réanimation
<b>IADE</b> : Infirmier(e) anesthésiste diplômée d'État	<b>SUDF</b> : Samu urgences de France
<b>IAO</b> : Infirmier(e) d'accueil et d'orientation	<b>TS</b> : Tentative de suicide
<b>IDE</b> : infirmier(e) diplômée d'État	<b>UE</b> : Unité d'enseignement
<b>IFSI</b> : Institut de formation en soins infirmiers	<b>UHCD</b> : Unité d'hospitalisation de courte durée
<b>INSEE</b> : Institut national de la statistique et des études économiques	<b>UMH</b> : Unité mobile hospitalière
	<b>VRM</b> : Véhicule radio-médicalisé
	<b>VSAV</b> : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

## **GLOSSAIRE**

**Un plan NOVI** : C'est un plan d'urgence pour secourir un nombre important de victimes dans un même lieu. Le plan NOVI est déclenché par le préfet et mobilise l'ensemble des acteurs de la chaîne de secours.

## CITATION

*« On ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, c'est instinctif, spontané, et jamais calculé. »*

Graham Greene

## INTRODUCTION

La présentation de ce mémoire est l'aboutissement de trois années d'études en soins infirmiers. Le choix du sujet du mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers revêt d'une grande importance, c'est souvent un sujet qui nous interpelle, nous émeut, nous pousse à réfléchir sur nous-même. Ainsi, après un stage de dix semaines dans un service d'urgence pour adultes et pédiatrique, c'est lors des sorties SMUR que mon mémoire a pris forme, sur la thématique de la gestion des émotions des infirmières et de l'accompagnement des familles sur le lieu de prise en charge de patients en situation d'urgence vitale au sein d'un SMUR.

Les situations que j'ai sélectionnées pour ce mémoire se sont déroulées lors de mon premier stage de troisième année, dans un service que j'avais spécifiquement sollicité. Ce stage a constitué une véritable prise de conscience tant sur mon projet professionnel que sur la perspective de ce sujet de mémoire.

Après avoir exercé pendant dix ans en tant qu'aide-soignante et cinq ans en tant qu'auxiliaire de puériculture, j'ai été confrontée à des situations d'urgences variées, que ce soit au sein d'urgences pédiatriques, gynécologiques ou dans un bloc obstétrical. La gestion des émotions s'est avérée un défi complexe lors de certaines interventions, que ce soit pour le patient ou les familles.

Lorsqu'un futur infirmier achève sa formation, il est conscient qu'au cours de sa carrière, il sera vraisemblablement confronté à des situations d'urgence mettant en jeu le pronostic vital des patients, nécessitant ainsi un soutien significatif aux familles. Indépendamment du lieu d'exercice, ces circonstances nous obligent à gérer nos propres émotions et notre stress ainsi que ceux des patients et de leurs familles. Nos réponses émotionnelles peuvent influencer la qualité des soins que nous dispensons, soit en les entravant, soit en les améliorant.

Je vais entamer mon mémoire en révélant les racines de ce travail, en explorant les idées qui ont suscité cette thématique et les échanges qui ont mené à la formulation de ma question initiale. Par la suite, je présenterai les concepts principaux que j'ai identifiés à travers la littérature scientifique. En m'appuyant sur mes lectures, je vais élaborer un guide d'entretien qui sera utilisé pour interroger les infirmiers et infirmières sur cette thématique. Enfin, je confronterai les apports des professionnels de la santé avec les conclusions de la littérature afin de parvenir à une finalité de cette recherche.

# 1. LA SITUATION DE DÉPART

## 1.1. Les situations d'appels

### 1.1.1. Première situation : Au-delà de l'urgence, une tragédie sur la route

L'équipe du SMUR a été appelée à quatorze heures sur un AVP impliquant une voiture avec un scooter et une personne en état d'inconscience. Sans perdre une seconde, nous nous sommes précipités à l'extérieur vers la voiture du SMUR. Le trajet s'est déroulé à grande vitesse avec des avertisseurs sonores stridents pour signaler notre situation d'urgence, créant une atmosphère inhabituellement calme à l'intérieur du véhicule.

Arrivés sur les lieux, nous découvrons cette scène accidentelle avec une voiture renversée dans un fossé et un scooter gravement endommagé. Le conducteur du scooter, un jeune homme sans casque (son casque reposait à côté de lui, laissant des marques du système d'accroche du casque sous sa mandibule), inconscient dans les ronces et présentant des blessures faciales, une fracture à la jambe, et un pronostic vital engagé. Il était clair que l'impact avait été violent, compte tenu de la distance entre le jeune homme et son scooter. Le médecin a rapidement pris en charge le patient tandis que nous avons réalisé des gestes d'urgence ; posant des voies veineuses et administrant des médicaments pour procéder à la prochaine étape par le médecin : l'intubation du patient. Nous avons également demandé des nouvelles du conducteur de la voiture impliquée, qui avait pu sortir du véhicule par ses propres moyens mais avait été transféré aux urgences en état de choc.

Les pompiers nous ont informés qu'ils n'avaient pas pu trouver l'identité du jeune homme et ont estimé son âge entre seize et vingt ans. Ensuite, nous avons été informés par les pompiers que la mère du jeune homme était présente sur les lieux, vivant un moment extrêmement émotionnel. Elle a confirmé que le scooter appartenait à son fils, montrant des photos aux pompiers, révélant ainsi sa véritable identité et son jeune âge de quatorze ans. L'arrivée de la mère a été un moment extrêmement difficile pour toutes les équipes présentes. Elle hurlait, elle criait, répétant à plusieurs reprises : « Mon fils, ton anniversaire est demain ». Une vague d'émotions nous a submergés, et les professionnels présents, l'infirmière, l'aide-soignante et moi-même, avons décidé de quitter le VSAV en silence. Cela nous a permis de prendre un moment pour nous aérer et essayer de détourner nos pensées de la scène si poignante qui se déroulait devant nous. Pendant ce temps, le médecin auprès du patient a pris le temps de parler avec la mère pour la tenir informée que son fils allait être transporté par hélicoptère. La mère est descendue du VSAV et est repartie vers sa voiture sans que nous ayons eu l'occasion d'échanger avec elle.

Ensuite, nous avons procédé au transfert du jeune homme vers l'hélicoptère. Une fois l'hélicoptère médicalisé parti, nous avons discuté avec les pompiers et les gendarmes pour comprendre ce qui s'était réellement passé. Le scooter qui devait tourner à gauche a été percuté par une voiture qui le doublait,

provoquant ainsi un choc violent et projetant le jeune homme dans le champ voisin. Cette conversation nous a permis d'atténuer nos esprits.

Lorsque nous sommes arrivés aux urgences, l'infirmière a pris un moment pour discuter avec moi et connaître mon ressenti par rapport à la situation. Je l'ai tranquilisée en lui expliquant que le fait d'en avoir parlé avec l'équipe pluridisciplinaire et l'inter-équipe sur place, y compris dans la voiture avec eux, m'avait apaisée. Elle m'a alors confiée que l'arrivée de la mère du jeune homme dans le VSAV l'avait également émue, à tel point qu'elle avait dû momentanément quitter le véhicule pour maîtriser ses émotions. Elle a ajouté qu'elle avait un enfant du même âge que le patient. L'infirmière m'a encouragée à noter mes questions et nous avons convenu de discuter de tout cela après sa semaine de vacances.

Pendant son absence, j'ai échangé avec mes collègues infirmières au sujet de l'intervention que nous avons vécue. J'avais besoin de partager mes sentiments car l'événement m'avait profondément marquée. Je ressentais également une forme de culpabilité de ne pas avoir pu échanger avec la mère du jeune homme. Mais en repensant à la situation, je réalisais que c'était difficilement possible. Elles m'ont fait savoir que l'infirmière présente sur le lieu de l'accident avec moi, éprouve encore des difficultés émotionnelles et me conseillent de ne pas aborder le sujet directement à son retour. Deux semaines s'écoulaient, et je me permets d'en échanger avec ma collègue infirmière pour obtenir des réponses à des questions. Je voulais comprendre pourquoi la mère du jeune patient était présente. Ma collègue m'a confié que c'était difficile pour elle d'aborder ce sujet. Elle m'a ensuite expliquée que la mère du jeune homme était présente sur les lieux car elle empruntait ce trajet pour se rendre à son travail. La route était bloquée, la déviation n'était pas encore mise en place alors la mère est sortie de sa voiture pour observer. C'est à ce moment-là qu'elle a rapidement repéré le scooter de son fils. J'ai alors partagé avec elle le sujet de mon mémoire, mais elle est restée réticente à entamer la conversation. Toutefois, elle a mentionné qu'elle avait suivi l'évolution de ce jeune homme et appris la triste nouvelle de son décès survenu quatre jours plus tard. Cette révélation a renforcé ma conviction quant au choix de ma thématique car l'infirmière avait manifestement vécu une expérience émotionnellement éprouvante.

### **1.1.2. Deuxième situation : Au-delà de l'urgence, la tragédie d'une tentative de suicide**

A la fin de mes dix semaines de stage aux urgences, nous avons reçu un appel du SAMU signalant une TS par arme à feu impliquant une personne de soixante-dix ans. Nous nous sommes rendus au domicile du patient avec l'équipe du SMUR, où les gendarmes et les pompiers étaient déjà présents. Les pompiers effectuaient des compressions thoraciques, mais après quelques minutes, le médecin a décidé d'arrêter la prise en charge car le patient ne montrait aucun signe de reprise. Le patient avait tiré sur lui-même dans son garage, blessant gravement son visage. C'est sa femme qui, en

entendant un coup de feu, a découvert son mari. Elle était bouleversée. Elle nous a confié ses problèmes de santé récents. Même s'il ne supportait plus sa condition, elle n'aurait jamais imaginé qu'il puisse en arriver à cette situation. Pendant tout ce temps, j'étais en observation car c'était une première intervention que je n'avais jamais rencontrée. Je ressentais de la compassion, de l'empathie, une force incroyable de la part de l'équipe qui avait déjà vécu cette expérience.

Nous avons essayé de reconforter sa femme et de la soutenir autant que possible mais elle était en état de choc. Nous lui avons proposé de venir aux urgences mais elle a refusé. Ensuite, nous l'avons isolée dans une autre pièce et avons contacté des membres de sa famille pour qu'elle soit entourée en cette période tragique. Il était difficile pour nous de trouver les mots justes pour reconforter cette femme, tandis que les gendarmes poursuivaient leur enquête et que le médecin s'occupait des formalités liées au décès. Alors que nous repartions en voiture en direction des urgences, nous avons échangé avec les collègues. Ils parlaient de manière habituelle mais tous étaient touchés par la tristesse de l'épouse du patient. Une fois arrivé aux urgences, nous avons repris nos positions respectives, agissant comme si de rien n'était car le service des urgences était fortement sollicité.

## **1.2. Cheminement vers la question de départ**

Ma première situation d'appel a été une révélation sur ma troisième sortie en SMUR. A la fin de mon intervention, je savais que je travaillerai sur cette thématique. Et quelques jours après, est arrivée la seconde situation, qui fut également une révélation. En posant mes deux situations, je remarque qu'elles sont différentes et pourtant des points communs et des mots clés concordent parfaitement (émotion, urgence vitale, stress, empathie, accompagnement de la famille).

J'ai consacré une matinée entière à la recherche de revues et d'articles liés à ma thématique sur les urgences et le SMUR. Bien que j'ai trouvé des documents pertinents que j'ai minutieusement étudiés, je n'ai pas trouvé d'éléments substantiellement nouveaux concernant les émotions. Néanmoins, cela a renforcé ma conviction quant à l'importance des émotions dans les expériences des infirmières en SMUR.

J'ai ensuite réalisé une carte mentale afin de clarifier mes interrogations (annexe II). Cette démarche m'a aidée à consigner sur papier tous les mots-clés cruciaux qui suscitaient des questions en moi et qui étaient liés à mes préoccupations préexistantes.

Deux semaines plus tard, j'ai discuté avec l'infirmière qui avait été présente lors de cette première intervention. Il était toujours difficile pour elle d'aborder le sujet. Je lui ai ensuite partagé le thème de mon mémoire, mais elle est restée réticente à engager la conversation. Toutefois, elle a mentionné qu'elle avait suivi l'évolution de ce jeune homme et avait appris son décès survenu quatre jours plus tard. Cette découverte a renforcé ma certitude concernant le sujet que j'ai choisi car il était évident que l'infirmière avait traversé une expérience émotionnelle difficile.

Par ailleurs, j'étais en attente d'une autre situation qui pourrait confirmer la corrélation avec la première. Quand le téléphone du SAMU a retenti, nous avons pris connaissance de l'appel. Le régulateur nous signala une TS par arme à feu d'un patient de soixante-dix ans. En route, je m'inquiétais en espérant qu'aucun enfant n'ait été témoin de la scène. Je tentais de me représenter la situation, mais dès notre arrivée, je compris que son épouse avait tout vu. La soutenir ne fut pas chose aisée, car exprimer des mots dans de telles circonstances était une tâche complexe. Mes émotions étaient très intenses et celles de l'infirmière aussi. Cela a conforté mon sujet de mémoire.

Lorsque je serai diplômée, je serai amenée à faire face à des situations d'urgence car mon souhait est de travailler dans un service d'urgence. Ainsi, je serai confrontée à du stress et à des émotions. Je pourrai combiner avec du SMUR et pour cela apprendre à gérer mes émotions pour accompagner au mieux les familles. Je pense donc qu'il est essentiel que je puisse identifier ce qui influence les émotions des soignants telles que dans mes deux situations d'appels.

Voici la liste des questionnements qui ont émergé de ces deux situations.

### **1.3. Le questionnement**

Les deux scénarios mentionnés précédemment ont suscité des interrogations de ma part, me poussant à formuler toutes mes questions. Dans des situations d'urgence vitale, le stress et les émotions sont inévitables. Le jour où on m'a annoncé que je partais en SMUR, je me doutais qu'il y aurait du stress et sûrement des émotions car j'allais vers l'inconnu, mes repères ne seraient pas là. Je me suis alors questionnée sur les émotions, telles que la peur, l'anxiété, la tristesse et la colère qui semblent influencer le comportement. Je me suis demandée si les professionnels de santé du SMUR pouvaient percevoir différemment le stress en fonction de l'âge du patient. Face à des adolescents en détresse vitale, le niveau de stress me paraissait être particulièrement élevé en raison de facteurs émotionnels et éthiques.

Dans la première situation, lorsque la mère est arrivée sur le lieu de l'accident pour voir son fils dans le VSAV, l'équipe du SMUR a réagi en quittant la scène, cachant ses émotions et évitant le contact visuel. Les raisons peuvent inclure la nécessité de se concentrer sur la tâche, de préserver la stabilité émotionnelle ou de respecter la vie privée du patient. Nous n'avons pas suffisamment interagi avec la mère, ce qui soulève la question de pourquoi nous n'avons pas réussi à établir une connexion à ce moment-là. J'ai ressenti un sentiment d'échec sur la mise en relation avec la famille. Cette situation montre parfois les limites de nos interventions. On voudrait faire plus pour les familles. Parfois, on peut avoir le sentiment de passer à côté, de ne pas avoir pu faire mieux et qui peut aller jusqu'à un arrière goût d'échec. Lorsque la mère a vu son fils, elle a annoncé de manière très audible que l'anniversaire de son fils était demain. Cette information a ajouté une dimension émotionnelle à la situation pour tous les professionnels. J'ai été informée par l'équipe que la collègue infirmière avec laquelle j'étais intervenue, aurait des difficultés à surmonter ses émotions suite à cette situation.

Malgré son apparence résolue, il a été recommandé de ne pas aborder le sujet à son retour de vacances. Deux semaines après, elle reste réticente à discuter de l'intervention et m'a informée du décès du patient.

Dans la deuxième situation, des questions surgissent sur les mots à apporter à la femme du patient, les défis émotionnels et psychologiques rencontrés par l'équipe du SMUR, les mécanismes de défense déployés, la gestion des émotions lorsque le patient décide autrement, et l'impact des émotions de l'infirmière sur l'accompagnement des familles.

Je retiens de ces deux situations, ces scénarios soulignant la complexité émotionnelle des interventions d'urgence et mettant en évidence la nécessité de comprendre, gérer et soutenir les professionnels de santé confrontés à de telles situations. De tout ce cheminement découle la question de départ de ce travail : **En quoi les émotions de l'infirmière lors de la prise en charge de patients, impactent-elles l'accompagnement des familles sur le lieu d'intervention, en situation d'urgence vitale au sein d'un SMUR ?**

En relation avec la question de départ, les hypothèses suivantes sont formulées : la première hypothèse suggère que la capacité de l'infirmière à maîtriser ses émotions pourrait certainement influencer sa capacité à agir efficacement lors des imprévus survenant lors d'une situation d'urgence. La seconde hypothèse sous-entend que la qualité de l'accompagnement des familles peut avoir un impact sur la prise en charge du patient en urgence vitale. Ces hypothèses initiales constituent une base solide pour l'exploration et la conduite des recherches en sciences infirmières ainsi que pour les entretiens prévus avec les infirmiers du SMUR. En maintenant un esprit ouvert tout au long de la recherche, il est également possible de découvrir des aspects inattendus ou des nuances qui pourraient nécessiter une révision ou une extension, affirmation ou infirmation des hypothèses initiales.

## **2. LE CADRE THÉORIQUE**

Après avoir reformulé la question de recherche initiale, il est essentiel de consulter la littérature scientifique afin d'établir un solide cadre théorique sur lequel orienter la suite de notre travail de recherche. Nous nous intéresserons à cinq thèmes de recherche qui ont été définis en fonction des concepts clés qui ont contribué à la construction de la question de départ. Dans la première section, nous examinerons le SAMU/SMUR. Puis, nous mettrons l'accent sur la prise en soin lors d'une urgence vitale. La partie suivante abordera le concept des émotions en la définissant. Ensuite, nous développerons l'accompagnement des familles sur le lieu d'intervention en liant des concepts psychologiques et sociologiques. Enfin, ce cadre conceptuel se terminera par l'exploration de la gestion des émotions de l'infirmière en situation d'urgence afin d'approfondir la compréhension des mécanismes de défense.

## **2.1. SAMU/SMUR**

### **2.1.1. Définition et cadre législatif du SAMU/SMUR**

D'après les informations disponibles sur le site Légifrance en date du 2 décembre 2023, le fonctionnement du SAMU et du SMUR est régi en accord avec les dispositions du Code de santé publique. Ainsi, nous pouvons déjà commencer par citer l'article L6311-1 qui décrit que l'aide médicale urgente est assurée par la coordination des dispositifs locaux d'organisation de secours.

Le SAMU a pour mission de mobiliser les ressources nécessaires, telles que les pompiers, les ambulances, le SMUR, voire l'hélicoptère du SMUR, et de diriger le patient vers son médecin traitant si besoin. Ensuite, l'article R6311-1 du CSP (Code de la santé publique) complète en définissant les missions de ces services d'aide médicale urgente lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours. Enfin, l'article R6311-2 décrit comment l'application de l'article précédent peut se réaliser : ces services « assurent une écoute médicale permanente, déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient [...], organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires, veillent à l'admission du patient ».

Le Ministère de la santé et de la prévention nous informe sur la définition du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) qui s'articule au sein d'un centre d'appels fonctionnant 24h/24 autour du numéro unique, le centre 15. Ce numéro d'appel unique est nommé par l'article R6311-8 du CSP, qui encadre et définit les missions du SAMU. Le centre 15 a été créé en 1978 suite à une décision interministérielle. De ce fait, il a pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population au niveau pré-hospitalier à divers niveaux de gravité et d'urgence. C'est dans cet objectif et conformément à l'article R6311-3 que le SAMU coordonne également les services et les renforts qui participent à l'intervention pré-hospitalière. Ces services missionnés pour partir sur les lieux d'intervention peuvent être multiples. En effet, suivant la gravité et les besoins, le SAMU peut interpellé des structures mobiles d'urgence et de réanimation, des services départementaux d'incendie et de secours, des transporteurs sanitaires privés, ou encore des professionnels de santé libéraux, médecins et paramédicaux. Les SAMU ont été créés en 1968 pour coordonner l'activité des SMUR.

Si l'on se penche désormais sur le SMUR, l'article R6123-15 précise les missions du SMUR, ou Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation, relevant d'un service hospitalier. Cet organisme assure en permanence la prise en charge d'un patient nécessitant de manière urgente une intervention médicale et de réanimation. Après régulation par le SAMU, le SMUR est également chargé du transport de ce patient vers un établissement de santé. D'après l'article R6123-16, les interventions des

SMUR et des antennes de SMUR citées à l'article R. 6123-5 sont activées et organisées par le SAMU. Cette coordination implique une communication constante avec le SAMU, impliquant la transmission des messages, des bilans, et des informations relatives au lieu d'intervention. Composée d'une équipe d'intervention incluant un médecin spécialiste en médecine d'urgence, un IDE ou IADE, et un conducteur ambulancier, cette unité opère à partir d'un véhicule équipé d'un matériel de réanimation complet. Son intervention est exclusivement déclenchée sur régulation du SAMU, assurant ainsi la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale. Selon les renseignements fournis par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) dans le référentiel de certification de l'évaluation de la prise en charge des urgences SAMU-SMUR de novembre 2020, les données principales actuelles du SAMU-SMUR se présentent comme suit : Le SAMU Centre 15, avec 105 centres, répond à environ 40 000 appels par jour, selon les données de Samu-Urgences de France datant d'août 2019. Les 456 SMUR ont effectué un total de 787 000 interventions, d'après les statistiques de l'opérateur de télécommunication national. En 2016, le nombre de médecins correspondants du SAMU s'élevait à 580, un chiffre qui a quadruplé depuis.

### **2.1.2. Intervention en SMUR**

Pour Anne Laurent (2014), l'imprévisibilité est prédominante dans le quotidien professionnel, où le personnel SMUR peut être sollicité à tout moment pour intervenir sur une diversité de pathologies, dans des contextes inconnus où le pronostic vital peut se détériorer à tout instant. Les témoignages recueillis mettent en lumière cette réalité stressante : « on ne sait pas ce qui va se passer, on ne sait jamais quand on part au travail, on vit un peu des situations de guerre », « sur l'intervention tout est possible », et « je suis parti sur quelque chose de soi-disant pas sérieux, j'y suis allé les mains dans les poches. Je suis rentré, le choc a été immédiat... Je ne m'étais pas préparé à voir ça » (pp. 457-462). Ces situations sont fréquemment associées à des sentiments d'échec, d'impuissance et de culpabilité.

### **2.1.3. Le stress des soignants en SMUR**

Les autrices Christine Quancard-Stoiber et Brigitte Bouillercé (2018) expliquent que même si le terme stress est de plus en plus utilisé, il donne souvent l'impression d'être un phénomène moderne, voire nouveau. Pourtant, il est devenu partie intégrante de notre quotidien. Elles décrivent des sensations telles que la pression, le tourment, l'anxiété et les conflits. Il est difficile d'évoquer le stress sans mentionner le médecin canadien d'origine hongroise Hans Selye (1907-1982), qui l'a défini en 1934 lors de ses expériences biochimiques sur les animaux. Selye a démontré que toute agression sur l'organisme entraîne un « syndrome d'adaptation générale » (p.6). Il est crucial de comprendre que le stress n'est pas une doctrine mais une découverte psychologique. Ses conséquences sont multiples

avec des manifestations corporelles visibles qui révèlent l'état de stress : anxiété, insomnie, ulcère, tension élevée, douleurs diverses et troubles graves du comportement.

Ensuite, d'après une étude publiée, Alexandra Laurent et K. Chahraoui (2012) ont exploré les conséquences du stress professionnel sur les intervenants du SMUR. Les professionnels du SMUR, médecins, infirmiers, et conducteurs ambulanciers, font face à des situations mettant la vie en danger, caractérisées par l'urgence, l'imprévisibilité, et la gravité des interventions, générant un stress professionnel chronique. Ce contexte est exposé à des facteurs de stress spécifiques, tels que l'urgence des interventions, la gravité des pathologies, l'organisation du travail, les conditions difficiles d'intervention, et la violence sur les lieux. Ces stress peuvent conduire à l'épuisement professionnel, ou burn-out, défini par une fatigue physique et émotionnelle, des attitudes négatives au travail, et une baisse d'implication. Des études révèlent des taux élevés de burn-out parmi les professionnels SMUR, caractérisés par une déshumanisation de la relation et une baisse de l'accomplissement de soi. Les facteurs de stress, tels que le bruit et les changements réguliers de tâches, sont fréquents dans l'activité SMUR, mais ces situations sont vécues par les professionnels.

Enfin, dans le chapitre au SMUR, le cœur bat beaucoup plus vite, du livre infirmier dans l'urgence d'Antoine Huron et Karine Piganeau (2021), l'accent est mis sur le stress vécu par l'infirmier lors des gardes, soulignant la différence notable avec son expérience en réanimation. Son travail en équipe, désormais composé du médecin, de l'infirmier et de l'ambulancier/aide-soignant, accentue son niveau de stress. La responsabilité accrue sur le matériel dans le véhicule de réanimation médicalisée et la réalisation d'actes cruciaux, comme la pose d'une perfusion, sont source de tension, en particulier en raison de l'importance accordée à la voie d'abord, première étape génératrice de stress pour l'infirmier, où la charge de responsabilité repose entièrement sur ses épaules. Les infirmières en SMUR se retrouvent confrontées à des situations d'urgence extrêmement stressantes, exigeant des prises de décision rapides et cruciales.

## **2.2. PRISE EN SOIN LORS D'UNE URGENCE VITALE**

### **2.2.1. Définition d'une prise en soin**

Publié sur le site de l'HAS (2004), ce document énonce que l'acte de prendre soin a pour objectif, au-delà de la technicité du geste, de soulager les symptômes, réduire la souffrance, et par conséquent, promouvoir l'autonomie et le bien-être de la personne. Le concept de prendre soin, requiert des compétences, de l'attention, de l'écoute, du tact et de la discrétion, dans le but de préserver le sens et la pertinence des décisions prises au cours des discussions collaboratives.

### **2.2.2. Définition d'une urgence vitale**

D'après d'Abaddi Khamel (2018), une urgence vitale se caractérise par l'émergence d'une détresse qui pourrait entraîner le décès si elle n'est pas corrigée immédiatement. Elle se manifeste par l'atteinte d'une ou plusieurs grandes fonctions vitales. La prise en charge de cette urgence doit être réalisée de manière précoce et organisée, soulignant l'importance de hiérarchiser les priorités en tant que clé d'une intervention efficace.

D'après le docteur Saidani ainsi que l'assistante de formation Ingrid Christophe et les enseignants Karine Galisson, Catherine Billois, Marie-Annick Esnault, Armand Guillain, lors de la formation à l'AFGSU au CESU 35, il a été constaté qu'il existe quatre situations d'urgences vitales à prendre en compte. Chez les adultes, ces situations comprennent l'hémorragie externe, l'obstruction brutale et complète des voies aériennes, l'inconscience avec respiration spontanée, et l'arrêt cardio-ventilatoire (s.d. , pp. 12-14).

### **2.2.3. Relation soignant-soigné**

D'après Julie Violet et Gaëtan Georgeon (2021), ils abordent la relation entre le soignant et le soigné, définissant le soignant comme celui qui dispense des soins et le soigné comme celui qui les reçoit. La relation entre eux est décrite comme asymétrique, car le soignant détient les connaissances nécessaires, créant une dépendance chez le soigné. Selon Louis Malabeuf, la relation soignant-soigné peut être analysée à quatre niveaux : civilité, relation conventionnelle, relation de compréhension (empathie) et relation d'aide thérapeutique.

### **2.2.4. Communication non verbale avec le patient**

D'après les enseignements sur l'UE 4.2 portant sur les soins relationnels, la communication non verbale a été décrite comme l'expression des non-dits, là où le non verbal communique sans recourir aux mots. Elle englobe tout ce qui ne passe pas par le langage parlé ou écrit et constitue le premier mode de communication de l'être humain.

Selon Julie Violet et Gaëtan Georgeon (2021), la communication non verbale englobe tout ce qui n'est pas exprimé verbalement et est présente dans chaque interaction. Jennifer Kassapian, aide-soignante, la caractérise par des gestes, des attitudes, des regards et des comportements, soulignant sa capacité à résoudre parfois des situations où les mots échouent, ainsi que son rôle dans l'expression des émotions et des sentiments. Elle peut exercer une forte influence sur la relation, surtout si elle entre en contradiction avec le message verbal. Martin Winckler, médecin et écrivain, la décrit comme l'émission et la réception de messages sans recours à la parole, mais par le biais des expressions faciales, des postures, des gestes et des sons divers. Les choix vestimentaires, la coiffure, la posture corporelle, le maquillage et les mimiques font tous partie de la communication non verbale. Selon

Albert Mehrabian, psychologue, 55% de la communication se fait de manière non verbale lors d'un échange.

Selon les auteurs Francine Angeli, Julien Barbier, Jean-François Calas (2022), ils abordent les aspects de communication spécifiques à la prise en charge des patients intubés et ventilés en milieu de réanimation-urgences. Les patients intubés ou trachéotomisés avec ventilation ne peuvent pas s'exprimer verbalement, mais ils conservent la capacité de communiquer. Il est essentiel de reconnaître la dimension humaine derrière la complexité des soins en réanimation. Dans ce contexte, la communication non verbale, marquée par l'attitude et le regard, revêt une grande importance. Il est impératif d'informer le patient de tous les soins à venir. Il est important de maintenir une attitude respectueuse envers un patient apparemment endormi. Les membres du personnel soignant doivent annoncer leur présence lorsqu'ils entrent dans la chambre et fournir des informations sur la journée, telles que la date et l'heure. Il n'est pas rare qu'à leur réveil, les patients rapportent des conversations entendues pendant une sédation en apparence profonde.

#### **2.2.5. Relation de confiance**

D'après Kamel Abbadi (2018), il est important de construire une relation de confiance dans le cadre du processus thérapeutique. Cette construction repose principalement sur l'instauration d'un climat de confiance mutuelle, où la confiance du patient envers le professionnel de la santé, tout comme la confiance du thérapeute dans les capacités et les compétences du patient, sont des éléments indispensables. La relation est ainsi définie comme l'ensemble des interactions et des espaces qui existent entre des individus se rencontrant, établissant une connexion et communiquant entre eux. Dans ce contexte, la confiance est caractérisée comme une conviction spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, ou professionnelle d'une autre personne, nous empêchant ainsi d'envisager la possibilité de tromperie, trahison, ou incompétence de sa part.

#### **2.2.6. Proxémie**

Kamel Abbadi (2018) définit la proxémie comme l'étude de l'espace et des distances qui séparent deux individus au cours d'une communication. L'anthropologue américain Edward T. Hall, a identifié quatre catégories de distances. La première, la distance intime (0 à 45 cm), qui caractérise les relations familiales proches, marquées par des gestes affectueux tels que les étreintes ou les embrassades. Ensuite, la distance personnelle (45 cm à 1,20 m), s'applique aux relations professionnelles, représentant la distance maximale permettant un contact physique étroit. Vient ensuite, la distance sociale (1,20 à 3,60 m), où aucun contact physique n'est approprié et qui est réservée aux connaissances occasionnelles. Pour finir, la distance publique, au-delà de 3,60 m, est applicable lors d'interactions en public, telles que la dispensation d'un cours par exemple.

### **2.2.7. Intimité**

Selon le décret n°2016-1605 établissant le code de déontologie des infirmiers (2016), l'article R. 4312-3 souligne l'importance du respect de l'intimité du patient dans le cadre des soins de santé.

Les auteurs Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, et Isabelle Nègre (2003) soulignent que protéger l'intimité vise à établir une relation de confiance entre le patient et les professionnels de la santé, favorisant la prestation de soins respectueux et adaptés à ses besoins. Les différents aspects de l'intimité comprennent l'intimité corporelle, psychique, morale, et impliquent le respect du secret professionnel ainsi que la création d'espaces propices à des échanges significatifs entre l'équipe médicale et le patient.

## **2.3. LES ÉMOTIONS**

### **2.3.1. Définition d'une émotion**

Christine Quancard-Stoiber et Brigitte Bouillercce (2018), décrivent le terme « émotion » comme étant dérivé du latin « motio », signifiant « mouvoir » (p.34). Ainsi, l'émotion implique un processus de mise en mouvement, pouvant être assimilé à une expérience complexe et intense qui nous influence à la fois intérieurement et extérieurement. Selon Bruno Fortin, un psychologue québécois, l'émotion implique à la fois le corps et l'esprit. Il la définit comme comprenant une expérience subjective (joie, tristesse, colère, peur), une expression communicative d'excitation ou d'inhibition (mimique, gestuelle, posture), ainsi que des modifications neurovégétatives et endocriniennes. Le processus émotionnel se déploie en trois étapes successives : notre cerveau réagit à l'environnement en créant une image, cette image engendre une émotion et enfin cette émotion déclenche une action.

### **2.3.2. Sept émotions de base**

Selon les auteurs Mikolajczak, Jordi Quoidbach, Ilios Kotsou et Delphine Nélis (2009), les émotions de base sont universelles et se caractérisent par des schémas d'expression faciale et psychologique spécifiques. Les sept émotions fondamentales sont la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise, la joie et l'amour qui ont des influences distinctes sur les comportements et les réponses adaptatives individuelles face à diverses situations. Par exemple, la peur entraîne une paralysie temporaire tout en préparant l'organisme à la fuite, tandis que la colère mobilise l'énergie pour des réactions vigoureuses. La tristesse entraîne un ralentissement pour évaluer les conséquences des pertes. Le dégoût est associé à des nausées, reflétant une tentative primitive de rejet de substances toxiques. La surprise élargit le champ visuel pour obtenir plus d'informations sur l'événement inattendu. La joie inhibe les sentiments négatifs et augmente l'énergie, favorisant la réalisation d'objectifs variés. Enfin, l'amour s'accompagne de sécrétions hormonales encourageant la confiance et la coopération.

### **2.3.3. L'accueil des émotions**

Selon Antoine Bioy, Françoise Bourgeois et Isabelle Nègre (2003), l'émotion est considérée comme une forme d'énergie favorisant l'action et le changement. Éprouver de la tristesse, par exemple, incite à mettre en place des stratégies pour transformer une situation difficile et prendre du recul. La tristesse peut également conduire au processus de deuil, encourageant à trouver des adaptations pour vivre sans la présence de l'autre. Une personne déconnectée de ses émotions risque l'inertie et la passivité, privée de l'énergie nécessaire pour être le protagoniste de sa propre vie. Les émotions révèlent la véritable nature d'une personne, créant des moments de remise en question. En contexte de soins, les émotions du patient s'expriment par des débordements tels que des larmes, de l'agressivité ou de l'agitation. Il est crucial pour le soignant d'identifier ces expressions émotionnelles pour mieux comprendre le vécu du patient. Par exemple, un sourire à la fin des soins indique une satisfaction réconfortante, tandis qu'un visage fermé peut refléter une expérience douloureuse antérieure.

### **2.3.4. Les compétences émotionnelles**

Dans le livre de Moïra Mikolajczak, Jordi Quoidbach, Ilios Kotsou, Delphine Nelis (2009), les compétences émotionnelles, également connues sous le nom d'intelligence émotionnelle. Ces compétences se réfèrent à la capacité pratique d'identifier, de comprendre, d'exprimer, de gérer et d'utiliser ses émotions ainsi que celles des autres. Elles jouent un rôle crucial dans la santé mentale, la santé physique, la performance au travail et les relations sociales. Il est intéressant de mentionner les propos de Thorndike, psychologue et professeur d'université américain, qui dès 1920, mettait en avant l'importance de l'aptitude à reconnaître ses propres états internes, motivations et comportements (et ceux des autres), ainsi que la capacité à interagir de manière optimale avec autrui.

## **2.4. L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES SUR LE LIEU D'INTERVENTION**

### **2.4.1. Définition de l'accompagnement**

Selon Maela Paul (2012), l'accompagnement se compose de trois éléments essentiels : se joindre à quelqu'un, aller où il va, et ce, en même temps que lui. Cette définition met en avant l'importance de la relation, symbolisée par le fait de se joindre à la personne. L'accompagnement implique un mouvement synchronisé en fonction de l'autre, progressant ensemble vers une destination commune, simultanément et à la même cadence. Ainsi, accompagner se résume à être avec et aller vers, reposant sur trois principes fondamentaux : la mise en chemin découle de la mise en relation, l'orientation se fait « vers » une direction plutôt que vers un simple résultat, et l'action s'ajuste en fonction de l'autre, suivant son chemin simultanément (p.14). Cette approche suppose une harmonisation avec la personne que l'on accompagne.

#### **2.4.2. Définition de la famille**

Selon Julie Violet et Gaëtan Georgeon (2021), la famille occupe une place cruciale en sociologie et en anthropologie, et joue un rôle central dans la prise en charge des patients. L'Institut national de la statistique et des études économiques définit la famille comme « une partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée soit d'un couple, soit d'un adulte avec son ou ses enfants » (p. 27).

#### **2.4.3. Traumatisme psychique des familles**

Selon le professeur psychiatre Thierry Baubet (2019), le traumatisme psychique est l'effet sur le psychisme de certains événements qui vont entraîner une blessure du psychisme. Selon la critique d'Alexandra Laurent (2014), l'auteure explore la reconnaissance de la souffrance au sein des familles. Lors des interventions, la présence parfois constatée de la famille du patient entraîne l'expression de toute leur détresse face à la situation. Les entretiens révèlent fréquemment la charge émotionnelle suscitée par cette réalité. Près de 79 % du personnel SMUR partage son désarroi devant la souffrance de la famille, qualifiant cette expérience « d'extrêmement difficile », soulignant la difficulté de laisser les familles dans la détresse, et exprimant la nécessité d'un grand effort pour ne pas être submergé par les réactions émotionnelles des proches (p. 460).

### **2.5. LA GESTION DES ÉMOTIONS DE L'INFIRMIÈRE EN SITUATION D'URGENCE**

#### **2.5.1. Impact du lieu d'intervention**

Selon Hélène Monier (2021), la profession de soignant, notamment celle des urgentistes, est intrinsèquement exposée à des risques en raison de la nature émotionnelle de ses activités. Les praticiens de la santé font face à des émotions intenses, ce qui les rend vulnérables à l'épuisement professionnel. Il est crucial d'étudier les émotions au travail et leur impact sur la santé et la qualité des services, surtout dans des professions caractérisées par un fort engagement émotionnel, comme celle des urgentistes. Les organisations établissent des normes sociales et émotionnelles, obligeant les soignants à gérer leurs émotions. Par exemple, dans les services d'urgence, les infirmiers doivent exprimer de la courtoisie et de l'empathie tout en étant les réceptacles des émotions des patients. La régulation émotionnelle collective, inspirée du modèle de Gross en psychologie, propose un soutien social et des règles socio-émotionnelles pour favoriser le partage et l'expression émotionnelle des professionnels de la santé. Il est essentiel que les organisations créent des espaces propices à ces échanges. La question de la régulation sociale émotionnelle se pose, ainsi que le rôle du cadre de santé dans la mise en œuvre de la REC et les compétences qu'il peut mobiliser à cet effet.

Selon Alexandra Laurent (2014), pour enrichir cette idée il est fondamental de noter qu'avec le temps, les souvenirs des interventions traumatiques demeurent ancrés dans la mémoire, bien que les répercussions psychopathologiques soient généralement limitées. Au quotidien, les médecins, infirmiers et ambulanciers des SMUR font face à des situations inattendues et brutales résultant de violences, d'accidents, de suicides et d'agressions. Ces interventions se déroulent souvent dans des contextes marqués par l'horreur, ou la vision de cadavres mutilés ou défigurés, la perte d'un enfant, ou la détresse des patients contribuent à l'aspect dramatique des situations. Cette réalité professionnelle met en lumière deux éléments psychopathologiques essentiels associés au traumatisme psychique : la brutalité des événements et la confrontation avec la mort. Les interventions impliquant des défenestrations, des suicides dans le métro, des accidents de la voie publique, des immolations ou des meurtres exposent le personnel SMUR à des scènes d'une nature sanglante et violente.

### **2.5.2. Mécanismes de défense**

Selon Henri Chabrol (2005), les mécanismes de défense sont des processus inconscients visant à protéger l'intégrité mentale face à des chocs ou traumatismes trop violents pour le psychisme, permettant ainsi de maintenir l'équilibre psychique. Il a identifié huit mécanismes, tels que le refoulement qui expulse de la conscience des désirs, pensées ou expériences perturbantes, souvent par des lacunes ou une absence de réponse attendue dans la réalité voire une absence de souvenir. En outre, le déni est une réponse aux conflits et aux stress consistant à refuser de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité, avec une méconnaissance apparente ou incomplète. Il peut s'avérer adaptatif dans des situations de stress intense ou de traumatisme majeur. De même, la projection est un mécanisme attribuant à tort à autrui ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables, expulsant ainsi ce que le sujet refuse de reconnaître en lui-même. La sublimation transforme les pulsions ou émotions inacceptables en activités socialement acceptables et créatives tandis que l'identification projective attribue à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables, tout en restant conscient de ces éléments. La rationalisation dissimule les motivations réelles derrière des explications rassurantes mais erronées, justifiant ainsi les pensées, actions ou sentiments du sujet. Le déplacement, quant à lui, transfère un sentiment ou une réaction d'un objet à un autre substitutif moins menaçant, par exemple, lors de phobies. Enfin, le clivage de soi implique la compartimentation d'états affectifs opposés, échouant à intégrer les aspects positifs et négatifs de soi et des autres dans des images cohérentes, conduisant à une alternance entre des pôles opposés dans les représentations de soi et d'autrui.

### 2.5.3. Le transfert et le contre-transfert

Le transfert et le contre-transfert, tels qu'expliqués par Abbadi Khamel (2018), représentent des dynamiques psychologiques importantes dans la relation soignant-patient. Le transfert, selon l'auteur, est un processus inconscient caractérisé par la projection d'émotions, de sentiments tels que la frustration, le désir ou la colère, d'un objet (le patient) sur un autre (le soignant). Lorsqu'il contribue positivement à la prise en charge, notamment en favorisant l'adhésion aux soins, on parle de transfert positif. En revanche, le contre-transfert se manifeste comme la réaction inconsciente du soignant face au transfert dont il est l'objet. Les sentiments qu'il suscite chez le soignant, tels que l'agacement, le rejet ou la sympathie, peuvent être négatifs et compromettre la qualité de la prise en charge individualisée. Au cours des soins, les situations fragiles auxquelles le soignant est confronté peuvent susciter diverses émotions. Si celles-ci submergent le soignant et deviennent ingérables, elles risquent d'impacter la relation en entravant sa capacité à entendre son patient. Afin d'améliorer cette explication, Alexandra Laurent (2014) développe que les intervenants ont démontré de l'empathie en se mettant à la place du patient, exprimant des sentiments tels que « il était de la même année que moi... », « j'ai imaginé son quotidien, elle et son mari, elle m'a touché » (p. 460). L'identification au patient pendant une intervention semble être une vulnérabilité pour le personnel du SAMU, comme le soulignent des commentaires tels que « il ne faut surtout pas s'identifier », « on n'est pas là pour pleurer pour eux », mettant en avant les risques d'une identification excessive.

## 3. MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de cette étude qualitative, nous avons décidé d'adopter une approche semi-directive pour la réalisation des entretiens. En outre, la forme semi-directive offre une liberté appréciable à l'interview tout en accordant une plus grande marge d'expression au professionnel interrogé. Cette méthodologie favorise un échange complet et constructif permettant aux deux parties de clarifier et de soutenir leurs points de vue tout au long de la conversation. Par conséquent, les deux infirmiers que nous avons interviewés ne sont pas au courant de la thématique du mémoire afin de ne pas induire de réponses aux questions.

En construisant le cadre théorique de ce mémoire, nous nous sommes interrogés sur le profil des infirmier(e)s que nous avons l'intention de solliciter pour nos entretiens. Nous avons choisi d'interroger une infirmière et un infirmier travaillant aux urgences et effectuant des gardes au SMUR en France mais dans deux établissements différents. Nous avons choisi deux individus de sexe opposé car nous sommes conscients que les émotions peuvent être perçues différemment chez les femmes et les hommes. Les deux entretiens se sont déroulés en visioconférence selon leurs choix. Bien que nous ne connaissions pas personnellement les deux infirmier(e)s, nous avons estimé approprié d'utiliser le tutoiement (avec leur accord), en lien avec leurs futures professions. Ils pourraient éventuellement

devenir des collègues dans le futur. Nous avons décidé d'interroger une infirmière avec vingt et un ans d'expériences aux Urgences/SMUR et un infirmier avec quatorze ans d'expériences aux urgences mais six ans qu'il alterne avec le SAMU/SMUR afin d'obtenir un éventail de perspectives variées. Le premier entretien a duré vingt-et-une minutes et le second trente minutes. Afin de maintenir l'anonymat, nous avons choisi de remplacer les prénoms des infirmiers par des appellations telles que IDE 1 et IDE 2. Afin de préserver l'anonymat, certains noms de villes ou de quartiers ont été délibérément supprimés.

Pour créer ce guide d'entretien, nous avons visé les objectifs suivants : comprendre le parcours professionnel des infirmier(e)s en SAMU/SMUR pour établir un climat de confiance, explorer le déroulement des interventions d'un SAMU/SMUR, analyser et appréhender la dynamique relationnelle entre l'IDE du SMUR et le patient, identifier les diverses émotions pouvant être ressenties par l'IDE du SMUR à différents moments d'une intervention, examiner et interpréter les dynamiques ainsi que les défis spécifiques qui émergent lorsque la famille du patient est présente sur le lieu d'une intervention du SMUR et enfin apprécier l'impact émotionnel que peuvent avoir certains lieux d'intervention.

Après avoir élaboré la grille d'entretien, ce guide d'entretien a été pré-testé de manière simulée avec plusieurs autres étudiants en soins infirmiers et nous avons décidé de solliciter l'aide d'un ami travaillant en tant qu'infirmier au sein d'un SMUR pour le tester. Cette démarche nous a offert une perspective concrète sur la réalité d'un entretien infirmier et a contribué à atténuer notre niveau de stress.

#### **4. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS**

L'objectif de l'analyse des contenus est de mettre en évidence les aspects saillants de l'expérience des infirmier(e)s interrogé(e)s en ce qui concerne la gestion des émotions et sur leur accompagnement auprès des familles. Nous visons à identifier les similitudes et les divergences entre les retours des deux professionnels de la santé. Nous commencerons par présenter les deux infirmier(e)s que nous avons interrogé(e)s. Bien que nos deux infirmiers exercent dans des services hospitaliers, leurs profils diffèrent. Nous aborderons ensuite le sujet du SAMU/SMUR, de la prise en charge lors d'une urgence vitale, des émotions associées, de l'accompagnement des familles sur le lieu d'intervention ainsi que de la gestion des émotions de l'IDE en situation d'urgence. Les éléments abordés dans la conclusion ont été utilisés pour atteindre d'autres objectifs.

##### **4.1. La présentation des infirmiers**

**Objectif de recherche n°1 :** Comprendre le parcours professionnel des IDE en SAMU/SMUR pour établir un climat de confiance.

L'IDE 1 a obtenu son diplôme en 1997, soit vingt-sept ans qu'elle exerce ce métier. Elle a travaillé en salle de réveil pendant six ans. Depuis 2003, elle a acquis vingt-et-un ans d'expérience en intégrant les services d'urgences et le SMUR. L'IDE 2 a obtenu son diplôme en 2010 soit quatorze ans qu'il exerce le métier d'infirmier. Il a commencé à travailler directement aux urgences, avant de passer deux ans en tant que remplaçant dans différents services. Il a ensuite intégré l'équipe de remplacement du SMUR en 2019 soit cinq années et a obtenu un poste permanent en 2022.

En conclusion, bien que les deux infirmiers partagent une expérience dans les soins d'urgence, leur parcours professionnel présente des différences significatives en termes de durée d'expérience, de trajectoire professionnelle et d'implication dans la formation. Ces différences peuvent influencer leur approche et leurs compétences dans leur pratique quotidienne au sein du SMUR.

#### **4.2. Le déroulement d'une sortie SAMU/SMUR**

**Objectif de recherche n°2 :** Explorer le déroulement des interventions d'un SAMU/SMUR.

Dans le cadre de l'organisation des interventions en SAMU/SMUR, les deux IDE mettent en avant l'importance fondamentale de la prise en charge du patient, tout en relevant l'indispensable collaboration interdisciplinaire. Cette collaboration, qui lie l'interdisciplinarité, la cohésion d'équipe et la transmission efficace du relais entre les différents acteurs impliqués, est au cœur de leur pratique. Leur insistance sur la cohésion d'équipe, illustrée par des propos de l'IDE 1 tels que « à l'écoute de l'équipe, on est une équipe où on travaille ensemble depuis très longtemps » et l'IDE 2 « on se connaît depuis assez longtemps », reflète une relation professionnelle robuste et durable pour les deux infirmiers. L'IDE 1 affirme qu'elle doit passer le relais lorsqu'elle estime connaître la personne avant de partir en SMUR car elle sait que la prise en charge pourrait être compliquée sur quelqu'un qu'elle connaît. Une telle équipe, unie et bien coordonnée, est mieux préparée pour travailler de manière efficace sous pression et pour prendre des décisions rapides et bien organisées.

L'IDE 2 lors des interventions en SMUR met en lumière plusieurs points essentiels. Tout d'abord, il fait ressortir l'importance de la répartition des tâches au sein de l'équipe médicale, démontrant ainsi une compréhension claire des rôles et responsabilités de chaque membre. Cette organisation permet d'optimiser l'efficacité et la coordination pendant les interventions d'urgence. En décrivant le médecin comme responsable pour recueillir les informations auprès du patient et de sa famille, l'IDE 2 met en avant le rôle central du médecin dans la prise de décision basée sur une évaluation approfondie de la situation clinique. Cette reconnaissance du leadership médical contribue à maintenir une hiérarchie fonctionnelle et à assurer une prise en charge appropriée des patients. Par ailleurs, en soulignant le rôle spécifique de l'ambulancier dans l'utilisation du scope et celui de l'IDE dans la gestion du sac d'intervention pour la perfusion et le matériel d'intubation, l'IDE 2 démontre une attention particulière aux détails logistiques et à l'organisation du matériel nécessaire à l'intervention. De plus, la discussion

entre les deux IDE sur l'observation du patient révèle une collaboration active dans l'évaluation clinique, avec une reconnaissance des signes de détresse par l'IDE 1 et une confirmation de l'absence de détresse vitale immédiate par l'IDE 2. Ensuite, ils discutent des déclenchements d'une intervention en SAMU/SMUR en fonction des différentes situations, soulignant l'unicité de chaque intervention. Ils mettent l'accent sur l'absence de schéma prédéfini, illustrée par des affirmations de l'IDE 1 telles que « une sortie type, il n'y en a pas vraiment, elles sont toutes différentes » et l'IDE 2 « déjà il n'y en a pas ». Les propos de l'IDE 2 mettent en exergue les différentes étapes et procédures impliquées dans le départ d'une intervention en SAMU/SMUR, appuyant l'importance de la réactivité, de la préparation et de la coordination pour assurer une prise en charge efficace des urgences médicales. Tous sont d'accord pour dire que leur concentration au départ d'un SMUR est primordiale. L'IDE 1 mentionne être « concentrée, dans sa bulle », tandis que l'IDE 2 évoque être « concentré », soulignant le sérieux de leur mission et la nécessité de rester attentif. L'IDE 2 a également valorisé le rôle de l'ARM (Assistant de Régulation Médicale), mettant en relief le caractère souvent méconnu et exigeant de leur travail. En revanche, l'IDE 1 a évoqué le stress associé à certaines interventions rares, telles que les accouchements, faisant ressortir que ce type d'intervention n'est pas fréquent dans leur pratique quotidienne. Enfin, les deux IDE ont discuté à plusieurs reprises de la conclusion des interventions avec des débriefings, révélant leur importance dans la clôture des interventions en SMUR. Ils ont mis en évidence la nécessité de partager les expériences, d'exprimer les difficultés rencontrées et de tirer des enseignements pour améliorer la prise en charge des patients en situation d'urgence. L'instauration de réunions de débriefing régulières au sein de l'équipe témoigne de leur engagement en faveur d'une culture d'apprentissage continue et d'amélioration de la pratique clinique. En conclusion, l'IDE 2 a évoqué la gestion d'une situation d'urgence impliquant un arrêt cardio-respiratoire, soulignant les défis rencontrés et les décisions délicates à prendre pour assurer une gestion appropriée des cas. Ces échanges reflètent la complexité et l'importance du travail des professionnels de la santé dans les situations d'urgence.

#### **4.3. La prise en soin du patient lors d'une urgence vitale par l'équipe du SMUR**

**Objectif de recherche n°3 :** Analyser et appréhender la dynamique relationnelle entre l'IDE du SMUR et le patient.

Sans surprise, les deux IDE interrogés ont souligné la nécessité de la communication dans cette interaction. Une communication efficace entre l'IDE et le patient est fondamentale pour établir une relation de confiance, réaliser une évaluation précise de l'état du patient, et garantir une prise en charge adaptée. Cette communication peut prendre différentes formes, telles que la communication verbale, non verbale, comme le mentionnent les deux IDE. Cependant, des difficultés peuvent émerger

concernant la communication non verbale, comme l'illustre le commentaire de l'IDE 2 qui exprime avoir des difficultés dans ce domaine. Il reconnaît que ce n'est pas naturel pour lui et envisage de travailler sur cette lacune alors que l'IDE 1 a un point fort pour la communication non verbale en présence de patients inconscients car elle touche très souvent leur main. En contrastant avec les difficultés de communication non verbale rencontrées par l'IDE 2, l'IDE 1, démontre une aptitude particulière pour le contact physique. Cette compétence s'avère être un avantage lors de la prise en charge des patients inconscients car elle a naturellement tendance à leur offrir des gestes apaisants, notamment en touchant fréquemment leur main. Cette observation met en évidence la diversité des compétences au sein de l'équipe médicale, soulignant ainsi la nécessité de reconnaître les forces individuelles de chaque membre. De plus, il est à noter que l'IDE 2 se sent plus à l'aise dans la communication verbale, ce qui illustre une autre facette de la diversité des compétences au sein de l'équipe.

Par ailleurs, les deux IDE ont évoqué le concept de prendre soin dans cet objectif, en précisant qu'ils établissent tous deux une relation soignant-soigné. Ils sont unanimes sur le fait que le patient est au cœur de la relation et qu'il représente une priorité à ne pas négliger. L'IDE 1 a mis en avant l'élément de confiance dans cette relation, en insistant sur le rôle crucial de l'attention portée au patient. Pour elle, il est essentiel d'être pleinement attentif aux besoins et aux préoccupations du patient afin de favoriser un sentiment de confiance et de sécurité. Par ailleurs, l'IDE 2 a souligné que c'est souvent l'IDE qui établit la relation la plus étroite dans le trio d'intervenants du SMUR. Il a également noté que ces interactions directes avec le patient sont souvent propices à la création de liens personnels plus profonds. Cette observation montre l'importance de ces moments privilégiés dans le renforcement de la relation de confiance et dans l'amélioration globale de l'expérience des soins.

Les deux infirmiers mettent en évidence leur reconnaissance partagée de l'importance de la réassurance dans le contexte des soins de santé. L'IDE 1 a mis en avant l'intérêt de rassurer les patients en réagissant à une situation de stress causée par le comportement anxieux d'un médecin. Elle a décrit comment elle a ajusté son propre ton de voix pour compenser le stress perçu, dans le but de créer un environnement plus calme et rassurant pour la patiente. Cette action démontre son engagement à fournir un soutien émotionnel et à assurer le confort des patients, même dans des situations où le personnel médical lui-même est stressé. D'autre part, l'IDE 2 a également souligné l'importance de la réassurance dans un contexte éducatif, en se référant à une situation d'une intervention sur une intoxication alimentaire au sein d'un collège. Il a expliqué de quelle manière il a pris l'initiative d'aller individuellement voir chaque élève affecté pour les reconforter et communiquer avec leurs parents afin de les informer de la situation. Cette approche témoigne de sa préoccupation pour le bien-être des élèves et de sa volonté d'assurer leur sécurité, tout en fournissant un soutien pratique et émotionnel aux personnes concernées. Pour finir, l'IDE 2 a évoqué une proxémie avec son patient en exprimant qu'il était « centré sur le patient » et « on est posé avec le patient ».

#### **4.4. Les émotions des infirmiers**

**Objectif de recherche n°4 :** Identifier les diverses émotions pouvant être ressenties par l'IDE du SMUR à différents moments d'une intervention.

Lorsque j'ai demandé aux deux IDE, s'ils avaient vécu des émotions lors de leur intervention, ils m'ont tous sans exception répondu positivement. En effet, diverses émotions sont omniprésentes tant des émotions positives que des émotions négatives. En ce qui concerne les émotions négatives, l'IDE 1 évoque « on peut avoir de la colère » et l'IDE 2 parle de sentiments d'irritation « rien de plus énervant » liés à une mauvaise adresse lors d'une intervention en SMUR.

Ils soulignent l'importance du stress qui peut être ressenti tout au long d'une intervention. L'IDE 2 souligne que le travail au sein du SAMU peut induire « une montée d'adrénaline » et une certaine « excitation », tandis que l'IDE 1 exprime ressentir de l'anxiété une fois à bord du véhicule, notant l'absence de son et d'image. L'IDE 1 rajoute des émotions comme la tristesse et dit « malgré nous, on peut avoir de la peine ». Dans les émotions positives, tous les deux évoquent l'évolution des émotions. Au départ de leur carrière professionnelle il y avait du stress et avec les années d'expériences, ils se sont forgés et ils arrivent à gérer leurs émotions différemment dit l'IDE 1 tandis que l'IDE 2 exprime avoir moins d'appréhension et moins de pression.

L'IDE 1 exprime sa satisfaction professionnelle en évoquant le sentiment de sérénité qui accompagne son travail et en se disant contente de la position qu'elle occupe auprès de ses patients. En outre, elle mentionne également d'autres émotions qu'elle ressent dans son travail, telles que la peur, l'empathie et la capacité à rester impassible.

Ensuite, ils discutent de la projection émotionnelle comme la transférabilité. L'IDE 1 évoque son incapacité à réagir face à une situation impliquant un proche, soulignant sa propension à se sentir mal à l'aise même devant une infime quantité de sang chez ses proches. De son côté, l'IDE 2 mentionne avoir déjà fait des transferts émotionnels basés sur son vécu personnel lors de certaines interventions. Aussi, l'IDE 1 se pose des questions sur la prise en charge du patient, se demandant si toutes les mesures nécessaires ont été prises et si d'autres actions auraient pu être entreprises. En revanche, l'IDE 2 rapporte avoir participé à un débriefing avec son équipe, confirmant ainsi que toutes les actions entamées étaient appropriées et adaptées à la situation. Ces moments de remise en question illustrent l'engagement des deux IDE à assurer une prise en charge optimale pour les patients.

#### **4.5. L'accompagnement des familles sur le lieu d'intervention**

**Objectif de recherche n°5 :** Examiner et interpréter les dynamiques ainsi que les défis spécifiques qui émergent lorsque la famille du patient est présente sur le lieu d'une intervention du SMUR.

L'IDE 1 met en avant son rôle en soulignant l'importance qu'elle accorde à la famille. Elle explique qu'elle consacre du temps à écouter les membres de la famille et à les rassurer en leur affirmant des phrases réconfortantes telles que « on est là » et « votre enfant, on s'en occupe ». En outre, elle est très vigilante face à la protection des enfants, cherchant à les éloigner des scènes potentiellement traumatisantes en les plaçant dans une autre pièce. D'autre part, l'IDE 2 adopte une approche similaire mais plus pratique en évacuant la famille chez les voisins lorsque la situation implique le décès d'une personne. Cette action vise à créer un environnement plus calme et sécurisant pour la famille dans des moments particulièrement difficiles. Ces actions témoignent de l'engagement des IDE à prendre en compte le bien-être émotionnel des familles impliquées dans les situations d'urgence en leur offrant du soutien et en prenant des mesures concrètes pour atténuer leur exposition à des événements potentiellement traumatisants. Par ailleurs, l'IDE 2 aborde la disponibilité des soignants, soulignant les moments où ils peuvent rester longtemps après une intervention pour accompagner la famille. Il reconnaît également que parfois, en raison de l'urgence de la situation, ils peuvent partir rapidement, laissant la famille sans support. Il insiste sur la nécessité de mieux intégrer la famille dans la prise en charge et reconnaît les défis liés à cette inclusion. Enfin, il aborde un cas spécifique où une adolescente a dû réaliser des compressions thoraciques sur son père, qui malheureusement est décédé. L'IDE 2 souligne l'importance du travail de déculpabilisation dans de telles circonstances, en trouvant les mots appropriés pour rassurer la jeune fille et lui faire comprendre qu'elle ne doit en aucun cas se sentir coupable. Il met en relief la bravoure de son acte et l'encourage à surmonter ce sentiment de culpabilité. L'analyse de la discussion entre les deux IDE prouve leur réflexion sur le rôle et la présence de la famille lors des interventions médicales. L'IDE 1 aborde plusieurs aspects de cette dynamique, notamment le fait que les familles peuvent parfois demander beaucoup d'attention et d'énergie de la part des professionnels de santé. Elle indique également que la présence des membres de la famille peut varier en fonction des circonstances, mais qu'ils peuvent souvent être considérés comme « des alliés » dans le processus de prise en charge des patients. L'IDE 1 explique que la famille peut avoir besoin de voir ce qui se passe pour se sentir rassurée et avancer dans la situation. Elle mentionne également qu'il est généralement préférable de laisser la famille présente, sauf dans certaines situations particulières, comme dans le cas des interventions pédiatriques. En revanche, l'IDE 2 complète cette réflexion en soulignant l'importance de prendre en compte le comportement de la famille et leur niveau d'envahissement lors des interventions. Il reconnaît que la famille peut être une source d'aide et de soutien, mais que dans certains cas, leur présence peut être envahissante ou inappropriée. De plus, l'IDE 2 précise que, dans le cas des patients mineurs, il est impensable d'évacuer un membre de la famille car leur présence fait partie intégrante de la prise en charge. En résumé, l'analyse de cette discussion met en évidence la complexité des interactions entre les professionnels de santé et les familles lors des interventions médicales. Les deux infirmiers

reconnaissent l'importance de la présence et du soutien de la famille, tout en étant conscient des limites et des défis que cela peut représenter dans certaines situations.

Pour conclure, l'IDE 1 partage son expérience professionnelle en évoquant l'évolution de son rôle au sein des familles. Elle exprime : « Je sais ce que je fais », « avec mon expérience je m'affirme et j'ai ma place ». Elle souligne que cette affirmation de soi n'est plus source d'anxiété pour elle, contrairement au passé, où le stress était présent dès le début, lorsqu'elle manquait de confiance en soi. Elle reconnaît maintenant que cette situation peut être stressante pour certains. Dans ce témoignage, l'IDE 1 met en lumière la grandeur de l'expérience professionnelle dans le renforcement de la confiance en soi. Elle montre comment, au fil du temps, elle a gagné en assurance et a ainsi pu mieux gérer les situations stressantes. Son propos met en exergue la nécessité de se sentir compétent et affirmé dans son rôle professionnel pour éviter l'anxiété liée au stress.

#### **4.6. La gestion des émotions**

**Objectif de recherche n°6 :** Apprécier l'impact émotionnel que peuvent avoir certains lieux d'intervention.

Les difficultés des interventions prédominent sur les mécanismes de défense. La complexité de la prise en charge du patient est un point d'attention pour les deux IDE. L'IDE 1 illustre cette réalité en abordant la complexité des accouchements « une intervention qu'on n'aime le moins faire dans l'équipe », une tâche qui n'est pas réalisée quotidiennement, mais qui nécessite une attention particulière car une seule équipe doit prendre en charge à la fois la mère et le bébé. En revanche, l'IDE 2 évoque les interventions pédiatriques, notamment les arrêts cardiaques, en soulignant qu'ils sont heureusement rares, mais très impactants lorsqu'ils surviennent. Ces témoignages permettent d'imaginer très concrètement les défis et les pressions auxquels sont confrontés les infirmiers dans leur pratique quotidienne.

L'IDE 2 évoque la difficulté à rejoindre certains lieux d'intervention. Pour certaines interventions, le soutien des forces de l'ordre ou des pompiers est indispensable. La nécessité de coopérer avec d'autres services d'urgence, tels que la police et les pompiers, souligne la complexité des situations auxquelles ils font face. Il mentionne en particulier une zone rurale éloignée de la ville, où même en se déplaçant rapidement, il peut être nécessaire de parcourir une demi-heure de route. Il note également l'impact significatif de la localisation géographique sur la prise en charge, précisant que cela peut soit faciliter, soit compliquer la situation.

Il décrit également la gestion de l'inattendu, précisant que des situations telles que « des personnes qui se sont immolées » ou « des gros accidents de la route » peuvent survenir, des événements auxquels dit-il « on n'imagine pas forcément ». La gestion de l'inattendu, avec des événements graves et choquants, nécessite une préparation mentale et émotionnelle adéquate, appuyant ainsi l'intérêt de la

formation continue et du soutien psychologique pour les professionnels de la santé confrontés à de telles situations.

En outre, il est crucial de noter que chacun réagit en utilisant différents mécanismes de défense, tels que le déni, la projection et l'identification, pour faire face à des situations stressantes ou menaçantes. L'IDE 2 mentionne le déni : « on avait beau lui expliquer l'inverse ». Le déni est un mécanisme de défense psychologique par lequel une personne refuse de reconnaître une réalité perturbante ou anxiogène. Dans ce cas, malgré les explications fournies, la personne en question persiste à ignorer ou à refuser d'accepter la vérité. L'IDE 1 utilise la projection en décrivant un ami de son fils comme quelqu'un qu'elle connaît depuis très longtemps et reçoit souvent chez elle, allant jusqu'à dire « c'est un peu comme mon enfant ». La projection consiste à attribuer ses propres sentiments, pensées ou comportements à une autre personne. Dans ce cas, l'IDE 1 projette ses sentiments parentaux et son attachement à son propre enfant sur l'ami de son fils. L'IDE 2 évoque l'identification en déclarant : « en rentrant chez soi, on prend ses enfants dans les bras, on est content de les retrouver ». L'identification est un processus par lequel une personne assimile les caractéristiques ou les traits d'une autre personne à son propre moi. Ici, l'IDE 2 se compare à une situation déjà vécue et difficile à gérer car il fait un parallèle avec ses enfants. Ainsi, quand il retrouve ses propres enfants, il a un soulagement illustrant ainsi une forme d'identification avec ses patients. Ces mécanismes de défense peuvent être considérés comme des moyens adaptatifs pour faire face au stress et à l'anxiété dans le contexte professionnel des infirmiers, mais ils peuvent également avoir des implications sur la santé mentale et le bien-être des professionnels de la santé s'ils sont utilisés de manière excessive ou inappropriée.

## **5. DISCUSSION**

Désormais, ma phase exploratoire touche à sa fin, je vais donc pouvoir confronter nos résultats entre le cadre théorique et l'analyse des entretiens. Dans cette démarche, je vais également exprimer mon opinion et envisager comment intégrer ces enseignements dans ma future pratique professionnelle. L'objectif étant de mettre en évidence les similitudes et les divergences des points de vue, afin d'affiner ma pratique quotidienne et de développer mon esprit critique.

### **5.1. Approche de la prise en charge lors d'une urgence vitale**

La définition de la prise en soin, telle qu'énoncée par l'HAS (2004), met en lumière des objectifs fondamentaux qui vont au-delà de la simple technicité des gestes : soulager les symptômes, réduire la souffrance et favoriser l'autonomie et le bien-être du patient. Cela nécessite des compétences spécifiques : de l'attention, de l'écoute, du tact et de la discrétion. En ce qui concerne les urgences vitales, d'après Abaddi Khamel (2018), il est important de comprendre qu'elles sont caractérisées par

une détresse pouvant entraîner le décès et induisent une prise en charge précoce et organisée. Les infirmiers n'ont pas explicitement abordé les termes « urgence vitale » ou « prise en soin » lors des entretiens. Cependant, même si ces termes n'ont pas été exprimés de manière explicite, je pense qu'il est essentiel de les définir.

Ensuite, la relation entre le soignant et le soigné occupe une place centrale dans le contexte de la prise en charge médicale. D'après Julie Violet et Gaëtan Georgeon, cette relation, souvent asymétrique en termes de connaissances et de dépendance, peut être analysée à différents niveaux, allant de la civilité à la relation d'aide thérapeutique (2021). Les infirmiers interrogés reconnaissent l'importance de cette relation où le patient est au cœur de celle-ci et représente une priorité qu'il ne faut pas négliger. L'IDE 2 explique que sur les trois personnes de l'équipe du SMUR, c'est l'infirmier qui établit la relation la plus étroite. D'après Kamel Abbadi, cette relation de confiance est fondamentale pour assurer une prise en soin efficace : reposant sur la foi mutuelle des compétences et des intentions des professionnels de santé, ainsi que sur la participation active des patients à leur propre traitement lors des interventions SMUR (2018, p. 1241). Cette même équipe parvient souvent à apaiser les patients par sa simple présence, mais c'est en les écoutant attentivement et en les rassurant que la qualité des soins est véritablement améliorée. Personnellement, lors de mes sorties avec le SMUR, j'ai remarqué à plusieurs reprises l'importance d'établir une relation de confiance avec les patients. Leur détresse est palpable et notre arrivée semble les rassurer. Je me suis aperçue que le dialogue permettrait de créer un lien de confiance et l'échange avait un effet apaisant.

## **5.2. Les réactions émotionnelles induites chez l'IDE par une situation d'urgence**

Tout d'abord, la définition de l'émotion selon Christine Quancard-Stoiber et Brigitte Boullercé met en lumière le caractère dynamique et complexe de cette expérience. L'émotion, en tant que processus de mise en mouvement, affecte à la fois notre être intérieur et notre comportement extérieur. Cette compréhension nous permet de reconnaître la nécessité de prendre en compte les ressentis non seulement chez les patients, mais aussi chez le personnel soignant (2018). En se référant aux sept émotions de base identifiées par Mikolajczak, Jordi Quoidbach, Ilios Kotsou et Delphine Nélis (2009), nous pouvons mieux comprendre la diversité des réponses émotionnelles chez les patients et les familles lors d'une intervention d'urgence. Chaque sentiment a des caractéristiques spécifiques qui influencent les comportements et les réactions des individus face à des situations stressantes. Cette reconnaissance nous permet d'interpréter de manière plus précise les signaux émotionnels exprimés par les patients et leur entourage.

En analysant les entretiens infirmiers, nous constatons que les professionnels de santé ont partagé des expériences émotionnelles variées lors de leurs interventions. Certains ont évoqué des émotions positives, telles que l'empathie et la satisfaction professionnelle, tandis que d'autres ont mentionné des

émotions négatives, comme la colère, le stress et la peur. Cette diversité de sentiments reflète la complexité du travail en milieu d'urgence et souligne l'importance de développer des compétences émotionnelles pour y faire face. Les infirmiers ont également fait part de l'évolution de leurs ressentis au fil de leur carrière professionnelle. Au début, certains ont ressenti du stress et de l'anxiété, mais avec l'expérience, ils ont appris à gérer leurs sentiments différemment. Cette évolution témoigne de l'importance de l'expérience professionnelle dans le développement de compétences émotionnelles et dans la capacité à faire face aux défis émotionnels du métier. Par ailleurs, les infirmiers ont évoqué une montée d'adrénaline et une certaine excitation lors des interventions, ainsi qu'une anxiété une fois à bord du véhicule, en notant l'absence de son et d'image. Ces réactions émotionnelles sont compréhensibles dans un contexte où la prise en charge d'urgences médicales peut être intense et imprévisible. Dès que nous montons à bord du véhicule du SMUR, le calme règne et nous nous concentrons intensément. Nous devons être vigilants à tout ce qui se passe à l'extérieur et considérer ce moment comme une pause où nous pouvons vider nos esprits avant d'intervenir. Parfois, le motif de l'intervention contribue également à ce moment de recueillement car l'adrénaline est souvent palpable lors de ces situations. Enfin, un infirmier a mentionné des moments de satisfaction professionnelle et de sérénité, tandis que l'autre a évoqué des moments de remise en question. En tant que future professionnelle, je trouve ces témoignages très éclairants et révélateurs de la diversité des émotions rencontrées dans le cadre de ce travail spécifique. En peu de temps, j'ai déjà eu l'occasion de vivre une partie similaire de ces expériences émotionnelles, avec des moments de satisfaction et de calme, mais aussi de remise en question. Je souhaite poursuivre un processus continu de développement à la fois personnel et professionnel pour chercher constamment à améliorer mes compétences en matière de gestion émotionnelle et trouver un équilibre dans les exigences du travail et ma vie personnelle. Cet argumentaire rejoint notre première hypothèse, qui était de mettre en avant l'importance de la maîtrise des émotions de l'infirmière lors de situations d'urgence. En effet, des émotions non gérées pourraient effectivement entraver sa capacité à prendre des décisions rapides et à exécuter les tâches nécessaires.

### **5.3. Accompagner les familles sur le lieu d'intervention**

La prise en charge des familles sur le lieu d'intervention représente un volet essentiel dans la pratique infirmière, notamment dans les situations d'urgence. Selon Maela Paul, spécialiste en accompagnement, cela implique de se joindre à la personne, d'aller où elle va, et ce, en même temps qu'elle, mettant en avant l'importance de la relation et de la synchronisation avec la personne accompagnée (2012). D'autre part, la définition de la famille selon Julie Violet et Gaétan Georgeon, telle que définit l'Institut national de la statistique et des études économiques, représente une entité composée d'au moins deux personnes (2021).

Les entretiens avec les infirmiers confirment l'étendue du rôle infirmier en tant que soutien aux familles lors des interventions. L'écoute et la réassurance jouent un rôle capital dans ce contexte, selon

les propos de l'IDE 1. De plus, les infirmiers reconnaissent la nécessité de mieux intégrer la famille dans la prise en charge, malgré les défis associés à cette inclusion, tels que la disponibilité et le soutien post-intervention. Cette approche renforce la relation de confiance entre l'équipe médicale, le patient et sa famille, essentielle pour des résultats optimaux. Les infirmiers se trouvent souvent au cœur de l'interaction entre les familles et les professionnels de santé. Ils soulignent la variabilité de la présence des proches sur les lieux d'intervention, mettant en avant leur utilité en tant qu'alliés potentiels dans le processus de soins, mais aussi les défis qu'ils peuvent représenter, notamment en termes de gestion des limites. Cette argumentation répond à la précédente hypothèse formulée qui suggère que la qualité de l'accompagnement des familles peut avoir un impact sur la prise en charge du patient en urgence vitale. Cette proposition semble plausible car un accompagnement attentionné et informatif peut potentiellement diminuer l'anxiété et le stress des proches, les aidant ainsi à mieux soutenir le patient et l'équipe médicale.

Lors de mon stage, j'ai été confrontée à des défis dans l'accompagnement de certaines familles. Dans certaines circonstances, leur présence s'est avérée précieuse, notamment lorsqu'elles nous accueillent à l'entrée de la maison et nous fournissent des informations détaillées. Cependant, dans d'autres situations d'urgence où les familles peuvent être bouleversées et dépassées, cela ajoute une complexité supplémentaire. Dans de telles circonstances, notre priorité absolue reste le patient. C'est pourquoi, lorsque nous bénéficions de renfort, qu'il s'agisse de professionnels tels que les pompiers ou les gendarmes, leur soutien s'avère extrêmement utile car ils peuvent prendre en charge la famille pendant que nous nous occupons du patient. Malgré cela, nous essayons toujours, dès que possible, de trouver le temps d'échanger avec eux pour les rassurer.

#### **5.4. Traumatisme psychique des familles**

La thématique du traumatisme psychique des patients et de leurs familles lors d'interventions d'urgence est un sujet majeur dans le domaine de la pratique infirmière. Cette préoccupation est confirmée par les propos du professeur psychiatre Thierry Baubet (2019), qui met en avant les conséquences psychologiques potentiellement néfastes de ces situations. De même, les observations d'Alexandra Laurent (2014) mettent en évidence la souffrance vécue par les familles confrontées à de telles circonstances. Ces constats sont renforcés par les entretiens réalisés auprès du personnel SMUR, où près de 79 % des participants ont exprimé leur désarroi face à la détresse des familles (2014). Je souhaite réagir à ce constat car je trouve ce pourcentage très important et inquiétant. En effet, cette difficulté devant la souffrance des familles est un chiffre significatif et alarmant, cela souligne l'ampleur de l'impact émotionnel que ce travail peut avoir sur les professionnels de santé. C'est une indication claire de la nécessité de fournir un soutien adéquat et des ressources pour aider ces professionnels à gérer leurs propres émotions tout en prodiguant des soins de qualité aux patients et à leurs familles. Dans cette optique, les entretiens avec les infirmiers fournissent des perspectives

complémentaires sur les mesures prises pour atténuer ce traumatisme psychique. L'IDE 1 mentionne explicitement la nécessité de protéger les enfants présents sur les lieux d'intervention, reconnaissant ainsi leur vulnérabilité face à des scènes potentiellement traumatisantes. Cette préoccupation reflète la sensibilité des professionnels de santé à l'égard de tous les membres de la famille impliqués dans la situation d'urgence. Par ailleurs, l'IDE 2 aborde la question de manière pratique en évoquant l'évacuation des familles chez des voisins lorsqu'une intervention implique le décès d'une personne à domicile. Cette approche vise à préserver les familles de l'exposition directe à des événements traumatiques, tout en leur offrant un environnement de soutien et de réconfort. En intégrant ces perspectives issues du cadre théorique et des entretiens infirmiers, il apparaît clairement que la prise en charge du traumatisme psychique des familles lors d'interventions d'urgence revêt une importance primordiale dans la pratique infirmière.

Après avoir analysé les retranscriptions de mes entretiens, je suis surprise de constater que le traumatisme psychique des familles a été abordé plus en profondeur que je ne le pensais initialement. Cette prise de conscience s'est renforcée lors de l'élaboration de mes tableaux d'analyse, où j'ai pu observer que chaque infirmier mettait en œuvre des actions visant à protéger les familles contre ce traumatisme. Une réflexion supplémentaire m'a amenée à réaliser que je n'avais pas pris en compte la présence éventuelle d'enfants lors des interventions en SMUR, puisque je n'ai pas été confrontée à ce cas de figure encore. Il est donc important de considérer tous les membres de la famille lors de la planification des soins d'urgence et de mettre en place des mesures pour atténuer l'impact traumatisant de ces situations.

### **5.5. La gestion des émotions de l'infirmier dans un contexte de SMUR**

La gestion des émotions est un aspect crucial de la pratique infirmière en milieu d'urgence. En s'appuyant sur les éléments définis dans notre cadre conceptuel, examinons comment ces notions influencent la gestion des émotions dans un contexte de SMUR. Tout d'abord, l'accueil des émotions tel que défini par Antoine Bioy, Françoise Bourgeois et Isabelle Nègre (2003) appuie sur l'importance de reconnaître et de canaliser les émotions pour favoriser l'action et le changement. En contexte de SMUR, les émotions peuvent être intenses et variées, nécessitant une capacité à les accueillir et à les gérer de manière appropriée. Cela peut être particulièrement primordial lorsqu'il s'agit d'interagir avec des patients ou des familles en détresse émotionnelle. Puis, les compétences émotionnelles, souvent désignées sous le terme d'intelligence émotionnelle, jouent un rôle décisif dans le contexte des services d'urgence, comme l'ont souligné Moïra Mikolajczak, Jordi Quoidbach, Ilios Kotsou, Delphine Nelis (2009, pp.4-5). La capacité à identifier, comprendre, exprimer et gérer ses propres émotions, ainsi que celles des autres, est indispensable pour maintenir un niveau élevé de professionnalisme et de qualité des soins, tout en préservant le bien-être du personnel soignant.

Dans cette perspective, l'entretien avec un des infirmiers rappelle un aspect primordial de la gestion des émotions en SMUR. Lorsqu'il déclare avoir la capacité à rester impassible, cela suggère une maîtrise émotionnelle qui peut être bénéfique dans un environnement caractérisé par des situations stressantes et parfois chaotiques. Cette capacité à garder son sang-froid peut permettre à l'infirmier de prendre des décisions rapides et efficaces, tout en offrant un soutien rassurant aux patients et à leurs proches. Cependant, il est important de reconnaître que la gestion des émotions ne se limite pas à rester impassible. Les compétences émotionnelles englobent également la capacité à reconnaître et à exprimer ses propres émotions de manière appropriée, ainsi qu'à comprendre celles des autres. J'ai pris conscience de mes émotions dès ma première situation impliquant l'AVP. Des émotions fortes m'ont submergée lors des hurlements de la mère du patient. Lorsque la mère est venue voir son fils dans le VSAV, un flot d'émotions m'a envahie. J'ai senti mes larmes monter aux yeux. Par la suite, j'ai pu exprimer ces émotions, en grande partie grâce au temps passé avec toutes les équipes présentes sur place (pompiers, gendarmes, équipe du SMUR) et aussi avec l'infirmière. J'ai également eu l'opportunité d'en parler avec les équipes des urgences et avec mes proches. Si je rebondis sur la première situation, l'équipe a été confrontée à un cas inhabituel, un adolescent de quatorze ans inconscient. Cette situation a été marquante. Il était difficile de concevoir la mort de cet enfant pour sa mère. En ce qui concerne la deuxième situation, où nous avons dû accompagner la compagne en état de choc, il nous était difficile de trouver les mots adéquats. Cependant, nous avons fait preuve d'une présence attentive, en veillant à rester à ses côtés dans ce moment tragique, même lorsque les mots semblaient insuffisants pour exprimer notre soutien.

L'expérience professionnelle de l'IDE 1, illustre une progression significative dans sa manière d'appréhender son rôle auprès des familles. Son récit témoigne d'une transition vers une plus grande confiance en soi et une meilleure affirmation de son rôle dans la pratique infirmière. Cette évolution, marquée par des propos tels que « je sais ce que je fais » et « avec mon expérience je m'affirme et j'ai ma place », accentue l'impact positif de l'expérience professionnelle sur le développement personnel et la gestion du stress. Cette évolution personnelle permet non seulement de mieux répondre aux exigences du métier, mais aussi de mieux accompagner les familles et les patients dans les situations difficiles. Les témoignages des infirmiers m'ont confortée dans l'idée que l'expérience acquise progressivement permet de gagner en assurance lors des interactions avec les familles.

## **5.6. L'épuisement professionnel et les défis émotionnels chez les IDE en SMUR**

Selon Hélène Monier, les professionnels de la santé, notamment les urgentistes, sont exposés à des émotions intenses, qui les rendent vulnérables et peuvent entraîner un épuisement professionnel. Il est essentiel d'étudier les émotions au travail et leur impact sur la santé et la qualité des services, en particulier dans des professions caractérisées comme mobilisant un fort engagement émotionnel, tel

que celle des urgentistes. Je n'avais pas envisagé que les interventions fréquentes en SMUR pourraient entraîner un épuisement professionnel, voire un burn-out (2021).

Les infirmiers ont relevé des difficultés inhérentes aux interventions d'urgence, notamment la complexité de la prise en charge des patients. L'IDE 1 a évoqué l'accouchement comme une situation exigeante nécessitant une réactivité et une expertise particulières. De même, L'IDE 2 a mentionné les interventions pédiatriques et les arrêts cardiaques comme des situations où la pression et le stress sont particulièrement élevés. Ces exemples illustrent la diversité des scénarios auxquels les infirmiers doivent faire face, mettant leurs compétences émotionnelles et leur capacité à rester calmes et concentrés dans des situations critiques. Les émotions sont fortement influencées par le lieu d'intervention, comme le souligne Hélène Monier. En outre, les infirmiers ont souligné les défis liés à l'accès difficile à certains lieux d'intervention. Cette contrainte logistique peut ajouter une dimension supplémentaire de stress et d'imprévisibilité à leurs interventions, augmentant ainsi la charge émotionnelle du travail en SMUR. Dans les services d'urgence, les infirmiers doivent exprimer de la courtoisie et de l'empathie tout en étant confrontés aux émotions des patients. La régulation émotionnelle collective, inspirée du modèle de Gross en psychologie, propose un soutien social et des règles socio-émotionnelles pour favoriser le partage et l'expression émotionnelle des professionnels de la santé. Ainsi, les organisations doivent créer des espaces propices à ces échanges pour soutenir efficacement leur personnel. Je n'ai pas été informé de cela pendant mon stage ; cette notion n'a jamais été mentionnée. Est-ce un sujet tabou, qui fait peur ? le personnel soignant en a-t-il conscience ? C'est grâce au cadre théorique que j'ai découvert l'épuisement professionnel, menant au burn-out. Cependant, cette prise de conscience me permettra, au contraire, de rester vigilante et d'éviter d'atteindre un tel état, en m'appuyant sur le cadre conceptuel pour maintenir un équilibre émotionnel et prévenir l'épuisement professionnel.

### **5.7. Gestion des situations traumatiques et inattendues en SMUR**

Les interventions en SMUR exposent fréquemment le personnel soignant à des situations traumatiques et brutales, comme l'ont observé certains chercheurs. Ces événements peuvent laisser des souvenirs ancrés dans la mémoire des infirmiers, même si les répercussions psychopathologiques sont généralement limitées. La confrontation à des scènes sanglantes et violentes peut entraîner des réactions émotionnelles intenses chez le personnel du SMUR, nécessitant des mécanismes de défense pour maintenir l'équilibre psychique. Un aspect important abordé dans les entretiens est la gestion de l'inattendu. Les infirmiers ont décrit des événements imprévus et extrêmes, tels que des personnes s'immolant ou de graves accidents de la route. Ces événements, auxquels on ne s'attend pas nécessairement, peuvent être très perturbants émotionnellement pour les infirmiers, les confrontant à des scènes choquantes et traumatisantes. La capacité à rester calme et à prendre des décisions rapides et efficaces dans de telles circonstances est essentielle pour assurer la sécurité et le bien-être des

patients. Les entretiens des infirmiers mettent en évidence les multiples défis émotionnels auxquels ils sont confrontés lors d'interventions en SMUR.

Henri Chabrol (2005) identifie huit mécanismes de défense pour protéger l'intégrité mentale face aux chocs ou traumatismes, offrant ainsi des moyens adaptatifs pour gérer le stress et l'anxiété. Les infirmiers confirment cette notion, reconnaissant l'existence de ces mécanismes, notamment le déni, la projection et l'identification, issus de leur propre expérience. Ils soulignent l'importance de ces stratégies pour gérer les émotions lors d'interventions en situation d'urgence. Je me suis identifiée à la situation de l'accident de la voie publique (AVP) car il y a six ans, j'ai été témoin d'une collision entre trois voitures. Depuis ce jour, les images poignantes de cet événement sont restées gravées dans ma mémoire. Les autres témoins se sont retrouvés dans l'incapacité d'intervenir, me laissant ainsi dans un profond sentiment de solitude. Aujourd'hui, grâce à cette formation et à cette recherche, je suis en mesure de mettre des mots sur les émotions que j'ai ressenties à ce moment-là, tout en comprenant mieux les mécanismes de défense qui peuvent aider à traverser de telles situations difficiles.

Le transfert et le contre-transfert tels qu'expliqués par Abbad Khamel (2018), sont également des dynamiques psychologiques importantes dans la relation soignant-patient où le patient projette ses émotions sur le soignant (transfert) et le soignant réagit inconsciemment à ce transfert (contre-transfert). Ces dynamiques peuvent influencer la qualité des soins en SMUR, nécessitant une gestion efficace des émotions par les infirmiers. Le récit d'une infirmière met également en évidence la vulnérabilité émotionnelle ressentie lorsqu'elle est confrontée à des scénarios impliquant ses propres proches. Le fait de se projeter dans une situation similaire impliquant un membre de sa famille suscite des réactions émotionnelles intenses, soulignant l'impact profond que ces dynamiques de transfert peuvent avoir sur leur bien-être émotionnel et leur capacité à fournir des soins de qualité. Cette prise de conscience m'a fait réfléchir. Et si demain, c'était quelqu'un de ma famille ? Je trouve que cela pose une difficulté supplémentaire lorsqu'il s'agit d'un proche. Dans cette perspective, je pense qu'il serait intéressant, dans la mesure du possible selon l'établissement, de vérifier l'identité du patient parvenue par appel ou fax avant l'intervention. Si le patient s'avère être un proche, il pourrait être utile de demander à être remplacé avant de partir en intervention. Cette démarche humanise notre pratique et reconnaît notre nature d'être humain, soumis aux émotions et aux liens personnels. De plus, l'IDE 2 reconnaît avoir lui-même fait l'expérience de transferts émotionnels basés sur son propre vécu. Cette prise de conscience souligne l'importance de la réflexivité et de la conscience de soi dans la gestion des émotions en SMUR, et met en évidence la nécessité pour les professionnels de santé de développer des stratégies efficaces pour faire face à ces défis émotionnels.

## **5.8. Les débriefings**

Dans mon cadre théorique, je n'ai pas abordé la question du débriefing, mais après avoir analysé les témoignages des infirmiers, je réalise maintenant que je l'aurais inclus si j'avais eu

l'opportunité de revisiter mon travail. Les deux infirmiers ont mentionné leur propre besoin de débriefing après certaines interventions, relevant l'importance de cette pratique. Je trouve cela très intéressant car lors de mon stage, je n'ai pas eu l'occasion de participer à de telles séances. J'aurais voulu pouvoir exprimer mes sentiments sur la manière dont j'ai vécu ces interventions et à entendre les expériences des autres. Je pense que cela m'aurait apaisée afin d'éviter de ramener ces émotions à la maison.

J'ai entrepris des recherches sur ce sujet. Premièrement, selon les recommandations de l'HAS, le debriefing consiste en une session concise de partage d'informations qui intervient immédiatement après une action ou un événement. Durant cette séance, les professionnels échangent leurs perspectives sur la situation passée, mettant en lumière tant les aspects positifs que les éventuels dysfonctionnements. Ils partagent leur expertise et leur savoir-faire, en tirant des leçons de l'expérience. La mise en place de ces sessions de débriefing contribue à améliorer l'efficacité du travail d'équipe (relations professionnelles, renforcement de la confiance et du respect mutuel, meilleure coordination des soins, etc.) ainsi que la sécurité des patients, favorisant ainsi une culture de sécurité (2016).

Puis, j'ai examiné une étude clinique et psychopathologique issue des travaux de Caroline Doucet, Dina Joubrel et Didier Cremniter (2013), portant sur vingt séances de débriefing psychologique de groupe menées par la cellule d'urgence médico-psychologique d'Ille-et-Vilaine (CUMP) suite à des événements traumatiques tels que des suicides, des accidents de la voie publique et des morts subites. Les résultats de l'étude montrent que les personnes confrontées à un traumatisme peuvent vivre différentes perturbations mentales, allant de la confusion au début jusqu'à des ajustements mentaux plus tardifs, qui peuvent varier depuis le moment où le traumatisme se produit jusqu'au processus de débriefing. L'étude révèle également que certaines personnes montrent des signes de stress adaptatif et de syndrome psychotraumatique, ainsi que des changements mentaux qui cherchent à éviter de trop penser à l'événement traumatisant. Toutefois, si certains individus présentent de véritables syndromes psychotraumatiques nécessitant une prise en charge individuelle, la généralisation du traumatisme ne doit pas occulter le fait que tout événement soudain n'est pas nécessairement traumatique. Dans la plupart des cas étudiés ici, cela provoque une réaction de stress adaptée, avec une évolution symptomatique généralement favorable et relativement rapide. Enfin, l'étude affirme que le débriefing, dans certaines conditions, contribue à soulager la détresse précoce et peut faciliter le démarrage d'une prise en charge psychothérapeutique. Les auteurs soulignent la pertinence de considérer les événements comme « potentiellement » traumatisants car leur impact peut varier d'une personne à une autre, voire d'un moment à un autre en fonction du soutien psychosocial disponible. Ils invitent à prêter attention à la période post-immédiate (du deuxième au 15e jour, voire au 30e jour), durant laquelle soit la situation se résout, soit un état de stress post-traumatique s'installe. Les progrès réalisés

lors des séances de débriefing psychologique sont bien identifiés, notamment la verbalisation des pensées, les émotions, les symptômes physiques, les réactions immédiates et ultérieures ainsi que les effets à court ou long terme sur le fonctionnement psychique. En adoptant une approche proactive, nous répondons au besoin spontané des patients de verbaliser leurs troubles, ce qui leur permet de donner un sens à leur expérience traumatisante et de la replacer dans le contexte de leur vie. Bien que le débriefing psychologique ne soit pas toujours suffisant pour réduire le traumatisme vécu, il facilite au moins un transfert propice vers une thérapie ultérieure, comme le précisent judicieusement les auteurs.

Après certaines interventions, j'aurai apprécié avoir la possibilité de mener un débriefing avec l'ensemble de l'équipe, surtout lors d'interventions complexes. En effet, je n'ai eu l'occasion que de discuter avec l'infirmière à notre retour, mais je ressentais toujours le besoin d'une réflexion collective. Cela aurait été bénéfique pour moi afin de ne pas emporter ces préoccupations à la maison. De plus, en repensant à ma collègue infirmière qui semblait réticente à la discussion, je suis convaincue que cela aurait été utile pour elle également.

### **5.9. Cheminement depuis les situations d'appels**

À la suite de cette recherche, je prends conscience de l'impact émotionnel des scènes traumatisantes observées lors de mes interventions et dont les souvenirs restent vifs comme si c'était hier. Cependant, le fait d'avoir eu l'opportunité d'en discuter avec le médecin, les pompiers, les gendarmes et ensuite avec mes collègues du service des urgences, m'a apportée un soulagement bénéfique. Ces entretiens m'ont enseignée que certaines situations nous affectent plus que d'autres. Les émotions peuvent être transférables, comme j'ai pu le constater avec ma collègue infirmière. Il est essentiel de pouvoir en parler et de ne pas garder ces émotions enfouies en soi. Ce travail auprès d'eux a permis de faire émerger un autre questionnement : Comment pouvons-nous mieux adapter notre communication et notre soutien émotionnel pour répondre aux besoins des personnes en état de choc ou de détresse lors d'interventions d'urgence ? Au cours de mes entretiens, j'ai noté que toute une gamme d'émotions est constamment présente, comprenant à la fois des sentiments positifs et négatifs. Il ressort également qu'au début de leur carrière, les professionnels ressentent un niveau de stress majoré, mais que celui-ci tend à diminuer avec l'expérience, les amenant à développer une certaine résilience émotionnelle. Éprouver des émotions n'est pas une source de honte, mais reconnaître leur présence est essentiel pour les adresser et les traiter.

En ce qui concerne l'accompagnement des familles, l'expérience professionnelle joue un rôle essentiel dans le développement d'une plus grande aisance dans les interactions avec les familles. Les infirmiers, ainsi que moi en tant que future infirmière, adoptons des stratégies de défense pour affronter les défis émotionnels associés à notre profession, une pratique qui perdure tout au long de notre carrière.

Les émotions de l'infirmière pendant la prise en charge des patients peuvent avoir un impact significatif sur l'accompagnement des familles sur le lieu d'intervention, en particulier lors de situations d'urgence vitale au sein d'un SMUR. Mais aussi, les sentiments de l'infirmière peuvent influencer son niveau de stress et sa capacité à rester calme et centrée pendant l'intervention. Si l'infirmière est capable de gérer ses propres émotions de manière efficace, elle sera plus apte à offrir un soutien rassurant et professionnel aux membres de la famille présents sur les lieux. De plus, les émotions de l'infirmière peuvent également affecter sa communication avec la famille proche. Si cette dernière est submergée par le stress ou l'anxiété, elle pourrait avoir du mal à transmettre des informations de manière claire et rassurante et par conséquent accroître l'anxiété des proches. En revanche, si elle parvient à maintenir son calme et à exprimer de l'empathie, elle sera plus à même de répondre aux besoins émotionnels des familles et de les accompagner de manière appropriée.

Cette réflexion m'amène à un nouveau questionnement : **En quoi l'instauration de débriefings périodiques contribue-t-elle à la gestion des émotions chez les infirmières du SMUR et comment cela améliore-t-il la prise en charge des patients et de leur entourage lors de situations d'urgence vitale ?**

## CONCLUSION

Ce projet de fin d'études a été semblable à la construction d'un puzzle dont le rassemblement des pièces a fait émerger le dessin final. Ce mémoire représente à la fois la clôture de mon parcours académique et le début de l'exercice de ma future profession.

Ma passion pour la gestion des situations d'urgence a toujours été présente. Je suis profondément reconnaissante d'avoir eu l'opportunité de réaliser un stage dans un service d'urgence en tant qu'élève infirmière. L'équipe du SMUR m'a fait confiance en me faisant participer à leurs interventions, un rêve devenu réalité. Ce parcours n'a fait que renforcer ma détermination à évoluer dans ce domaine un jour au sein d'un SMUR.

La rédaction de ce mémoire a été pour moi un réel défi. En effet, c'est la première fois que je rédige un tel recueil d'expériences. Je me suis beaucoup investie et j'ai réalisé de nombreuses recherches tout particulièrement pour sélectionner des ouvrages pertinents sur le sujet. Maintenant que j'ai acquis les compétences nécessaires pour effectuer un MIRSI, je réalise que j'aurais pu avoir un cadre théorique moins étendu. Malgré ces obstacles, je suis fière du chemin parcouru et des compétences acquises. Ce travail a été enrichissant car il m'a permis de réfléchir et de remettre en question ma pratique professionnelle.

Le temps de réflexion nécessaire à la rédaction de ce mémoire m'a permis de prendre du recul et de la hauteur pour mieux appréhender le métier. En effet, j'ai pu emboîter toutes les compétences que j'ai

acquises au cours de ces trois années d'enseignements, d'obtenir une vision globale de mon apprentissage et de visualiser l'évolution de mes compétences depuis le début de ma formation. Mon regard sur le métier a considérablement évolué tout comme mon positionnement.

Cette exploration m'a également permis d'observer les limites de l'exercice de la profession. En effet, le phénomène du burn-out touche l'ensemble des services médicaux. Grâce au travail de ce mémoire, j'ai pris conscience de l'importance des débriefings et de la communication pour permettre d'une part, au personnel soignant de verbaliser ses émotions et ressentis et d'autre part, pour offrir un soutien adéquat aux patients et à leurs familles. Ainsi, ce contexte de communication et d'interaction entre les soignants, les patients et leurs familles donne la possibilité à chacun d'extérioriser ses émotions et conduit vers une amélioration du moral, de la santé et du bien-être des patients, et ce, quel que soit le cadre de soins dans lequel ils évoluent. Cette prise de conscience me motive à poursuivre mon engagement en faveur de l'amélioration de la qualité des soins et du bien-être des patients, en mettant l'accent sur l'importance cruciale de la communication et du soutien mutuel au sein de l'équipe médicale. Cela nous rappelle également que personne n'est à l'abri de cette réalité et qu'il est essentiel de mettre en place des mesures préventives et de soutien dans l'ensemble des services de santé. En mettant en lumière l'importance des émotions dans la pratique infirmière, ce mémoire a démontré comment leur gestion peut prévenir du burn-out. Ce MIRSI a également souligné l'impact déterminant des émotions dans la prise en charge des patients et dans l'accompagnement des familles en situation d'urgence vitale au sein d'un SMUR. Le travail du mémoire est en lui-même un des outils qui m'a aidé à prendre du recul sur mon vécu de stage et à digérer ses expériences émotionnellement chargées.

Mon MIRSI commence par la citation de Graham Green, « on ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, c'est instinctif, spontané, et jamais calculé ». J'ai voulu ici résumer parfaitement le thème central de mon mémoire sur les émotions dans la pratique infirmière au sein d'un SMUR. Cette citation souligne l'importance capitale de reconnaître, d'accepter et de comprendre les émotions en tant que pilier central de la prise en charge des patients en situation d'urgence. Elle appuie également la nécessité d'adopter une approche globale et émotionnellement intelligente dans notre pratique professionnelle afin d'accompagner efficacement les familles confrontées à des situations d'urgence. Elle incarne ainsi la conviction profonde que la prise en compte des émotions enrichit non seulement la qualité des soins, mais aussi notre relation avec les patients et leurs proches, renforçant ainsi l'humanité au cœur de notre pratique infirmière.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abbad, K. (2018). *Tout le diplôme d'état infirmier : IFSI pour réussir votre formation*. Sup'Foucher.
- Bioy, A., Bourgeois, F., et Nègre, I. (2003). *La communication entre soignant et soigné : Repères et pratiques*. Bréal.
- David Sander Marcello Mortillaro. (2021). *Gère tes émotions*.
- Graham Greene. (1950). *Le troisième homme* (1ère édition).
- Huron, A., et Piganeau, K. (2021). *Infirmier dans l'urgence*. Mareuil éditions.
- Mikolajczak, M., Jordi Quoidbach, Ilios Kotsou, et Delphine Nélis. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.
- Quancard-Stoiber, C., et Bouillercé, B. (2018). *Stress, émotions, épuisement chez l'aide-soignant : Pour lutter contre le burn-out* (2e éd). Elsevier Masson.
- Violet, J., et Georgeon, G. (2021). *Révision optimale 3 en 1 : Semestre 2, IFSI fiches, cartes, audio*. Elsevier Masson.

## WEBOGRAPHIE

- Angeli, F., Barbier, J., Calas, J.-F., Couto, L., Fayoux, C., Gérard, V., Lebon, N., Le Pleux, F., Martin, C., & Mitjavile, F. (2022). *Toutes les fiches de soins pour réussir en IFSI*. <https://www.cairn-sciences.info/toutes-les-fiches-de-soins-pour-reussir-en-ifs-i-9782311661866-p-88.htm>
- Article R4312-3—Code de la santé publique—Légifrance. (2016). Code de la santé publique : Chapitre II : *Déontologie des infirmiers*. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629)
- Article L6311-1—Code de la santé publique—Légifrance. (2021). Code de la santé publique : Chapitre Ier : *Aide médicale urgente*. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006691296/2009-07-09](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006691296/2009-07-09)
- Article R6311-1—Code de la santé publique—Légifrance. (2023). Code de la santé publique : Sous-section 1 : *Mission des services d'aide médicale urgente*. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006919211](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919211)
- Article R6311-2—Code de la santé publique—Légifrance. (2022). Code de la santé publique : Sous-section 1 : *Mission des services d'aide médicale urgente*. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006919212/2009-07-09](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919212/2009-07-09)
- Article R6311-3—Code de la santé publique—Légifrance. (2024). Code de la santé publique : Sous-section 1 : *Mission des services d'aide médicale urgente*. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000033223207](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033223207)

- Article R6311-8—Code de la santé publique—Légifrance. (2010). Code de la santé publique : Sous-section 3 : *Participation des médecins d'exercice libéral*. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006919219/2009-07-09](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919219/2009-07-09)
- Article R6123-15—Code de la santé publique—Légifrance. (2023). Code de la santé publique : Sous-section 3 : *Prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation*. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006916768](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006916768)
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- Doucet, C., Joubrel, D., & Cremniter, D. (2013). L'intervention post-immédiate des cellules d'urgence médico-psychologique : Étude clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(6), 399-404. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448713001637>
- Ministère du travail de la santé et des solidarités. (2022). *Samu / Smur*. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/samu-smur>
- HAS. (2020). *Évaluation de la prise en charge des urgences SAMU-SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_urgences\\_samu\\_smur.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_urgences_samu_smur.pdf)
- HAS. (2016). *Briefing et debriefing*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2657908/fr/briefing-et-debriefing](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2657908/fr/briefing-et-debriefing)
- HAS. (2006). *Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches*. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches)
- Laurent, A. (2014). *Les équipes mobiles d'urgence et de réanimation face aux interventions potentiellement traumatiques*. 172(6), 457-462. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.03.015>
- Laurent, A., & Chahraoui, K. (2012). *L'impact du stress professionnel sur les intervenants SMUR*. *Pratiques Psychologiques*, 18, 413-428. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2010.11.003>
- Ministère de l'intérieur et des outre-mer. (2016). *Le plan NOVI (NOmbreuses VIctimes)*. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-publications/Archives-infographies/Securite-des-biens-et-des-personnes/Securite-des-biens-et-des-personnes/Mobilisation-de-l-Etat-en-temps-de-crise/Le-plan-NOVI-NOmbreuses-VIctimes>

Ministère du travail de la santé et des solidarités. (2022, mars). *Samu / Smur*.  
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/samu-smur>

Monier, H. (2020). « Designer » la Régulation Émotionnelle Collective aux Urgences : L'incontournable compétence de demain. *Management & Avenir Santé*, 6(1), 63-81.  
<https://doi.org/10.3917/mavs.006.0063>

Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>

Thierry Baubet. (2019). *Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats?* Santé Publique France.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats>

## FILMOGRAPHIE

Boulais Thibaut. (2021). *TVR Enquêtes - SAMU 35 : Les Urgences sur terre et dans les airs*. TVR.  
<https://www.tvr.bzh/v/5b22e95-tvr-enquetes-03-12-2021>

Groupe Hospitalier Artois-Ternois. (2022). *En immersion... SMUR / Urgences—YouTube*.  
[https://www.youtube.com/watch?v=\\_Baricag16M](https://www.youtube.com/watch?v=_Baricag16M)

## Annexe I : Analyse de situations ou activités rencontrées



### ANALYSE DE SITUATIONS OU ACTIVITÉS RENCONTRÉES

**PROMOTION** : 2021-2024

**SEMESTRE** : N°5

**STAGE** : 1

**ANALYSE DE SITUATIONS OU ACTIVITÉS RENCONTRÉES** : N°5

**THÉMATIQUE** : L'impact de la gestion du stress et des émotions et l'accompagnement des familles lors de la prise en soin d'une personne en situation de détresse vitale sur une sortie en SMUR.



Mise à jour le 01/10/2023

Étudiante en fin de 3<sup>ème</sup> année de formation en soins infirmiers, j'ai choisi de réaliser mon stage de dix semaines au service des urgences.

A leur arrivée aux urgences, les patients sont accueillis par l'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) qui les dirige soit en circuit court (traumatologie légère) soit en circuit long (pathologie médicale, chirurgicale ou traumatologie plus marquée). Elle peut aussi les orienter en déchocage (en salle d'accueil des urgences vitales) ou en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Le service des urgences dispose d'une équipe de SMUR (les structures mobiles d'urgence et de réanimation) qui est déclenchée par le SAMU (Service d'aide médicale urgente) pour prendre en charge des personnes gravement malades ou blessées pouvant nécessiter des gestes de réanimation.

Une équipe du SMUR se compose d'un médecin urgentiste, d'un infirmier, et d'un aide-soignant ambulancier avec double compétence pour conduire le véhicule léger médicalisé et disposant de tout le matériel de réanimation nécessaire (médicaments, matériel de ventilation artificielle, surveillance des paramètres vitaux). Le SMUR réalise en moyenne 650 sorties par an.

Pour cette analyse de pratique professionnelle, j'ai choisi de parler de ma première sortie en SMUR et de l'impact de la gestion du stress et des émotions lors de la prise en soin d'un adolescent en situation de détresse vitale.

### **1. Description de la situation :**

Tout a débuté un vendredi matin, alors que j'étais en stage de 7h30 à 15h00 dans l'unité d'hospitalisation de courte durée du service d'urgence. Ma responsabilité était de prendre en charge les trois patients présents. Alors que j'effectuais un soin à l'un deux, à 14h00 précises, nous recevons un appel du SAMU. La sonnerie retentit, empreinte de gravité, interrompant brusquement nos activités en salle de soins. Instantanément, chacun d'entre nous se fige, puis se précipite vers le téléphone initial, judicieusement positionné dans la salle de soins à proximité des médecins et des internes. Ils nous informent d'un accident sur la voie publique impliquant un véhicule contre un scooter, avec une personne en état d'inconscience. Sans perdre une seconde, je récupérais la glacière de médicaments dans le réfrigérateur puis j'enfilais mon blouson, et nous nous précipitions à l'extérieur vers la voiture du SMUR.

À l'intérieur du véhicule, c'est l'aide-soignante qui se trouvait au volant et conduisait à grande vitesse (suivant la loi, le SMUR a le droit de mener sa vitesse à 30km/h au-dessus de la vitesse autorisée). Les avertisseurs sonores (deux tons) étaient activés fréquemment pour signaler notre situation d'urgence. Le son strident de ces avertisseurs me procurait des frissons à chaque fois qu'ils retentissaient. À ma droite, le médecin et derrière l'infirmière, moi-même l'élève infirmière. Une atmosphère étrangement

calme régnait dans le véhicule alors que nous nous dirigeons vers la scène de l'accident. Pendant ce trajet, je préparais deux paires de gants et laissais mon esprit divaguer, essayant de ne penser à rien en particulier.

Une fois arrivée sur le lieu de l'accident, j'ai observé cette longue route de campagne, une nationale avec des champs de chaque côté. Les pompiers étaient déjà présents et d'autres intervenants bloquaient l'accès à la route, créant une déviation. J'ai regardé la scène rapidement : une voiture sur le toit couchée dans un fossé avec un scooter gravement endommagé. Ma collègue aide-soignante s'est garée tout près de la victime au sol. Dans les plus brefs délais, j'ai pris le sac infirmier dans le coffre et nous nous sommes dirigés vers la victime inconsciente entourée par les pompiers. Il était sur le dos parmi les ronces, il s'agissait du conducteur du scooter. Il ne portait pas de casque au moment de notre prise en charge, son casque reposait à côté de lui, laissant des marques du système d'accroche sous sa mandibule. Son visage attira mon attention en raison de sa jeunesse apparente. Le jeune individu présentait des blessures faciales, des dents brisées et une fracture ouverte à la jambe gauche. Il était clair que l'impact avait été violent, compte tenu de la distance entre lui et son scooter. Les pompiers nous ont informés qu'ils n'avaient pas pu trouver son identité et ont estimé son âge entre seize et vingt ans. Nous avons également demandé des nouvelles du conducteur de la voiture impliquée, qui avait pu sortir du véhicule par ses propres moyens mais avait été transféré aux urgences en état de choc.

Pendant ce temps, le médecin examina attentivement le jeune homme et compléta sa fiche d'observation. Il réalisa un test de Glasgow, obtenant un score de trois (signe d'un coma profond), et remarqua que les pupilles étaient symétriques mais non réactives, en mydriase. Un silence pesant régnait parmi les membres de l'équipe car nous comprenions la gravité de la situation. Son pronostic vital était engagé. Il était impératif de le perfuser en urgence et de lui poser deux voies intraveineuses. J'ai rapidement pris le nécessaire dans le sac. Je me suis approchée du patient et j'ai coupé son manteau avec l'aide d'un pompier pour avoir accès à son bras. Ma collègue infirmière a également inséré un cathéter veineux sur l'autre bras et a réalisé un bilan sanguin. Les veines du jeune homme étaient difficiles à trouver, j'ai donc pris une profonde inspiration pour me concentrer. Lorsque j'ai posé le cathéter, j'ai eu un retour de sang qui m'a procuré un grand soulagement. J'ai ensuite fixé le cathéter et déclampé la poche de perfusion pour que ma solution de chlorure de sodium passe. J'ai ajouté des robinets aux tubulures pour faciliter l'administration des médicaments par ma collègue. Le médecin lui disait à haute voix, les noms des traitements ainsi que le dosage à administrer. J'ai demandé aux pompiers de tenir les deux poches de perfusion pour pouvoir aller aider ma collègue infirmière.

Le médecin procédait à l'intubation du patient pour protéger ses voies aériennes. Nous sommes tous restés calmes et déterminés. Malheureusement, il y eut un problème de lumière sur le laryngoscope, mais l'infirmière est rapidement partie en chercher un autre. J'observais le médecin réussir à intuber le

patient afin de commencer ensuite la ventilation. Chacun jouait son rôle avec efficacité et l'entraide était palpable dans cette situation extrêmement émotionnelle. Les pompiers réalisèrent un pansement hémostatique au niveau de son genou et mirent une attelle sur la fracture de sa jambe ouverte.

Les pompiers ont alors entrepris de mettre en place le matelas coquille pour le transport du patient, mais les difficultés liées à l'endroit où se trouvait le jeune homme ont rendu cette tâche ardue. J'ai veillé à maintenir les deux voies intraveineuses en fixant une bande autour du point de ponction pour éviter que les cathéters ne bougent. Cependant, il était difficile de me faufiler entre les pompiers, Je dus donc préciser mon geste afin qu'ils me laissent faire. Cette compréhension mutuelle m'a apaisée. Lorsque les pompiers ont soulevé le matelas avec le patient, j'ai maintenu les deux poches de perfusion et surveillé attentivement les tubulures pour éviter tout débranchement accidentel. Nous avons transporté le jeune homme dans le VSAV en attendant l'hélicoptère médicalisé. J'ai continué à ventiler le patient en attendant que ma collègue infirmière le connecte au respirateur. Une chaleur intense régnait dans le camion pendant que je maintenais les deux pousses-seringues et que je ventilais le patient. A l'extérieur, la mère du jeune homme arriva et reconnut au loin le scooter de son fils ainsi qu'une chaussure. Elle fut profondément horrifiée.

Je luttais pour maintenir mon sang-froid et ma concentration près du patient, vérifiant que le respirateur fonctionnait correctement, tout en surveillant les paramètres vitaux du jeune homme. L'équipe de l'hélicoptère d'intervention médicale d'urgence arriva en présence d'un médecin, d'un infirmier et de deux pilotes. J'observais ma collègue infirmière en train de coordonner les transmissions et d'échanger le matériel médical qui nous appartenait. Nous prenions soin de nettoyer les plaies et le sang qui recouvrent le jeune homme, afin que sa mère puisse le voir dans des conditions plus acceptables.

Lorsque la mère arriva, ce fut un moment extrêmement difficile pour toutes les équipes présentes. Elle hurlait, elle criait, répétant à plusieurs reprises : « Mon fils, ton anniversaire est demain ». Une montée d'émotions me submergea et je décidai de descendre du VSAV pour prendre l'air et essayer de détourner mes pensées de cette scène si poignante. La maman repart rapidement en direction d'un centre hospitalier pour rejoindre son fils.

Ensuite, nous avons procédé au transfert du jeune homme vers l'hélicoptère. Une fois que l'hélicoptère partit, c'est à ce moment-là que nous avons discuté avec les pompiers et les gendarmes pour comprendre ce qui s'était réellement passé. Le scooter qui allait tourner à gauche a été percuté par une voiture qui le doublait provoquant ainsi un choc violent projetant le jeune homme dans le champ voisin. Cette conversation nous a permis de soulager nos esprits.

En repartant vers les urgences en voiture, nous avons échangé quelques minutes sur l'accident notamment sur le don d'organes. Nous savions que la famille se retrouverait confrontée à cette

question suite au scanner du jeune homme. Puis, rapidement, nous sommes passés à d'autres sujets. Nous riions, essayant de nous détendre et de mettre de côté inconsciemment ce que nous venions de vivre. Nous avons besoin de relâcher nos tensions.

Lorsque je suis arrivée aux urgences, l'infirmière prit un moment pour discuter avec moi et connaître mon ressenti par rapport à la situation. Je l'ai tranquilisée en lui expliquant que le fait d'en avoir parlé avec l'équipe pluridisciplinaire et l'inter-équipe sur place, y compris dans la voiture, m'avait apaisée. Elle m'a alors confié que l'arrivée de la mère du fils dans le VSAV l'avait également émue, et qu'elle avait même dû quitter momentanément le véhicule pour retenir ses émotions.

**Mots clés :** Stress / Emotion / Détresse vitale / Peur / Urgence / Inconnu / Pression temporelle / Collaboration équipe pluridisciplinaire / Collaboration inter-équipe

## **2. Questionnement :**

L'apparition d'une situation d'urgence vitale provoque du stress et des émotions intenses. Mais qu'est-ce que le stress exactement ? Quelles émotions suscite-t-il ? Et comment nos émotions influencent-elles notre comportement ?

Comment les professionnels de santé du SMUR perçoivent-ils le niveau de stress et d'émotion associé à la prise en charge d'adolescents en détresse vitale par rapport à d'autres groupes d'âge ?

Pourquoi au moment où la maman est arrivée, n'ai-je pas réussi à contrôler mes émotions ? Pourquoi ai-je dû partir du VSAV pour cacher mes émotions ? Pourquoi l'équipe et moi, avons évité de nous regarder à ce moment-là ?

Pourquoi avoir eu peur de ne pas réussir à perfuser ? Est-ce tout ce monde autour de moi ? Est-ce le fait de ne pas avoir mon installation correcte niveau ergonomie (tabouret et adaptable) ?

Je ne me suis peut-être pas sentie assez formée malgré l'AFGSU ? Quelles sont les formations adéquates pour pouvoir être bien formé pour partir en SMUR ?

Quelles recommandations peuvent-être formulées pour améliorer la gestion du stress et des émotions lors de la prise en charge d'une personne en détresse vitale en SMUR ?

Est-ce le score à trois du test de Glasgow induisant la mort cérébrale du patient qui rajoute du stress et des émotions ?

## **3. Analyse de la situation :**

Gérer mon stress aux urgences n'est pas simple car j'essaye de me surpasser, gagner en rapidité et en organisation. Quand le service des urgences est rempli de patients, il est difficile de leur accorder beaucoup de temps. Un stress se met en route. Nous disposons de peu d'indication sur

l'intervention lorsque nous partons en SMUR. Nous découvrons tout au dernier moment. Se retrouver face à un patient inconscient fut une première expérience pour ma part, quelque peu difficile. Il a fallu que je gère mon stress bien que je ne sois pas une personne stressée dans la vie de tous les jours.

La détresse vitale est l'état d'un patient évoluant rapidement vers la mort si un traitement efficace n'est pas fait à temps (ex. strangulation, arrêt cardiaque, hémorragie grave).

Cet état fait souvent suite à la défaillance d'une grande fonction vitale.

Le stress est un état d'inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile. Il s'agit d'une réponse humaine naturelle qui nous incite à relever les défis et à faire face aux menaces à laquelle nous sommes confrontés dans la vie. Chacun éprouve du stress dans une certaine mesure. Toutefois, la façon dont nous réagissons face au stress fait une grande différence pour notre bien-être général.

Les émotions sont le résultat d'une interaction entre l'environnement et le monde interne. Elles impliquent des phénomènes neurologiques (système limbique), biologiques (sensations physiques), psychologiques (perceptions) et peuvent être plusieurs à se chevaucher au même moment. Les émotions nous motivent (et nous organisent) pour agir. Elles nous permettent de réagir rapidement et instinctivement aux situations vécues. Elles communiquent avec les autres (et les influencent). Elles communiquent avec nous (sur les situations vécues, sur nos besoins)

La peur est un sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace (souvent dans avoir, faire peur).

Comment devenir infirmière au SMUR ?

Pour devenir infirmière dans les structures mobiles d'urgence et de réanimation, il faut faire preuve de grandes qualités. C'est un métier difficile qui requiert d'avoir son diplôme d'infirmière. La formation dure trois ans. Il demande beaucoup de travail et de dévouement mais il est très gratifiant.

Quelles sont les qualités d'une infirmière au SMUR ? Pour être infirmier au SMUR, il faut faire preuve de **beaucoup de sang-froid**. Effectivement, l'infirmière sera l'une des premières personnes qui verra le patient blessé en dehors de l'établissement médical. L'infirmière urgentiste doit être capable de prendre en charge les émotions de la famille, de **s'adapter à de nouvelles situations** d'urgence qui peuvent se présenter sous toutes leurs formes.

Quelles sont les missions d'une infirmière au SMUR ?

L'IDE au SMUR sera chargée de la prise en charge médicale des urgences situées en environnement extrahospitalier (accident de la route, domicile, etc.). L'infirmier au SMUR s'occupe aussi des actes médicaux durant les transferts interhospitaliers de patients gravement atteints. L'infirmière assure et coordonne la gestion du matériel et des fournitures médicales (**perfusion, médicaments,**

**équipements**, etc.). Enfin, l'infirmière dispense des soins infirmiers au patient et coordonne les soins dispensés par les autres membres du personnel hospitalier impliqués dans la prise en charge du patient, y compris la famille.

Un HéliSmur est une Unité Mobile Hospitalière qui utilise un vecteur aérien dédié à la Structure de Médecine d'Urgence et Réanimation, dont il est un effecteur, engagé sur décision de la régulation médicale du Samu, qu'il s'agisse d'une intervention primaire (suivie ou non d'un transport de patient) ou d'un transfert interhospitalier. Comme toutes les UMH, l'hélicoptère médicalisé est constitué d'une unité opérationnelle associant une équipe médicale (telle que définie par la réglementation), d'un lot de matériel technique et médical de soins et de réanimation permettant la prise en charge (diagnostique, thérapeutique et de surveillance) de patients en état critique et d'un hélicoptère équipé et adapté pour les missions des SMUR. L'hélicoptère doit être équipé d'une cellule sanitaire permanente, bénéficiant de l'agrément « transport sanitaire », basé dans un établissement de santé, dédié uniquement aux missions SMUR et déclenché exclusivement par le Samu-Centre 15. Cependant ils peuvent concourir aux missions d'Aide Médicale Urgente, lorsqu'ils sont mis à la disposition d'un SMUR, sur demande du Samu-Centre 15, dans le cadre d'un appui à la couverture territoriale pour des soins d'urgence : accès à certains patients en milieu périlleux ou suppléance en cas d'indisponibilité de l'hélicoptère.

Mon sujet de MIRSI va se tourner sur cette situation et me demander d'aller chercher encore plus loin des ressources.

#### **4. Transférabilité :**

J'ai été entourée d'une équipe précieuse, formidable lors de ma première situation. Une infirmière bienveillante, une présence lumineuse m'a encadrée tout au long de cette expérience. Elle a pris le temps de m'écouter, d'entendre mes questions et dans ces instants, j'ai compris ma voie, ma promesse.

Aux urgences, je me suis découverte, affirmée. Mon travail a pris sens. Un rêve devenu réalité, aux urgences, en SMUR guidé. Un chemin tracé, vers un futur où je serai engagée. Mon rêve de rejoindre l'équipe d'un SMUR a été réalisé.

#### **5. Bibliographie :**

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. (s. d.). Guide de pratique : Éducation psychologique et autosoins. Guide de pratique : éducation psychologique et autosoins. Consulté 24 janvier 2024, à l'adresse <https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2022/06/f1.pdf>

CGOS. (2019, décembre 2). Comment devenir infirmier au SMUR ? <https://crh.cgos.info/informations/comment-devenir-infirmier-au-smur>

Définitions : Peur—Dictionnaire de français Larousse. (s. d.). Consulté 24 janvier 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>

DGOS. (2024, janvier 24). Samu / Smur. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/samu-smur>

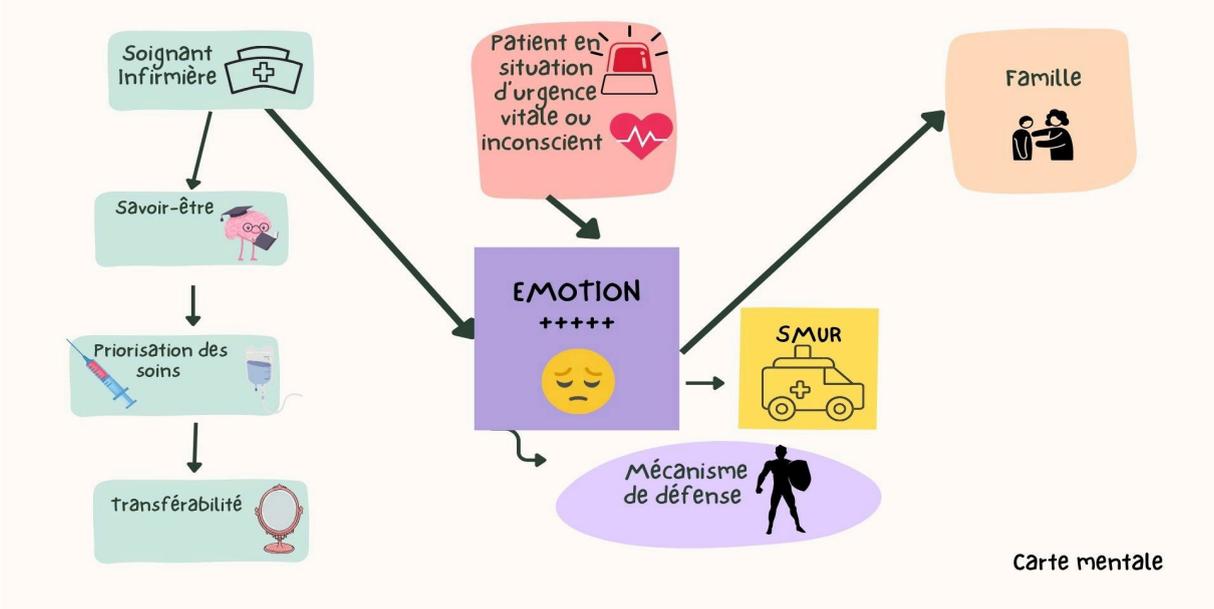
Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (2024). <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=d%C3%A9tresse%20vitale>

Ha, W. (2021, septembre 13). ▷ Infirmière au SMUR» Fiche métier, Missions, Salaire. <https://accessoire-infirmiere.fr/metier-infirmier/devenir-infirmiere-au-smur/>

Hen, D. L. (2023, août 12). Cévennes : Un homme hélicoptéré après un accident, sa voiture en feu après le choc. InfOccitanie.

<https://infoccitanie.fr/cevennes-un-homme-heliporte-apres-un-accident-sa-voiture-en-feu-apres-le-cho>  
[c/](#)

Annexe II : Carte mentale pour parvenir à mon questionnement



## Annexe III : AFGSU - Protocoles types - Gestes et soins d'urgence niveau 2

### HÉMORRAGIE EXTERNE

#### PREMIERS GESTES

##### La situation rencontrée

Vous êtes en présence d'une personne (consciente ou inconsciente) qui présente un écoulement important de sang qui ne s'arrête pas spontanément.

#### HÉMORRAGIE SANS CORPS ÉTRANGER

##### EXAMINER LA PERSONNE

Constat d'un écoulement important de sang sur un membre, la tête ou le visage avec accès facile.

##### GESTES D'URGENCE

###### Immédiatement : ARRÊTER L'HÉMORRAGIE

- Compression manuelle directe sur la plaie **avec une protection** (tissu, plastique, gants...)
- Allonger la personne si elle est debout ou assise
- Prendre le relais avec un linge ou mouchoir et un lien de fortune, large, pour pouvoir se libérer
- Couvrir la victime et surveiller le pansement et les fonctions vitales

**Au niveau du cou** il est impossible de réaliser un pansement compressif. La compression manuelle devra donc être maintenue

###### CAS PARTICULIER : POSE D'UN GARROT (une minorité de cas)

Il est possible d'utiliser en dernier recours un garrot, lien large posé à la racine du membre et qui arrête toute circulation artérielle et veineuse.

Lorsque la compression locale manuelle est impossible ou contre-indiquée. Le garrot se met en amont de la lésion : **noter l'heure de la pose** Si la plaie est très large et impossible à comprimer avec la main Fracture ouverte De la présence d'un objet (corps étranger, ne pas ôter) Devant une hémorragie de membre, ne s'arrêtant pas avec les moyens précités, Multi victime, membre non accessible (incarcère, enseveli..)

##### ALERTER LE 15 ou N° d'urgence à l'Hôpital

- Bilan précis et adresse de l'accident
- Geste effectué et efficacité

**SURVEILLER :** L'évolution des fonctions vitales et surtout du pouls  
L'efficacité de l'arrêt du saignement

#### SOINS SPÉCIFIQUES en Etablissement de soins

(en fonction des compétences de chaque professionnel de santé)

☞ COMPLÉTER LE BILAN Para clinique:

- Pression artérielle,
- SaO<sub>2</sub>

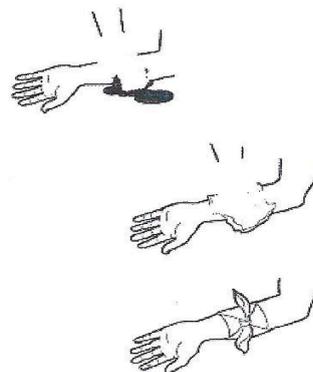
☞ Apporter de l'Oxygène en inhalation 9-15 litres/mn au masque haute concentration (le ballon réserve ne doit pas se dégonfler complètement), en fonctions de la SAT et brancher l'aspiration

☞ Poser une voie veineuse périphérique, cathlon G 18 + Na Cl

☞ Préparer le chariot d'urgence

##### INTÉRÊT DU GESTE

La diminution du volume sanguin liée à l'hémorragie entraîne une diminution d'apport d'oxygène aux cellules, et peut entraîner une détresse circulatoire aiguë.  
L'urgence est donc de l'arrêter.



## OBSTRUCTION BRUTALE et COMPLÈTE DES VOIES AÉRIENNES

### PREMIERS GESTES

#### La situation rencontrée

Vous êtes en présence d'une personne consciente qui s'étouffe devant vous.

#### CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT DE PLUS DE 1 AN

#### IDENTIFIER LE PROBLÈME

La personne est debout ou assise

- elle ne parle pas, ne tousse pas **AUCUN SON**
- aucun souffle ne sort de sa bouche ouverte
- les mains à la gorge

#### GESTES D'URGENCE

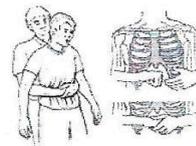
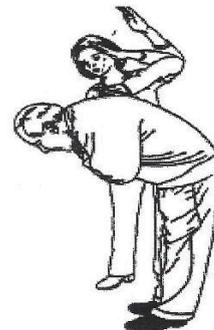
- A) **CLAIQUES DANS LE DOS** Le but est de provoquer un réflexe de toux, de débloquer et d'expulser le corps étranger qui obstrue les voies aériennes. (grâce aux vibrations)
- Se placer sur le côté légèrement en arrière
  - Soutenir son thorax avec une main
  - Pencher en avant pour faciliter la sortie de l'obstacle, et éviter qu'il retourne dans les voies aériennes
  - Donner 5 claques vigoureusement entre les omoplates avec le plat de la main ouverte,
  - Arrêtez les claques dans le dos dès que la désobstruction est obtenue.
  - Si échec → méthode de Heimlich.

B) **PRATIQUER LA MÉTHODE DE HEIMLICH**

- Se mettre derrière elle, passez vos bras sous les bras de la victime, entourez le thorax sans appuyer sur les côtes
  - Pencher en avant
  - Placer un poing à l'horizontale, dos de la main vers le haut au creux de l'estomac : au dessous du sternum et au dessus du nombril
  - Poser l'autre main sur le poing
  - Tirer franchement vers vous et vers le haut 4 ou 5 fois de suite
  - Aller chercher l'objet dans la bouche s'il n'est pas sorti spontanément.
- Si échec : alterner tapes dans le dos et Heimlich.

#### ALERTE MÉDECIN / CENTRE 15

- Donner le bilan. Précisez l'efficacité du geste, demander un avis médical.



#### SURVEILLER : la respiration

### SOINS SPÉCIFIQUES en Etablissement de soins

(en fonction des compétences de chaque professionnel de santé)

#### ☞ COMPLÉTER LE BILAN :

- Fréquence cardiaque / 1 mn, apprécier l'amplitude, le rythme, la force du pouls
- Interroger la personne ou son entourage sur le contexte de l'accident

☞ En fonction de la SpO<sub>2</sub> Préparer de l'oxygène en inhalation 9-15 l / mn au masque haute concentration (le ballon réserve ne doit pas se dégonfler complètement) : si difficulté respiratoire persistante.

Brancher l'aspiration

☞ Demander une consultation de contrôle au médecin

#### INTÉRÊT DU GESTE

*L'obstruction brutale et complète des voies aériennes entraîne un arrêt ventilatoire puis cardiaque en quelques minutes.*

*C'est un geste d'urgence qui va permettre de débloquer puis de repousser le corps étranger vers l'extérieur en utilisant l'air contenu dans les poumons pour déclencher la toux.*

# INCONSCIENCE et RESPIRATION SPONTANÉE

## PREMIERS GESTES

### La situation rencontrée

Vous trouvez une personne inanimée au sol, au lit, ou sur la voie publique.

Vous éliminez toute notion de danger extérieur : électrique, gaz, atmosphère toxique, danger environnant

### EXAMINER LA PERSONNE : certitude de l'inconscience

- ▶ Rechercher la conscience : (noter l'heure)
  - Lui parler fort = ne répond pas
  - Lui donner des ordres simples, stimuler :  
Ouvrez les yeux, serrez moi LES mains → Si aucune réponse
- ▶ Appeler à l'aide
- ▶ Evaluer l'efficacité de la ventilation sur 10 secondes
  - Souffle expiratoire présent, mouvement du thorax
  - Bruits absents (râles, gargouillements)
  - Coloration normale de la peau et ou des muqueuses (rosé)
- ▶ Si difficultés ou bruits anormaux : basculer la tête en arrière contrôler et vérifier l'efficacité de la respiration

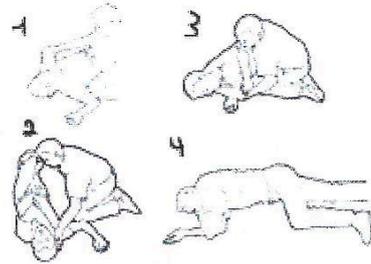
### GESTES D'URGENCE

#### METTRE EN POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

Si la personne respire correctement

En attendant l'arrivée du médecin

Avant de quitter la personne si vous êtes obligé de partir appeler.



### CAS PARTICULIERS

- Femme enceinte, allonger de préférence sur le côté gauche
- Traumatisme de jambe ou du bras, allonger sur le côté suspecté

### ALERTER le 15 ou le N° d'urgence à l'Hôpital

Préciser le lieu – se présenter, donner le bilan précis, le contexte, préciser ce que vous avez fait, les gestes et répondre aux questions le cas échéant.

Revenir auprès de la personne avec le matériel et l'aide

**SURVEILLER** : les 3 fonctions vitales et surtout l'efficacité de la respiration en attendant les renforts

## SOINS SPÉCIFIQUES en Etablissement de soins (en fonction des compétences de chaque professionnel de santé)

☞ Apporter tout le matériel, brancher l'aspiration.

**Contrôler le SAO<sub>2</sub>**, si elle est inférieure à 95% mettre l'oxygène en inhalation 9/15 l/mn au masque haute concentration (le ballon réserve ne doit pas se dégonfler complètement) dans les autres cas attendre l'avis médical

☞ **COMPLÉTER LE BILAN** para clinique:

- Fréquence cardiaque / 1 mn, apprécier l'amplitude, le rythme, la force du pouls
- Pression artérielle
- Glycémie capillaire
- Examen de la réactivité des pupilles
- Interroger l'entourage sur les antécédents

☞ Poser une voie veineuse périphérique, cathlon G 18 + Na Cl 0,9 % ou selon protocole du service

☞ Préparer le plateau d'intubation et la valise d'urgence

### INTÉRÊT DU GESTE

Toute personne inconsciente sur le dos court deux risques :

1. Une chute de la langue faisant obstacle mécanique au passage de l'air
2. Un risque imminent de vomissement dans ses voies aériennes et la mort par étouffement

La position latérale de sécurité permet une bonne liberté des voies aériennes, l'écoulement des sécrétions vers l'extérieur et la protection des voies aériennes contre les vomissements en attente de l'intubation trachéale.

# ARRÊT CARDIO VENTILATOIRE ADULTE

## PREMIERS GESTES

### La situation rencontrée

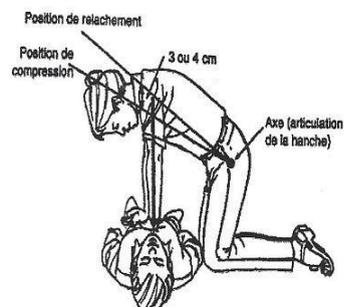
Vous trouvez une personne inanimée au sol, au lit, sur la voie publique, ou qui s'écroule devant  
Vous éliminez toute notion de danger extérieur : électrique, gaz, atmosphère toxique

### CERTITUDE DE L'ARRÊT CARDIO-VENTILATOIRE

#### EXAMINER LA PERSONNE

- Rechercher le degré de conscience : absent :
  - Inconscience sans réaction
- Contrôler la ventilation : absente sur jusqu'à 10 secondes et le pouls carotidien
  - Pas de souffle expiratoire
  - Pas de mouvement ventilatoire
  - OU présence de mouvements anormaux non efficaces : **GASP**

(Ventilation agonale et ou carpoïde plus ou moins bruyante à type de râle ET, inefficace)



#### FAIRE ALERTER LE 15 ou N° d'urgence à l'Hôpital

- Alerte : Envoyer alerter ou alerter si seul

#### GESTES SEUL = SUPPLÉER LES FONCTIONS VITALES

Quel que soit le lieu : noter l'heure

- Mettre à plat dos sur un plan dur (planche, sol)
- Réaliser la réanimation → en attendant le renfort
- **Compressions thoraciques**, qui doivent être **interrompues le moins possible**.
- Le rythme des compressions doit être d'au moins 100 par minute, avec un maximum de 120.
- Au milieu du thorax sur le sternum, profondeur d'au moins 5 centimètres, sans aller au-delà de 6 cm.
- Le temps de décompression doit être égal au temps de compression pour permettre l'oxygénation du cœur par les coronaires et du cerveau.
- Mettre en œuvre la DSA le plus rapidement possible, respecter les consignes de l'appareil et continuer les compressions thoraciques  
Après le choc électrique, reprendre les compressions thoraciques sans délai

**SURVEILLER** : la reprise de la respiration ou d'un signe de vie en attendant les renforts

#### SOINS SPÉCIFIQUES en Etablissement de soins (en fonction des compétences de chaque professionnel de santé)

#### GESTES en EQUIPE : RELANCER LES FONCTIONS VITALES

- ☞ Prioriser les **compressions thoraciques** durant les premières minutes, les **interrompre le moins possible**
- ☞ **Pose du DSA**
- ☞ Apporter de l'oxygène en insufflation 15 l/mn, continuer la réanimation 30 cp/2 insufflations en moins de 5 secondes (sauf si le médecin demande une alternance différente) Fréquence 100/120mn, pression 5 à 6 cm brancher l'aspiration
- ☞ **Se relayer toutes les 2 mn** aux compressions thoraciques
- ☞ **COMPLÉTER LE BILAN** :
  - Examiner les pupilles et leur réactivité
  - Suivre le protocole DSA
  - Préparer le plateau d'intubation et le chariot d'urgence, le défibrillateur manuel en l'absence de DSA
- Anticiper la RCP médicalisée
  - ◆ Faire préparer une VVP avec du sérum physiologique Na Cl 0,9 %
  - ◆ Poser une VVP cathlon G 18
  - ◆ Préparer l'adrénaline 1mg/1ml dans une seringue de 10 ml = 10 mg

#### INTÉRÊT DU GESTE

Les compressions thoraciques précoces permettent la relance rapide de la circulation cérébrale et coronarienne nécessaire à l'oxygénation des tissus. La ventilation n'est plus une priorité, MAIS elle sera mise en œuvre le plus tôt possible dans les cas d'arrêt par asphyxie, intoxications ou noyade. En milieu hospitalier le 1<sup>er</sup> témoin réalisera les compressions thoraciques jusqu'à l'arrivée du chariot d'urgence, du ballon auto remplisseur et du DSA.

## Annexe IV : Aide au guide d'entretien

Question de départ : **En quoi les émotions de l'infirmière impactent-elles l'accompagnement des familles sur le lieu de prise en charge de patients en situation d'urgence vitale au sein d'un SMUR ?**

J'ai débuté en extrayant les thèmes du tableau ci-joint, en les associant au cadre conceptuel et en définissant pour chacun leurs objectifs. J'ai également identifié les termes que je ne voulais pas utiliser afin de ne pas faciliter l'entretien. Ensuite, j'ai formulé mes questions en les complétant par des questions de relance au cas où leurs réponses ne seraient pas complètes.

<b>THÈME EN LIEN AVEC LE CADRE CONCEPTUEL</b>	Objectifs
	Questions
	Questions de relance
<b>La présentation des infirmiers</b>	Comprendre le parcours professionnel des IDE pour établir un climat de confiance.
	Premièrement, peux-tu me parler un peu de toi ainsi que de ton parcours professionnel ?
	Peux-tu me décrire ton parcours de formation ? Depuis combien de temps travailles-tu dans ce service ?
<b>Le déroulement d'un SAMU/SMUR</b>	Explorer le déroulement des interventions d'un SAMU/SMUR.
	Peux-tu me décrire une sortie type en SMUR ? Quel est ton état d'esprit tout au long de l'intervention en SMUR ?
<b>La prise en soin du patient lors d'une urgence vitale par l'équipe du SMUR</b>	Analyser et appréhender la dynamique relationnelle entre l'IDE du SMUR et le patient.
	Peux-tu me parler de la relation qui s'établit pendant l'intervention ?
	Est-ce que tu as un exemple en mémoire ? Et si le patient est inconscient ?
<b>Les émotions des infirmiers</b>	Identifier les diverses émotions pouvant être ressenties par l'IDE du SMUR à différents moments d'une intervention.

	<p>Quel type d'émotion peux-tu ressentir à différents moments sur l'intervention ?</p> <p>Pour toi, quel peut-être l'impact du lieu d'intervention ?</p>
	<p>Est-ce qu'il y en a eu d'autres ?</p> <p>As-tu des exemples ?</p>
<p><b>L'accompagnement des familles</b></p>	<p>Examiner et interpréter les dynamiques ainsi que les défis spécifiques qui émergent lorsque la famille du patient est présente sur le lieu d'une intervention du SMUR.</p>
	<p>Comment ça se passe quand la famille est sur le lieu de l'intervention ?</p> <p>Est-ce que cela change quelque chose pour toi ?</p>
	<p>Comment as-tu réagi ?</p>
<p><b>La gestion des émotions</b></p>	<p>Apprécier l'impact émotionnel que peuvent avoir certains lieux d'intervention.</p>
	<p>Décris-moi une situation qui t'a marqué où une famille était présente ?</p> <p>Une autre situation ?</p> <p>Et pourquoi cette situation t'a -t-elle marqué ?</p> <p>En quoi les émotions de l'infirmier(e) impactent-elles l'accompagnement des familles ?</p>
<p><b>La conclusion</b></p>	<p>Offrir à l'infirmier(e) la possibilité d'ajouter des informations supplémentaires afin de lui permettre d'exprimer ses idées quant à ce thème.</p>
	<p>Souhaites-tu rajouter quelque chose ?</p>

## Annexes V : Guide d'entretien

### Entretien n°1 :

Bonjour, je m'appelle Cinthya CUNY et je suis en troisième année d'infirmière au CHU de Rennes. En raison de ma recherche de fin d'études portant sur le sujet des émotions, j'aimerais te poser quelques questions. Il est essentiel que tu saches que cette entrevue sera enregistrée, mais toutes les données seront rendues anonymes. Tu as le droit de ne pas répondre à une question si tu le souhaites.

<p><b>Premièrement, peux-tu me parler un peu de toi ainsi que de ton parcours professionnel ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Peux-tu me décrire ton parcours de formation ?</li><li>- Depuis combien de temps travailles-tu dans ce service ?</li></ul>
<p><b>Peux-tu me décrire une sortie type en SMUR ?</b></p> <p><b>Quel est ton état d'esprit tout au long de l'intervention en SMUR ?</b></p>
<p><b>Peux-tu me parler de la relation qui s'établit pendant l'intervention ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Est-ce que tu as un exemple en mémoire ?</li><li>- Et si le patient est inconscient ?</li></ul>
<p><b>Quel type d'émotions peux-tu ressentir à différents moments sur l'intervention ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Est-ce qu'il y en a eu d'autres ?</li><li>- As-tu des exemples ?</li></ul> <p><b>Pour toi, quel peut-être l'impact du lieu d'intervention ?</b></p>
<p><b>Comment ça se passe quand la famille est sur le lieu de l'intervention ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comment as-tu réagi ?</li></ul> <p><b>Est-ce que cela change quelque chose pour toi ?</b></p>
<p><b>Décris-moi une situation qui t'a marqué où une famille était présente ?</b></p> <p><b>Une autre situation ?</b></p> <p><b>Et pourquoi cette situation t'a-t-elle marqué ?</b></p> <p><b>En quoi les émotions de l'infirmière impactent-elles l'accompagnement des familles ?</b></p>
<p><b>Souhaites-tu rajouter quelque chose ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Remerciement de l'infirmière interrogée</li></ul>

## **Entretien n°2 :**

Bonjour, je m'appelle Cinthya CUNY et je suis en troisième année d'infirmière au CHU de Rennes. En raison de ma recherche de fin d'études portant sur le sujet des émotions, j'aimerais te poser quelques questions. Il est essentiel que tu saches que cette entrevue sera enregistrée, mais toutes les données seront rendues anonymes. Tu as le droit de ne pas répondre à une question si tu le souhaites.

<p><b>Premièrement, peux-tu me parler un peu de toi ainsi que de ton parcours professionnel ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Peux-tu me décrire ton parcours de formation ?</li><li>- Depuis combien de temps travailles-tu dans ce service ?</li></ul>
<p><b>Peux-tu me décrire une sortie type en SMUR ?</b> <b>Quel est ton état d'esprit tout au long de l'intervention en SMUR ?</b></p>
<p><b>Peux-tu me parler de la relation qui s'établit pendant l'intervention ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Est-ce que tu as un exemple en mémoire ?</li><li>- Et si le patient est inconscient ?</li></ul>
<p><b>Quel type d'émotions peux-tu ressentir à différents moments sur l'intervention ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Est-ce qu'il y en a eu d'autres ?</li><li>- As-tu des exemples ?</li></ul> <p><b>Pour toi, quel peut-être l'impact du lieu d'intervention ?</b></p>
<p><b>Comment ça se passe quand la famille est sur le lieu de l'intervention ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comment as-tu réagi ?</li></ul> <p><b>Est-ce que cela change quelque chose pour toi ?</b></p>
<p><b>Décris-moi une situation qui t'a marqué où une famille était présente ?</b> <b>Une autre situation ?</b> <b>Et pourquoi cette situation t'a-t-elle marqué ?</b> <b>En quoi les émotions de l'infirmière impactent-elles l'accompagnement des familles ?</b></p>
<p><b>Souhaites-tu rajouter quelque chose ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Remerciement de l'infirmier interrogé</li></ul>

## Annexe VI : Tableau de méthodologie

Ce tableau a été un outil précieux après les deux entretiens, aidant à structurer la partie sur la méthodologie. Il répertorie les axes d'analyse, les indicateurs pertinents ainsi que les modalités des entretiens semi-directifs avec deux professionnels du SAMU/SMUR. Les objectifs de ces entretiens étaient d'explorer différents thèmes tels que la présentation du SMUR, la prise en charge lors d'une urgence vitale, les émotions, l'accompagnement des familles, et la gestion émotionnelle des infirmiers en situation d'urgence. Les modalités comprenaient des entretiens de vingt-et-un et trente minutes respectivement, menés par visioconférence avec enregistrement audio et transcription pour garantir la précision des données.

Les axes	Les indicateurs	
L'outil	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Quels outils ?</li> <li>● Intérêt de l'outil ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien semi-directif (question ouverte).</li> <li>- Offre une liberté appréciable à l'interview tout en accordant une plus grande marge d'expression au professionnel interrogé.</li> </ul>
La population	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Combien de professionnels ?</li> <li>● Quel profil ?</li> <li>● Même lieu d'exercice ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux professionnels (IDE SAMU/SMUR travaillant aux urgences aussi), une femme et un homme.</li> <li>- Expérience au SMUR depuis vingt-et-un ans pour la femme et cinq ans pour l'homme.</li> <li>Soignants expérimentés en SMUR et aux urgences.</li> </ul>
Les modalités	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Durée ?</li> <li>● Lieu ?</li> <li>● Déroulé ?</li> <li>● Mode d'enregistrement ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien de 21 min avec IDE 1 et de 30 min avec IDE 2</li> <li>- <b>Entretien IDE 1</b> : Visioconférence avec google meet selon le choix de l'IDE.</li> <li>- Enregistrement sur dictaphone sur deux téléphones + logiciel scribe pour l'avoir en texte et réécoute plusieurs fois pour bien retranscrire son interview.</li> <li>- <b>Entretien IDE 2</b> : Visioconférence avec</li> </ul>

		<p>google meet selon le choix de l'IDE.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Enregistrement sur dictaphone sur un seul téléphone + logiciel scribe pour l'avoir en texte et réécoute plusieurs fois pour bien retranscrire son interview.</li></ul>
--	--	--

## **Annexe VII : Retranscription des entretiens**

**Items :**

**IDE 1 : l'infirmière en SMUR**

**IDE 2 : l'infirmier en SMUR**

### **Entretien n°1 :**

#### **A- Entretien IDE 1 :**

Afin de préserver l'anonymat, certains noms de villes ou de quartiers ont été délibérément supprimés.

ESI : l'étudiante en soins infirmiers = l'intervieweur

IDE 1 : l'infirmière = l'interviewée

Bonjour, je m'appelle Cinthya CUNY et je suis en troisième année d'infirmière au CHU de Rennes. En raison de ma recherche de fin d'études portant sur le sujet des émotions, j'aimerais te poser quelques questions. Il est essentiel que tu saches que cette entrevue sera enregistrée, mais toutes les données seront rendues anonymes. Tu as le droit de ne pas répondre à une question si tu le souhaites.

**ESI : Premièrement, peux-tu me parler un peu de toi ainsi que de ton parcours professionnel ?**

**IDE 1 :** Je suis infirmière depuis 1997 et donc j'ai vadrouillé un petit peu en salle de réveil donc pas mal de temps avant... D'avoir un poste aux urgences et SMUR depuis 2003, Janvier 2003.

**ESI :** Ok.

**ESI : Peux-tu me décrire une sortie type en SMUR ?**

**IDE 1 :** Une sortie type, il n'y en a pas vraiment en fait (rire). Euh sortie, enfin je ne sais pas, qu'est-ce que tu veux savoir, comment ça se déroule en fait ?

**ESI :** Oui.

**IDE 1 :** Pour moi, elles sont toutes différentes.

**ESI : Et bien dans ces cas-là, quel est ton état d'esprit tout au long de l'intervention en SMUR ?**

**IDE 1 :** Concentrée (rire). Concentrée sur... Concentrée sur l'autre, attentive ... Attentive aux, voilà, aux signes de détresse du patient. Je dirai à l'écoute de l'équipe, de l'équipe soignante. On est en fait, on est une équipe où on travaille ensemble depuis très longtemps donc on, il n'y a pas beaucoup de communication verbale entre nous, chacun, chacun à sa place mais voilà on est vraiment complémentaire on sait qui dit quoi enfin, chacun à chacun sa place. Vraiment concentrée, je suis dans, dans ma bulle et c'est vrai que souvent quand je demande quand il y a des interventions en étant avec les pompiers ou les pompiers souvent, quand sur les AVP il y a toujours beaucoup de bruit et moi je m'accorde vraiment une place privilégiée auprès du... Du patient et je lui demande de, c'est peut-être égoïste mais je lui demande de n'écouter que moi pour vraiment le rassurer et qu'il ait une personne, une personne référente et lui faire un peu oublier tout le, les alentours, le bruit ... les mouvements

enfin c'est tout ça, ça peut être vraiment très anxiogène. Donc voilà moi je m'accorde ..., je m'accorde cette place, de plus en plus. Avant, j'étais un peu plus en retrait et maintenant au bout de quelques années, je suis une vieille infirmière, maintenant avec mon expérience je m'affirme et j'ai ma place.

**ESI :** D'accord.

**ESI :** **Peux-tu me parler de la relation qui s'établit pendant l'intervention ?**

**IDE 1 :** C'est un petit peu ce que j'ai dit précédemment : la relation avec le patient, c'est vraiment la relation de confiance quand on arrive à une intervention SMUR, il y a... Il y a vraiment une part d'angoisse qui est très très importante, enfin qui est majorée par rapport à une hospitalisation. Il y a tout le côté inattendu tous ces gens qui arrivent, tous ces soignants, il y a l'équipe du SMUR mais nous on ne fait pas les transports donc ça veut dire qu'il y a forcément une équipe d'ambulanciers ou de pompiers en plus ça fait donc beaucoup de monde, beaucoup d'intrusion donc.... C'est vraiment rassurer, enfin vraiment rassurer la personne.

**ESI :** **Est-ce que tu as un exemple à me donner en mémoire ?**

**IDE 1 :** Oh ! lala ! ...

**ESI :** On a le temps.

**IDE 1 :** Alors si, j'en ai un, j'en parle souvent en plus, qui va être très parlant je pense. On partait pour un, un accouchement, donc l'accouchement c'est quand même une intervention qui, c'est celle qu'on n'aime le moins faire dans l'équipe parce que c'est plus... Angoissant pour nous parce qu'on a quand même deux personnes : on a la maman et le bébé et on sait très bien, ça peut aller très très vite et s'il arrive quelque chose on a deux personnes mais on n'a pas le double de soignants donc... Ça c'est vraiment l'intervention qui... Voilà, qui nous stresse un petit peu plus. Et donc on partait en intervention pour un accouchement, et comme par hasard je connaissais cette personne. C'était une... Une ancienne institutrice d'un de mes enfants avec qui la relation avait été un petit peu compliquée, donc... Voilà, on n'était pas en accord sur l'école. J'arrive, je dis, je suis soignante, là je ne suis pas parent et donc on l'a installée dans le camion des pompiers pour qu'elle aille accoucher à l'hôpital. Et en fait, on a dû s'arrêter pendant le trajet pour, pour qu'elle accouche et ça a été une intervention assez catastrophique à mon goût : niveau relationnel, niveau calme, niveau gestion. On était avec un médecin remplaçant qui avait une voix très très forte, qui parlait très fort et qui paniquait, qui était vraiment en panique ..., après les accouchements on n'en fait pas, ce n'est pas une intervention qu'on fait tous les jours. Une douleur thoracique oui, on gère, on est vraiment habitués et là on est moins à l'aise parce qu'on fait moins souvent et du coup il était vraiment en stress, il parlait très fort, voilà, ça bougeait énormément. J'étais avec une collègue qui paniquait aussi et qui à mon avis bougeait trop. Moi, j'ai besoin de calme pour travailler en fait et donc du coup je l'ai envoyée chercher du matériel à l'extérieur pour pas l'avoir entre guillemets me parasiter et le médecin du coup stressait, donc voilà, j'ai fait les soins auprès de la maman et après, alors moi j'ai une formation en toucher-massage, donc j'ai essayé de rassurer la, la maman donc en prenant ma place en disant voilà vous m'écoutez, enfin voilà

je suis là, mais j'ai essayé de combler un peu tout, toute cette voix finalement qui était trop haute, de la rassurer. La maman, la maman a accouché et a eu des petites difficultés donc le médecin entre-temps a rappelé l'hôpital, la sage-femme pour avoir des conseils. Donc moi en fait, je n'entendais, du moins j'avais l'impression d'entendre que ça, je n'entendais que le stress du médecin et j'essayais vraiment de, de rassurer la maman et donc voilà, pour moi ça été très difficile cette, cette situation. Et... Bah quelques mois après, donc quand la maman, du coup a repris le travail en fait à l'école elle disait à tout le monde « oh c'est la maman d'untel », qui m'a aidé à accoucher, elle a vraiment été très gentille, très douce et quand on en a reparlé elle m'a remerciée en fait d'avoir été là, avec elle, d'avoir été présente. Et en fait, j'ai dit « il y avait un petit peu de bruit », elle me dit « ah non non ! » Vous avez vraiment été... En fait elle s'est vraiment focalisée sur moi, elle n'a pas entendu tout le à côté.

**ESI :** D'accord.

**IDE 1 :** Donc je suis voilà, contente de mon travail mais pour moi ça avait été très difficile cette situation (rire).

**ESI :** J'imagine.

**IDE 1 :** Et le rôle d'être vraiment attentif et de dire... Voilà, que la personne se focalise sur une, une personne parce que là clairement, si elle avait entendu, ça me surprend de savoir qu'elle n'ait pas entendu le stress du médecin parce qu'il parlait vraiment très fort et je me dis si elle avait entendu tout ça je pense qu'elle partait en angoisse, l'angoisse totale quoi.

**ESI :** **Et par conséquent, toujours par rapport à la relation qui s'établit pendant l'intervention, si le patient est inconscient ?**

**IDE 1 :** Comment est la relation ?

**ESI :** Oui.

**IDE 1 :** Elle est, elle est, elle est différente... Elle est différente, on est dans l'urgence donc... C'est vrai qu'il y a sûrement moins de communication verbale. Ça c'est, c'est sûr... Après on est... Une fois que la personne, on va dire est, est stabilisée... Encore une fois, mais moi je fonctionne beaucoup avec le toucher, j'ai un toucher qui est, enfin voilà, qui est, qui est omniprésent donc ça va être, admettons pendant le transfert, avoir une main, je touche très très souvent, moi la main du patient... Qui est inconscient, enfin qu'il soit conscient ou pas, si la personne est consciente, je parle, si la personne est inconsciente, du coup j'ai, j'ai très très souvent une main enfin c'est un toucher-massage, une main c'est un toucher et un toucher présent.

**ESI :** D'accord.

**ESI :** **Quel type d'émotions peux-tu ressentir à différents moments sur l'intervention ?**

**IDE 1 :** Alors je pense qu'elles sont différentes, (rire) après vingt ans, (rire) après vingt ans d'expériences que quand j'ai débuté... Quand j'ai débuté... Je pense qu'au départ il y avait, du stress, de la peur, on n'est pas, on n'est pas à l'aise, est-ce que, est-ce que je vais savoir faire, est-ce que voilà, si le patient ne va pas bien, est-ce que je vais savoir réagir, fin voilà c'est, c'est angoissant. Maintenant,

mes émotions sont différentes, alors je vais avoir des situations difficiles, je vais avoir, je peux dire que j'ai de la peine, non je vais dire de l'empathie, c'est de l'empathie... Qu'est ce que je peux dire... C'est vraiment de l'empathie. Après, on a vraiment une place privilégiée, tu vois en relation... Moi, je trouve qu'on a notre vraie place, on est, moi je dis on est là vraiment à un moment donné et on a un rôle. Tu vois, on a vraiment un rôle pour écouter, rassurer la personne, les familles parce que les familles c'est très... Enfin ils nous prennent beaucoup, beaucoup d'énergie mais maintenant je suis dans, je suis dans, je ne sais pas si ça peut se dire, la sérénité de mon travail effectué. Je ne sais pas si c'est une émotion ? (rire). Moi, je suis satisfaite de la place que j'ai, et, auprès du patient, je me dis que j'étais là à un moment donné pour lui et voilà j'ai fait, j'ai fait mon travail donc je suis satisfaite de moi. Et auprès des familles, c'est pareil, moi j'accorde toujours un temps alors c'est un peu une déviance, c'est quand on va demander tous les renseignements administratifs. Dès fois, le médecin, va le faire, moi j'aime bien avoir cette place-là auprès, le temps que le patient soit conditionné, d'aller voir la famille, demander tout ce qui est renseignements administratifs et je trouve qu'on a plein, on a vraiment un rôle particulier à ce moment-là pour donner les informations. Alors des fois on ne peut pas tout donner, c'est en complément avec le médecin, mais on a vraiment un rôle particulier en leur disant voilà il va noter l'établissement, le numéro téléphone, c'est pareil on peut les toucher et les rassurer.

**ESI : Ok, donc du coup, je ne sais pas, pour toi, quel peut être l'impact du lieu d'intervention ?**

**IDE 1 :** Alors l'impact... Ça peut être anxiogène. Clairement si, moi je sais que je suis, je suis incapable de réagir sur, sur un de mes proches. Je serai... Tu vois, dans les émotions, je serai en panique. Là, une petite, je peux réagir, je peux faire plein, plein de choses, là s'il y a une toute petite goutte de sang chez un de mes proches, mon mari, mes enfants, là je, ... En plus, je tombe dans les pommes, je ne suis pas bien et je n'arrive plus du tout à analyser. Donc, il y a quelque temps, on avait eu un SMUR dans mon village, je ne savais pas dans quelle maison on arrivait, je suis partie, vraiment pas bien.

Un autre jour, sur un AVP, je savais que mon grand allait faire un tour de vélo, on partait sur un cycliste peut-être en arrêt cardiaque, j'ai demandé. J'ai, je suis montée dans la voiture, je n'avais pas de son, pas d'image, j'étais vraiment dans ma bulle, j'étais en stress en train de me dire et si c'est mon fils. Et en fait, en arrivant, j'ai vu qu'il y avait des cheveux blancs qui dépassaient du casque, je me suis dit ouf, ce n'est pas le mien donc j'ai pu me poser. Mais clairement avec du recul, je me dis que je n'aurais jamais dû sortir sur cette intervention là, parce que si, si ça avait été lui, je... Je ne pouvais rien faire quoi, j'en ai encore des frissons (voix tremblante).

**ESI : Et tu parlais des familles, comment ça se passe quand la famille est sur le lieu de l'intervention ?**

**IDE 1 :** Alors on les laisse, enfin ça dépend. Si c'est dans une maison, si la famille est présente souvent, on les laisse, on les laisse. Ils sont présents parce que c'est pareil pour eux, pour avancer ils ont besoin de voir, de voir ce qu'on fait donc on, on leur propose soit vous restez, est-ce que vous

voulez attendre dans la pièce à côté ? C'est eux qui décident en fait et après on retourne les voir mais après, une fois que la personne est conditionnée, on retourne les voir pour leur expliquer du coup ce qui, ce qui a été fait. La différence, c'est quand il y a des enfants, ça nous arrive très, très souvent de... D'arriver dans une maison où il y a des enfants. Les enfants, moi je demande à ce qu'il soit mis dans une pièce à côté, qu'ils ne voient pas en fait ce qu'on fait, pour les préserver.

**ESI :** Pour préserver les parents ?

**IDE 1 :** Pour préserver les enfants.

**ESI :** Les enfants, ok.

**IDE 1 :** Oui, c'est arrivé l'autre jour, on est parti voir, enfin c'était un monsieur, il y avait une petite de... De quatre ans, j'ai demandé à la maman, est-ce que vous pouvez aller dans la pièce à côté avec, avec votre fille, on revient vous expliquer ce qui se passe après.

**ESI :** D'accord et est-ce que cela change quelque chose pour toi ?

**IDE 1 :** Que la famille soit là ou pas ?

**ESI :** Oui.

**IDE 1 :** Non... Alors je pense que ça va avec, avec l'expérience c'est comme tout, on débute au départ, les familles ça peut-être, si on n'est pas sûr de, si on n'est pas sûr de soi, si on a des gestes un peu tremblants, qu'on n'est pas trop à l'aise, ça peut être anxiogène d'avoir les familles. Moi maintenant, c'est plus des alliés enfin je me dis, je... Je me répète, c'est peut-être un peu prétentieux mais j'ai ma place, je sais ce que je fais et je vais leur expliquer après mais pour moi ce n'est pas, ce n'est pas anxiogène au final.

**ESI :** D'accord.

**ESI :** Décris-moi une situation qui t'a marqué où une famille était présente ?

**IDE 1 :** Euh... J'ai le cas de ce papa l'autre jour, mais la femme était présente avec sa petite, alors c'est vrai que c'était un peu difficile, en plus c'était en pleine nuit donc c'était, c'était difficile parce qu'elle avait sa petite... Sa petite avec elle... Dans les bras, elle d'un côté voulait voir ce qu'on fait. La pièce était vraiment très exiguë donc on lui a demandé, fin je lui ai demandé si elle pouvait aller dans la pièce à côté, enfin j'ai prétexté un peu le, le problème de place en fait pour qu'elle puisse aller à côté, alors elle n'était pas... Elle n'était pas dérangeante, elle était présente, elle voulait voir c'est ce que je dis, si la pièce avait été plus grande peut-être qu'on l'aurait laissée, mais là moi c'est vraiment la présence de... De l'enfant qui m'a qui m'a dérangée. Je trouve qu'on a vraiment besoin de protéger les, les enfants et je trouve que là, la petite, je ne sais pas quel âge elle avait, 4... Enfin 4-5 ans. Je trouve que c'est des images qui peuvent être très marquantes et c'est vraiment un moyen de... De la protéger, après si la maman, fin l'épouse avait été toute seule, elle serait restée. Ça arrive pendant des accidents aussi que les familles soient très très présentes, elles veulent voir si c'est un enfant qui a eu un accident de la route, on ne peut pas interdire à la maman ou au papa de... De s'approcher. Des fois, ça peut être un petit peu parasitaire dans ces cas-là, nous on a aussi besoin de, de calme pour travailler, enfin on ne

peut pas gérer le patient et la famille. Dans ces cas-là on a l'aide des pompiers. On est vraiment nombreux autour et à mon sens, il n'y a pas besoin d'être trente-six autour d'une personne, on a vraiment chacun sa place et on peut, peut-être te demander, ou ça peut être à l'aide-soignant du SMUR s'il n'est pas occupé, enfin voilà ou à un pompier de canaliser un petit peu la personne, aller au moins lui expliquer la situation. Ça arrive que voilà, l'aide-soignant va dire, voilà on s'occupe je sais pas... Je dis des enfants que pour moi je trouve que c'est un sujet un peu... Peut être un peu plus sensible et dire voilà votre enfant on s'en occupe, le médecin là est auprès de lui on fait tout ce qu'il faut là et on revient vous voir une fois qu'il est stabilisé.

**ESI : D'accord et puis l'avant-dernière question, en quoi les émotions de l'infirmière impactent-elles l'accompagnement des familles ?**

**IDE 1 :** Alors en quoi, bah en tout (rire). En tout, il faut... Il faut rassurer, faut rassurer les familles donc si nous déjà on est... On est angoissé ou qu'on a peur ou qu'on est en colère, la famille va le ressentir donc on essaye vraiment d'être au plus... Au plus juste le plus, on va dire le plus neutre possible. On est humain, on entend, on est là... Mais voilà, faut avoir ce côté, ce côté rassurant. Il y a quelque temps, j'avais eu un ami de mon fils qui avait fait une chute, une chute de sport... Suite au sport et contusions de la rate. Il n'était pas très très bien le petit jeune et c'est quelqu'un que je connais depuis des années et du coup la maman, la maman arrive alors je l'ai très très souvent à la maison donc je le connais c'est un peu comme mon enfant et donc la maman arrive et j'ai voulu aller la rassurer en lui disant, bon bah voilà, il y a une contusion de la rate mais ça va, il va être transféré en réa mais en surveillance et en fait quand je l'ai vu et bien trop d'émotions. C'est moi qui me suis mise à pleurer (rire) donc autant elle est arrivée en disant ah ! je suis vraiment rassurée que ce soit toi, je te connais et en fait, moi ça été trop en fait. Je crois que j'étais sur le qui-vive pour, pour être auprès de lui alors que je n'ai pas pu m'en occuper. J'ai demandé à une de mes collègues d'y aller parce que pour moi c'était vraiment trop d'émotion, je ne pouvais pas. Et, j'ai voulu avoir la place en disant, mes collègues s'en occupent, je vais rassurer la maman et en fait là je suis partie à pleurer et bah du coup je l'ai fait pleurer, je lui ai fait peur (voix tremblante). Donc le côté rassurant là, je ne l'ai pas eu du tout (rire).

**ESI : Ok et voici la dernière question : souhaites-tu rajouter quelque chose ?**

**IDE 1 :** ... non il y a plein de choses, en fait il y a plein de choses à dire. C'est un sujet qui est très très, très vaste. Après, sur les émotions je te dis c'est, je pense que quand on débute notre, notre métier au SMUR ou quand voilà, qu'on y est depuis plus de vingt ans, on gère nos émotions vraiment, vraiment différemment. Après on est ... On est humain, on essaye d'être le mieux possible. Il y a des fois où malgré nous, on peut avoir de la peine, on peut avoir de la colère. Nous, le point fort de l'équipe, on est une équipe vraiment soudée donc on fait toujours des débriefings en fait après les interventions difficiles et ça c'est un... C'est un moment qui est vraiment... Qui est vraiment important. Souvent, on le fait sur le temps du retour d'intervention ou quand on refait, après avoir refait les sacs. Une intervention vraiment très très difficile, on va se prendre un temps pour en reparler. Moi j'ai besoin

d'être... Voilà, s'il y a eu quelque chose de difficile, qu'on n'a pas... Réussi à sauver la personne, j'ai besoin d'être sûr qu'on a vraiment tout fait ou si ça n'a pas fonctionné, s'il y a eu quelque chose je suis toujours dans l'interrogation, en train de me dire, est-ce qu'on a, est-ce qu'on a donné toutes les chances au patient, est-ce qu'on aurait pu faire d'autres choses. Mais après ce temps de débriefing, il est important. Alors, il y en a, qui ont besoin, ça c'est propre à chacun. Il y en a qui ont besoin, moi je sais que je vais parler, si c'est difficile je vais en parler. Après, je rentre chez moi, c'est fini, je ne ramène rien... Je ne ramène rien chez moi. Il y a d'autres personnes qui vont être en mode plus, plus fermés quand il y a des situations difficiles et en fait qui vont vraiment se fermer pour se protéger. Moi, je n'arrive pas, je n'arrive pas à avancer comme ça, il faut que je parle pour, pour avancer. On ne peut pas porter non plus tout le malheur de tout le monde quoi.

**ESI :** Un grand merci, c'était vraiment touchant et cela m'a rappelé plein de moments que j'ai vécu sur un stage en SMUR. Très touchant cet entretien, j'en ai des frissons et des petites larmes.

**IDE 1 :** Bah alors (rires).

## **B- Entretien IDE 2**

Afin de préserver l'anonymat, certains noms de villes ou de quartiers ont été délibérément supprimés.

**ESI :** l'étudiante en soins infirmiers = l'intervieweur

**IDE 2 :** l'infirmier = l'interviewé

**ESI :** Premièrement, peux-tu me parler un peu de toi ainsi que de ton parcours professionnel ?

**IDE 2 :** J'ai trente-six ans, deux enfants. J'ai fait mon école d'infirmier ici, je suis sorti diplômé en 2010.

**ESI :** D'accord.

**IDE 2 :** Il y a un petit peu de temps déjà maintenant et j'ai commencé directement aux urgences le lendemain des résultats, sur un poste qu'on n'était pas tant que ça de ma promotion en fait à rester sur le CHU, c'était assez simple de rentrer finalement pour moi. Après je suis resté deux ans, c'était sur les anciennes urgences, sur un temps partagé entre urgences et service de remplacement. Sachant qu'à l'époque, on tournait sur tout le, sur tout l'hôpital, j'ai fait pas mal de services là, pendant deux ans et à l'emménagement dans nos locaux actuels aux urgences, j'avais repostulé donc sur un poste à temps plein aux urgences, j'ai été pris à temps plein et arrêté le pool de remplacement. Et... En 2019, j'ai intégré l'équipe de remplacement au SAMU d'ici, au SMUR, et repostulé sur un poste permanent là en 2022, qui n'est plus sur un temps partagé, urgence/SMUR sachant qu'il n'y a pas de poste à temps plein au SMUR. Ici, c'est tous des temps partagés Urgences /SAMU. Donc là ça va... Donc 2022, ça fait deux ans et troisième année sur ce poste là et à côté, j'ai une activité de formateur CESU que ça soit sur l'AFGSU et puis sur tout ce qui est formation d'infirmier triage, donc infirmier d'IAO et de temps en temps des interventions dans un IFSI.

**ESI :** Ok.

**ESI :** Peux-tu me décrire une sortie type en SMUR ?

**IDE 2 :** Une sortie type ? Type (rire) ... Déjà il n'y en a pas, mais si on peut décrire un petit peu... Alors il y a deux postes on va dire différents sur le SAMU : on est soit posté dans les locaux du SAMU ou soit on est posté en ce qu'on va dire en troisième départ, on est aux urgences. Donc... Si on est au SAMU, c'est simplement un appel micro dans les locaux avec l'équipe qui se rejoint dans ce qu'on appelle la salle de cartographie. Déjà pour pouvoir repérer l'endroit d'intervention et quel type d'intervention c'est, si on a besoin de prévoir du matériel ou quoique ce soit et ensuite un départ assez rapide logiquement, en fonction de ce que c'est, sachant qu'ici, on a aussi deux types de d'intervention : des interventions primaires qui regroupent toutes les urgences et comme on est les seuls, le seul SMUR sur le département à avoir des ambulances, on a toute l'activité. Que ce soit pour les rapprocher d'un plateau technique plus lourd ou un rapatriement dans le service d'origine, donc on va dire que ces départs de secondaires sont un peu moins rapides, on a un peu plus... Ce sont des patients qui sont déjà pris en charge dans les services donc il y a moins de... Il y a moins besoin de départ rapide. Et donc quand c'est aux urgences, on a un téléphone, on est joignable par téléphone et on vient nous récupérer dans le SAS aux urgences, on récupère les infos une fois qu'on est dans la voiture et après... Tout dépend du motif de l'inter mais c'est la plupart du temps... Récupération du matériel dans le véhicule. L'ambulancier va plutôt prendre le scope et puis moi mon sac d'intervention avec ce que j'ai besoin pour perfuser, le matériel d'intubation en premier et on se répartit les tâches techniques entre nous, moi et l'ambulancier. Le médecin va plutôt prendre tout ce qui est information près du patient, de la famille et voilà dans les grandes lignes, et puis en fonction de si on accompagne le patient à l'hôpital ou pas, soit il y a le conditionnement à faire, ou alors à reconditionner son matériel. Ou c'est reconditionné une fois qu'on est rentré au SAMU si on a accompagné le patient... Voilà dans les grandes lignes.

**ESI :** Ok, parfait. Quel est ton état d'esprit tout au long de l'intervention en SMUR ?

**IDE 2 :** ... Mon état d'esprit ? Ça va dépendre aussi je pense du motif de départ mais déjà... Le fait d'en faire depuis quelques années maintenant, il y a moins d'appréhension, moins de pression sur beaucoup de choses. ... Après, on essaie de rester concentré. Souvent sur le trajet aller, il n'y a pas souvent de musique en fonction des ambulanciers, il n'y a pas beaucoup à se parler dans la voiture, c'est assez calme. Quand ce sont des interventions, où on sait que ça va être assez chaud, là il y a quand même le... On se répartit les rôles qu'on sache à peu près chacun ce qu'on doit faire avant d'arriver sur l'inter, notamment tout ce qui est pédiatrie, sur un arrêt cardiaque pédiatrique. Heureusement, ça n'arrive pas tous les jours, j'en ai fais deux durant quatre ans, donc ce n'est pas non plus tous les quatre matins, mais on se répartit, qu'on sache, qu'il n'y ait pas de tâtonnement quand on arrive sur inter... Mais plutôt détendu, on va dire mais pas de pression inutile, fin moi c'est comme ça que je vois les choses. Plutôt calme.

**ESI :** Ok.

**ESI :** Peux-tu me parler de la relation qui s'établit pendant l'intervention ?

**IDE 2 :** Avec le patient ?

**ESI :** Soit avec le patient, soit d'autres professionnels ou avec la famille c'est toi qui...

**IDE 2 :** ... L'équipe... La relation, elle est déjà faite, on se connaît maintenant depuis assez longtemps, et ce sont des gens ... On se connaît vraiment bien, on travaille ensemble tous les jours. Souvent, il n'y a même pas besoin de se dire les choses avec certains, on sait qu'avec tel médecin par exemple on doit fonctionner comme ça et avec untel, ça va être tout l'inverse. Mais ça, je l'ai appris à mes dépens et... Avec les ambulanciers, c'est un peu pareil. Mais c'est une relation quand même très, très amicale. C'est différent de ce que... J'ai des médecins que je côtoie aux urgences et au SAMU et la relation n'est pas la même entre ces deux services sachant que ce sont les mêmes personnes.

**ESI :** Ah oui.

**IDE 2 :** Oui ...Étonnamment, quand j'en parle à des collègues qui ne font pas de SAMU, ils sont assez surpris de la relation qu'on peut avoir avec certains médecins, qui ne sont pas forcément très accessibles ou un peu moins quand ils sont aux urgences.

Après, tout ce qui est relation avec les familles, on est un peu plus en retrait nous, comme on va être vraiment centré sur le patient... En tout cas, moi et l'ambulancier... Ça, ça va être plus le côté médical. Mais quand ce n'est pas le cas, quand on voit que la famille a besoin quand même de... D'être prise en charge, on n'hésite pas non plus à le faire remarquer au médecin, voire à retourner vers eux avant de partir parce que des fois ça peut arriver d'être pressé, de partir un peu en catastrophe et de laisser la famille sur le bas-côté sans s'en rendre compte et je pense que ça doit être assez anxiogène pour eux. On ne sait pas, les inclure quand même dans la prise en charge. Et le patient, en fait, ça va être plutôt moi qui vais avoir la relation la plus proche des trois collègues sur l'équipe, parce que le, le médecin va être dans le recueil d'information, l'interrogatoire, mais après il a beaucoup d'administratif aussi à faire quand on retourne vers l'hôpital... Donc déjà l'ambulancier est au volant, il n'est pas avec le patient, que ça soit quand on est en camion donc il est devant ou quand on est avec des ambulanciers ou pompiers... Il doit ramener notre véhicule, il n'est pas avec nous et le médecin à tout ce qui est dossier à remplir, chose que nous, on n'a pas en SAMU et qui est très appréciable. Clairement, sur le chemin du retour, nous on peut discuter avec des patients, si leur état leur permet et c'est le seul moment où vraiment on a l'occasion de tisser un peu du lien avec eux, c'est assez appréciable. Il n'y a pas de soin à faire normalement sur des trajets, on est censé rester attaché et ne pas avoir de soin à faire sur les... Lorsque le véhicule est en route. Ce n'est pas toujours le cas mais la plupart du temps, on est posé avec le patient et c'est vrai que sur les trois, on est le professionnel qui a le plus de temps pour discuter avec lui.

**ESI :** Ok. Et si le patient est inconscient ? au niveau de la relation...

**IDE 2 :** C'est plus compliqué, moi j'ai beaucoup de mal avec ça... Je n'ai pas travaillé en réanimation, je sais que pour emmener souvent des patients intubés en réanimation, c'est vrai que l'infirmière de réanimation va toujours communiquer même avec le patient endormi et c'est vrai que c'est pas du tout un réflexe que j'aie. J'essaie quand même d'expliquer pour des patients, parce que nous on a toujours le doute, quand on ressort sur un trouble de la conscience il n'est jamais forcément avéré à cent pour cent. Je vais expliquer le soin mais à partir du moment où, c'est vrai qu'il n'y a plus aucune communication verbale... Je ne vais pas beaucoup communiquer avec lui, c'est peut-être un de mes défauts mais j'en suis conscient, j'y travaille (rire).

**ESI : Ok. Quels types d'émotions peux-tu ressentir à différents moments sur l'intervention ?**

**IDE 2 :** ... Très dure comme question (rire)... Quels types d'émotions ? oui, il y a toujours un peu d'excitation, déjà au départ, si on fait du SAMU c'est aussi pour ça. C'est un peu la montée d'adrénaline, des choses comme ça. Après, arrivé sur l'intervention, je pense qu'on est plus en mode, on est plus en mode robot dans les actions et là on ne percute pas forcément sur le tout ce qui est émotionnel. Petit exemple, il y a deux ou trois semaines, on est arrivé sur un arrêt cardiaque et on était tellement focalisé sur le, la technique... Le médecin, lui, était en retrait. Il a vu tout l'environnement et au vu de l'état de santé de la patiente, il n'y a pas eu beaucoup de réanimation à faire mais nous on était déjà en train de, de tout débarrer le matériel médical alors qu'il y avait un lit médicalisé, un lève-malade, un fauteuil roulant, un appareil d'apnée du sommeil et nous on n'a rien vu alors que c'était posé juste à côté de nous. Donc on est vraiment, je pense qu'on est centré sur ce qu'on fait et ça doit redescendre un peu une fois qu'on commence à conditionner le malade pour évacuer la personne ou là je pense qu'on redescend un peu peut-être en émotion, ou en tout cas on commence à être plus humain on va dire, et à communiquer. Après, il y a des situations où ça m'est déjà arrivé de faire des transferts sur mon propre vécu sur... Tout ce qui est pédiatrie... C'est assez compliqué à gérer de ... De redébriefer après avec les collègues parce que ça peut-être des situations assez, assez... Voir très glauques même. Donc... Besoin d'en parler aussi après en rentrant, voire en débriefer... Ça arrive qu'on en débriefe directement dans la voiture avec des collègues concernés, voir... On a un staff aussi tous les matins au SAMU pour débriefer un peu des interventions de la veille donc ça permet aussi de... De revoir ce qui a été ou de ce qui n'a pas été, donc c'est l'occasion de le faire devant tout le monde.

**ESI : C'est bien ça. OK. Pour toi, quel peut être l'impact du lieu d'intervention ?**

**IDE 2 :** L'impact... Ça peut être une difficulté déjà, parce que pour intervenir dans certaines zones, où ça peut être un petit peu déjà difficile d'accès, voire avec des personnes un peu hostiles c'est déjà arrivé qu'on soit, qu'on ne puisse pas intervenir sans avoir les forces de l'ordre avec nous donc le lieu fait que ça peut être soit une aide soit non. Je pense notamment à certains quartiers où on ne peut même pas accéder, on a besoin de voir que les pompiers arrivent pour nous aider à pouvoir entrer dans les bâtiments parce que c'est un peu chaud. Ce n'est pas souvent que ça arrive mais on va dire de plus

en plus régulièrement et puis après tout ce qui est endroit aussi... Tout ce qui est zone en campagne, assez loin de la ville. On a une zone d'intervention qui est quand même assez vaste sur la ville et les alentours. Même en roulant vite des fois, on peut vite avoir une demi-heure de route, roulant à cent cinquante voire plus, donc c'est déjà... Quand tu pars sur un arrêt cardiaque avec vingt-cinq minutes de route tu sais, on va faire quelque chose mais tu sais déjà que les carottes sont cuites presque en arrivant... Malheureusement, c'est difficile à faire entendre aux gens ça d'ailleurs. Parfois, des antennes SMUR d'autres départements qui sont plus proches mais qui ne sont pas déclenchées et c'est nous qui allons et la famille ne comprend pas du tout le... Le principe donc c'est ... Oui, le lieu géographique ça peut être une aide voir tout l'inverse. Des endroits pareils... Une panne d'ascenseur au septième étage, une mauvaise adresse aussi, ça il n'y a rien de plus énervant. Donc ouais... Le lieu va impacter quoi qu'il en soit la prise en charge mais ça c'est un gros travail de, des personnes qui bossent en régulation. Les ARM font un immense travail, on n'en parle pas beaucoup mais c'est un métier... Pour moi c'est beaucoup plus dur que ce que nous ont fait sur l'intervention.

**ESI :** C'est vrai qu'ils sont formés, il y a une école ici...

**IDE 2 :** Il y a une école, mais ce n'est qu'un an de formation, c'est très court par rapport aux responsabilités qu'ils ont... Je leur tire mon chapeau... C'est ce qu'on fait nous à l'IAO sans avoir aucun visuel sur un patient, aucune constante rien, donc dur dur. Heureusement qu'ils sont là.

**ESI :** **Comment ça se passe quand la famille est sur le lieu de l'intervention ?**

**IDE 2 :** Alors tout dépend de la famille (rire). Est-ce qu'ils sont envahissants, pas envahissants ? Ça peut être une aide comme ça peut-être tout l'inverse. Il y a des, et encore, oui... C'est vraiment interventions-dépendant mais on peut en avoir besoin que ce soit pour... Déjà pour accéder au lieu d'intervention, on est dans un quartier, il y a trois portes d'entrées différentes si quelqu'un nous attend en bas de l'immeuble, de la famille pour nous guider, c'est... C'est un gros plus. Après, sur l'intervention en elle-même, on n'a pas, enfin moi en tout cas, de mon rôle je n'ai pas forcément besoin de la famille auprès de moi, à part peut-être pour tout ce qui est de la pédiatrie. Où là ça fait partie de la prise en charge et il est hors de question de, d'évacuer un membre de la famille quand c'est une personne mineure. Moi, je ne le ferai pas en tant que père, je ne l'imposerai pas à quelqu'un. Et oui, c'est clairement une aide de pédiatrie, après pour un adulte pas forcément, si tant que moi, elle ne me gêne pas après dans mes actions, je n'ai pas de raison de les évacuer. Certains médecins le demandent pour être plus au calme quand ça fait beaucoup de monde puisque c'est vrai qu'on peut... Quand tu demandais les descriptifs comment se déroulait une intervention, logiquement, on part à trois, mais on peut aussi bien arriver à cinq avec un élève ambulancier, un interne de médecine d'urgence, un élève IADE, donc on arrive à cinq parfois. Il y a parfois l'infirmier pompier plus son équipier donc on est à sept, plus les trois équipiers du camion de pompiers donc on est à dix à débarquer là dedans, pour des fois une chambre de dix m<sup>2</sup>, là on est forcément obligé de par la configuration des lieux d'évacuer mais... C'est vraiment en fonction du, du type d'intervention et surtout du nombre. En journée, on va

avoir plus tendance à être nombreux. La nuit, il y a moins d'étudiants normalement, donc la nuit on sort plus à trois à vrai dire.

**ESI :** D'accord.

**ESI :** **Décris-moi une situation qui t'a marqué où une famille était présente ?**

**IDE 2 :** Ça va être encore de la pédiatrie, mais c'est... C'était il y a... Vers mes débuts, ce n'était pas une intervention si tu veux... Techniquement parlant, il n'y avait rien de particulier. C'était un petit garçon de dix-onze ans je crois de mémoire et c'était une prise en charge palliative. On a été appelés parce que le papa était tout seul à s'en occuper et était ... Était en panique, clairement. On y allait, mais il n'y avait pas de détresse... Il n'y avait pas de détresse vitale immédiate et quand bien même il était, enfin il y avait un protocole de soins palliatifs qui était démarré au domicile donc il n'y avait pas entre guillemet, il n'y avait pas lieu de déclencher un SAMU là-dessus, mais la situation n'était pas gérable pour les pompiers, ils ne savaient pas comment s'en dépatouiller.

**ESI :** D'accord.

**IDE 2 :** Et... c'était un petit garçon qui avait une pathologie dermato-dégénérative, enfin il était... En gros, il avait des bandes Velpeau de la tête aux pieds, il avait juste le visage qu'on voyait avec des desquamations, des brûlures de partout et il était hyperalgique, il était déshydraté, il avait besoin de soins. Et l'idée, était d'aller pour essayer de ne pas avoir à le transporter à l'hôpital quand même et de pouvoir le laisser auprès de son papa et bon ça a été un peu limite mais on a pris la décision de le ramener à l'hôpital, sachant qu'il a... En termes de soins, il n'y avait pas... Il avait un picc-line, et juste une hydratation à poser mais des choses assez basiques... Et avec le médecin de régulation... De le transporter on avait quand même attendu. Il y avait le papa qui s'occupait de lui et la sœur du papa donc sa tante qui était très présente. Elle est arrivée avant qu'on ne parte et elle a demandé à venir dans le camion avec nous. Comme il n'y avait pas de situation urgente, le médecin est remonté dans le véhicule SAMU, je suis resté dans le VSAV avec le patient et la tante du jeune homme. Son état s'est dégradé assez rapidement sur la route. Il a commencé à faire des pauses respi et il est décédé... On a fait peut-être cinq, dix minutes de trajet. Sachant que le papa n'était pas là, il l'a vu avant qu'on parte heureusement et on s'est arrêté sur le bord de la route. Le médecin a pris la décision... Parce que logiquement un décès lors d'un transport comme ça... on est parti du village de résidence on est obligé de transporter à l'hôpital mais à quelque chose près donc on a dû... Le médecin peut, avec l'accord des pompiers. On a tous fermé les yeux là-dessus pour dire qu'on était encore dans la ville de l'habitation pour qu'on puisse le ramener chez le papa. Et, on est revenu au domicile alors que le père était déjà parti à l'hôpital et il a su sans qu'on lui annonce que son fils était décédé pendant le trajet et émotionnellement, c'était très très intense puisque c'était il y a trois ans/quatre ans et j'avais un de mes enfants qui n'avait pas le même âge mais en fait au vu de sa pathologie il avait un gabarit, il avait dix-onze ans mais il en faisait peut-être cinq-six ans, il était cachexique... Donc un transfert d'émotions énorme sur ce que j'ai vu là, alors que finalement en termes de soins et tout ça il n'y avait

pas du tout de pression en soi sur ce qu'on a pu faire. Et le médecin s'en est excusé d'ailleurs après parce qu'on en a débriefé pas mal. Il s'en voulait de m'avoir laissé tout seul dans le camion avec la famille. Ce n'était pas tant ça qui m'avait posé problème après ce que c'était pour moi tout avait été adapté sur ce qu'on avait pu faire. Il a pu rester au domicile au final donc tout s'est relativement bien passé. Mais... Le père était effondré quand on est revenu mais on a eu quand même les remerciements de la tante du jeune homme et un petit courrier après tout donc je pense qu'on s'est quand même bien débrouillé. Mais en rentrant chez soi, on prend ses enfants dans les bras, on est content de les retrouver et ça fait du bien (voix tremblante).

**ESI : J'imagine. Ok, est-ce qu'il y a une autre situation ?**

**IDE 2 :** Après, c'est plus sur des trucs impressionnants mais rien de... Parce que toi, c'est plus centré sur les émotions donc... Ça va être vraiment celle-là, elle ressort du lot parce que je ne pense pas en avoir vécu d'autres. Après, c'est plus des trucs, pour dire un peu trash... Ce sont des gros accidents de la route, des personnes qui se sont immolées, des choses qu'on n'imagine pas forcément mais qu'on n'est pas préparés à voir ça en arrivant au SAMU.

**ESI : Ok. Alors en quoi les émotions de l'infirmier impactent-elles l'accompagnement des familles ?**

**IDE 2 :** Euh... Ça oui... (rire). On est forcément déjà dans l'émotion quand on fait du SMUR, même en voulant se protéger au maximum il y en a toujours un minimum. Après la prise en charge des familles... je dirai... C'est vrai que moi je n'ai pas... On n'est pas trop, je dirai au niveau infirmier, on n'est quand même assez protégé par rapport à certaines choses et tout ça, ça va être le rôle médical on est quand même, un peu en retrait par rapport à tout ça, mais tout ce qui est annonce de décès, tout ça après des réanimations qui sont à domicile, j'essaie quand même de, de proposer en tout cas d'accompagner le médecin s'il a besoin pour qu'on soit au moins deux à annoncer ça et quand c'est... Quand tu sens la femme, que la situation est un peu tendue ou que la femme d'une personne âgée qui est toute seule à la maison, tu sens que ça va être un peu dur dur. Moi je propose toujours, après j'impose rien ça restera toujours le médecin qui prend les décisions finales.

Ah mais, mais si, j'ai une autre situation qui me revient ! Il y a quelques mois de ça, on a fait quand même sur un arrêt cardio, un monsieur assez jeune de quarante-cinq / cinquante ans et il a été massé par sa fille de quatorze ans. Un monsieur qu'on n'a jamais récupéré et toute la famille était présente. Seule la fille de quatorze ans a réussi à effectuer des gestes de premiers secours. Les autres personnes étaient tétanisées par le stress et la fille s'est retrouvée toute seule à faire des gestes pour son papa et il a fallu annoncer le décès aux trois filles et à sa femme après... On les avait évacuées de mémoire chez le voisin, pour qu'elles ne soient pas dans la maison et donc oui émotionnellement parce que la fille qui s'en veut le plus c'est la fille qui a fait les gestes alors que c'est, en fait on avait beau lui expliquer l'inverse que c'est grâce à ses gestes que nous avons été déclenché parce qu'un arrêt cardiaque qui n'est pas massé tout de suite, on n'y va pas forcément. Si on sait qu'il n'a pas été massé pendant une

demi-heure, on va peut-être juste déclencher un médecin légiste pour constater un décès et donc un gros travail de déculpabilisation là : pendant je pense une bonne demi-heure, trois quarts d'heure chez les voisins car, ça arrive dès fois qu'on reste très très longtemps après sur place étonnamment pour prendre en charge des familles, ce qui peut répondre à ta deuxième question en passant, c'est pour ça que ça m'est venu. On peut rester... On peut rester quand même après, prendre en charge des familles sur ce genre de situation quand il y a besoin, parce que parfois ça fait un peu brut de... On annonce le décès et puis dans un quart d'heure vingt-minute annonce des condoléances, on donne les papiers et puis on s'en va... Ça m'a toujours un peu posé souci ça mais en fait, quand il n'y a plus besoin de nous sur place, on a organisé les choses, les pompes funèbres sont appelées et on s'en va. On laisse des fois une personne toute seule à la maison. Moi j'ai toujours peur que le conjoint, la conjointe fasse une bêtise ; elle se retrouve toute seule à la maison avec son conjoint qui est là, allongé dans le lit décéder et en attendant les pompes funèbres, donc gros travail de prise en charge après et c'est vrai que là, on avait, j'étais avec une jeune médecin qui avait bien trouvé les mots mais qui pour la jeune fille avait un peu plus de mal mais c'était moi qui étais plus allé vers elle sur ce coup-là, qui était assis à côté d'elle dans le canapé, pour lui expliquer les choses, que voilà, que c'était grâce à elle qu'on était venu et qu'elle lui avait donné toutes ses chances qu'il n'y avait rien à regretter donc oui on fait aussi, à certaines situations, on est quand même utile. Mais c'est c'est souvent sur ce genre de cas ce sont des annonces de choses un peu graves... Parce que tout ce qui se passe bien, généralement ça se passe bien aussi pour les familles, il n'y a pas trop de secret là-dessus. C'est toutes les prises en charge compliquées où les annonces vont être complexes par la suite aux familles.

**ESI : Ok. Est-ce que tu veux retourner sur la question : en quoi les émotions de l'infirmier impactent-elles l'accompagnement des familles ou pour toi c'est bon tu as dit tout ce que tu voulais ?**

**IDE 2 :** Je pense ... ça impacte quand on est, quand on y a affaire. C'est vrai que ce n'est pas si souvent que ça mais quand ça arrive en fait c'est vrai que c'est qu'il y a un besoin. C'est qu'on a été utile pour le faire puisque le... Un autre exemple tiens, la semaine dernière on a eu un... Un espèce de plan NOVI dans une école... Il y avait une possible intoxication collective dans une classe de sixième ou cinquième donc il y avait vingt-cinq enfants qui étaient enfermés dans une classe avec... Qui voient tous les gros moyens des camions de pompiers qui arrivaient par je ne sais combien et donc là il y avait avec quelques attaques de panique, un gros gros effet de groupe avec peut-être deux-trois élèves qui ont fait une allergie à quelque chose au niveau alimentaire et il y a eu un gros phénomène de masse avec beaucoup de panique dans le groupe donc là ça a été juste de la... De la réassurance et de se poser d'aller voir chacune, chacun des élèves pour aller, aller appeler les parents aussi parce que là pour le coup on était là que trois-quatre pour vingt-cinq élèves, heureusement qu'il y avait des pompiers avec nous qui sont venus en masse. Mais oui, enfin ça peut être ça aussi appelé les parents quand il y a besoin et réassurer.

**ESI :** OK.

**ESI :** Souhaites-tu rajouter quelque chose ?

**IDE 2 :** Euh ... non je crois qu'on s'est tout dit.

**ESI :** Je te remercie sincèrement.

## Annexe VIII : Analyse descriptive des entretiens

Sujet de recherche : La relation complexe entre les émotions des infirmières travaillant en SMUR et la qualité de l'accompagnement qu'elles offrent aux familles des patients en situation d'urgence vitale.

Question de départ : En quoi les émotions de l'infirmière lors de la prise en charge de patients, impactent-elles l'accompagnement des familles sur le lieu d'intervention, en situation d'urgence vitale au sein d'un SMUR ?

<b>Objectif de recherche n°1 :</b>				<b>Items</b>
Comprendre le parcours du professionnel des IDE en SAMU/SMUR pour établir un climat de confiance.				IDE 1 IDE 2
Environnement				
Situation sociale	Année d'obtention du diplôme	Parcours professionnel	Formation	Formateur
-36 ans -deux enfants	-IDE depuis 1997 -Diplômé en 2010	-Salle de réveil depuis 2003 -Urgences direct -2 ans sur un temps partagé entre urgences et service de remplacement -pas mal de service pendant 2 ans -temps plein aux urgences et j'ai arrêté le pool de remplacement -En 2019, j'ai intégré l'équipe de remplacement au SAMU/SMUR -repostuler sur un poste permanent en 2022 : deux ans et troisième année sur ce poste là	-Formation en toucher-massage	-Formateur CESU -AFGSU -Infirmier triage -interventions IFSI

Objectif de recherche n°2 : Explorer le déroulement des interventions d'un SAMU/SMUR.			Items  IDE 1 IDE 2
Organisation des interventions en SAMU/SMUR			
Déclenchement d'un SAMU/SMUR	Prise en charge du patient	Gestion d'une situation d'urgence	Fin d'intervention
<u>Départ d'intervention</u> -Si on est au SAMU, c'est simplement un appel micro dans les locaux -repérer l'endroit d'intervention -type d'intervention -départ assez rapide -on récupère les infos une fois qu'on est dans la voiture <b>(5)</b> <u>Rôle de l'ARM</u> -Les ARM font un immense travail, on n'en parle pas beaucoup -Plus dur que ce que nous ont fait sur l'intervention <b>(2)</b> <u>Types</u>	<u>Répartition des tâches</u> -L'ambulancier va prendre le scope -L'IDE prend le sac d'intervention, pour perfuser ainsi que le matériel d'intubation -on se répartit les tâches techniques entre nous -le médecin va prendre tout ce qui est information auprès du patient, de la famille <b>(4)</b> <u>Rôle du médecin</u> -le médecin va être dans le recueil d'information, l'interrogatoire -ça restera toujours le médecin qui prend les décisions finales <b>(2)</b> <u>Observation patient</u> -attentive aux signes de détresse -il n'y avait pas de détresse vitale immédiate -des pauses respi <b>(3)</b> <u>Collaboration interdisciplinaire</u> <b>(17) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Interdisciplinarité</u></li> </ul> -l'aide des pompiers -nombreux autour	<u>Situation d'urgence</u> -arrêt cardio -si on sait qu'il n'a pas été massé pendant une demi-heure, on va peut-être juste déclencher un médecin légiste pour constater un décès -on s'est arrêté sur le bord de la route <b>(3)</b>	<u>Débriefing</u> -on fait toujours des débriefings après les interventions difficiles -on le fait sur le temps du retour d'intervention -on va se prendre un temps pour en reparler -je vais parler si c'est difficile -il faut que je parle pour avancer -tout ce qui est pédiatrie -assez compliqué à gérer de redébriefing après avec les collègues -situations assez, assez, voire très glauque

<p><u>d'intervention</u></p> <p>-une sortie type, il n'y en a pas vraiment, elles sont toutes différentes</p> <p>-intervention AVP</p> <p>-côté inattendu</p> <p>-l'urgence</p> <p>-accouchement</p> <p>-déjà il n'y en a pas</p> <p>-toutes les urgences</p> <p>-un arrêt cardiaque</p> <p><b>(8)</b></p> <p><u>Concentration</u></p> <p>-concentrée</p> <p>-dans ma bulle</p> <p>-concentré</p> <p>-sur le trajet aller, il n'y a pas souvent de musique en fonction des ambulanciers</p> <p>-il n'y a pas beaucoup à se parler dans la voiture <b>(5)</b></p> <p><u>Stress</u></p> <p>-les accouchements on n'en fait pas, ce n'est pas une intervention qu'on fait tous les jours <b>(1)</b></p>	<p>-l'AS du SMUR</p> <p>-le médecin est là auprès de lui</p> <p>-équipe d'ambulanciers ou de pompiers</p> <p>-logiquement on part à trois, mais on peut aussi bien arriver à cinq avec un élève ambulancier, un interne de médecine d'urgence, un élève IADE, parfois l'infirmier pompier plus son équipier donc on est à sept, plus les trois équipiers du camion de pompiers donc on est à dix à débarquer <b>(6)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Cohésion d'équipe</u></li> </ul> <p>-à l'écoute de l'équipe, on est une équipe où on travaille ensemble depuis très longtemps</p> <p>-chacun à sa place</p> <p>-on est vraiment complémentaire</p> <p>-on sait qui dit quoi</p> <p>-équipe vraiment soudée</p> <p>-la relation elle est déjà faite</p> <p>-on se connaît depuis assez longtemps</p> <p>-on se connaît vraiment bien</p> <p>-on travaille ensemble tous les jours</p> <p>-pas besoin de se dire les choses avec certains <b>(10)</b></p> <p><u>Passer le relais</u></p> <p>-demandé à une de mes collègues d'y aller <b>(1)</b></p>	<p>-besoin d'en parler aussi après en rentrant</p> <p>-voire en debriefer, ça arrive qu'on en debriefe directement dans la voiture avec des collègues concernés</p> <p>-on a un staff aussi tous les matins au SAMU pour debriefer un peu des interventions de la veille</p> <p>-revoir ce qui a été ou de ce qui n'a pas été <b>(11)</b></p>
--	--	---

21	26	3	11
----	----	---	----

<b>Objectif de recherche n°3 :</b>	<b>Items</b>
Analyser et appréhender la dynamique relationnelle entre l'IDE du SMUR et le patient.	
IDE 1 IDE 2	

Prendre soin			Communication			
Relation soignant / soigné	Proxémie	Réassurance	Communication verbale	Communication verbale	non	Toucher relationnel
				Points forts	Difficultés	
-relation avec le patient -relation de confiance -focalisée sur moi -rôle d'être vraiment attentif -on est là vraiment à un moment donné -le patient, ça va être plutôt moi qui vais	-centré sur le patient -on est posé avec le patient (2)	-rassurer -j'ai essayé de combler un peu toute cette voix qui était trop haute -réassurer -aller voir chacune, chacun des élèves -aller appeler les parents (5)	-si la personne est conscient e je parle -je vais expliquer le soin -on peut discuter avec des patients si leur état le permet (3)	-je touche très souvent la main du patient -si la personne est inconsciente j'ai très souvent une main -l'infirmière de réanimation va toujours communiquer même avec le patient endormi -j'essaie quand même	-moins de communication verbale -C'est plus compliqué -beaucoup de mal avec ça -je n'ai pas travaillé en réanimation -c'est pas du tout un réflexe que j'ai -il n'y a plus aucune communication verbale, je ne vais pas beaucoup	-toucher/massage -toucher omniprésent -avoir une main (3)

avoir le relation la plus proche des trois collègues sur l'équipe -c'est le seul moment où vraiment on a l'occasion de tisser un peu de lien avec eux (7)				d'expliquer pour des patients (4)	communiquer avec lui -un de mes défauts -j'en suis conscient -j'y travaille (9)	
7	2	5	3	4	9	3
14			19			

Objectif de recherche n°4 :		Items
Identifier les diverses émotions pouvant être ressenties par l'IDE à différents moments d'une intervention.		IDE 1 IDE 2
Gestion des émotions de l'IDE		La projection émotionnelle
Émotions positives	Émotions négatives	Transférabilité
<u>Evolution des émotions</u> -au départ il y avait du stress -elles sont différentes après	<u>Colère</u> -on peut avoir de la colère -rien de plus énervant	-je suis incapable de réagir sur un de mes proches -une toute petite goutte de sang chez un de mes proches, mon mari, mes enfants je tombe

<p>vingt ans d'expériences que quand j'ai débuté</p> <p>-on débute notre métier au SMUR, qu'on y est depuis plus de 20 ans, on gère nos émotions vraiment différemment</p> <p>-maintenant mes émotions sont différentes</p> <p>-le fait d'en faire depuis quelques années maintenant, il y a moins d'appréhension, moins de pression (5)</p> <p><u>Empathie</u></p> <p>-l'empathie</p> <p>-on est humain (2)</p> <p><u>Impassible</u></p> <p>-on essaye d'être le mieux possible (1)</p> <p><u>Satisfaction au travail</u></p> <p>-la sérénité de mon travail effectué</p> <p>-je suis satisfaite de la place que j'ai, et auprès du patient</p> <p>-je suis satisfaite de moi (3)</p> <p><u>Soulagement émotionnel</u></p> <p>-ça doit redescendre un peu une fois qu'on commence à conditionner le malade pour évacuer la personne (7)</p>	<p>(2)</p> <p><u>Tristesse</u></p> <p>-malgré nous, on peut avoir de la peine (1)</p> <p><u>Peur</u></p> <p>-je suis partie vraiment pas bien</p> <p>-de la peur (2)</p> <p><u>Anxiété</u></p> <p>-je suis montée dans la voiture, je n'avais pas de son, pas d'image</p> <p>-je n'arrive plus du tout à analyser</p> <p>-j'étais en stress</p> <p>-toujours un peu d'excitation</p> <p>-montée d'adrénaline</p> <p>-déjà au départ, si on fait du SAMU, c'est aussi pour ça (6)</p>	<p>dans les pommes</p> <p>-en train de me dire et si c'est mon fils</p> <p>-je me suis dit ouf ce n'est pas le mien</p> <p>-si ça avait été lui, je ne pouvais rien faire, j'en ai encore des frissons</p> <p>-des situations où ça m'est déjà arrivé de faire des transferts sur mon propre vécu</p> <p>-je ne le ferai pas en tant que père, je ne l'imposerai pas à quelqu'un (7)</p> <p><u>Remise en question</u></p> <p>-est-ce que je vais savoir faire, est-ce que si le patient ne va pas bien, est-ce que je vais savoir réagir</p> <p>-j'ai besoin d'être sûre qu'on a vraiment tout fait, ou si ça n'a pas fonctionné, s'il y a eu quelque chose, je suis toujours dans l'interrogation</p> <p>-est-ce qu'on a donné toutes les chances au patient, est-ce qu'on aurait pu faire d'autres choses</p> <p>-on en a débriefé pas mal, tout avait été adapté sur ce qu'on avait pu faire (4)</p>
--	--	---

12	11	11
23		11

Objectif de recherche n°5 :		Items
Examiner et interpréter les dynamiques et les défis spécifiques qui émergent lorsque la famille du patient est présente sur le lieu d'une intervention du SMUR.		IDE 1 IDE 2
Place de la famille lors d'une intervention	Accompagnement des familles	Expérience professionnelle
<u>Interaction entre les familles et les professionnels de santé</u> -les familles, ils nous prennent beaucoup d'énergie -elles veulent voir si c'est un enfant qui a eu un accident de la route -on ne peut pas interdire à la maman ou au papa de s'approcher -elle n'était pas dérangeante -ça dépend -si c'est dans une maison la famille est présente souvent on les laisse -c'est plus des alliés -pour avancer ils ont besoin de voir ce qu'on fait -on leur propose soit vous restez, est-ce que vous	<u>Rôle de l'IDE auprès des familles</u> -auprès des familles, j'accorde toujours un temps -on a un rôle pour écouter -on va demander tous les renseignements administratifs -on peut les toucher -aller au moins lui expliquer (5) <u>Réassurance</u> -rassurer les familles -on est là -on revient vous voir une fois qu'il est stabilisé -votre enfant on s'en occupe (4) <u>Disponibilités des soignants</u>	<u>Impact sur le stress de l'IDE</u> -si on a des gestes un peu tremblants, qu'on n'est pas trop à l'aise, ça peut-être anxiogène d'avoir les familles -on débute au départ, si on n'est pas sûr, si on n'est pas sûr de soi (2) <u>Évolution de sa place sur les familles</u> -l'expérience -je sais ce que je fais -pour moi ce n'est pas anxiogène -avec mon expérience, je m'affirme et j'ai ma place (4)

<p>voulez attendre dans la pièce à côté ?</p> <p>-tout dépend de la famille</p> <p>-est-ce qu'ils sont envahissants, pas envahissants ?</p> <p>-une aide</p> <p>-on peut en avoir besoin</p> <p>-on peut avoir besoin pour accéder au lieu d'intervention</p> <p>-je n'ai pas forcément besoin de la famille, à part peut-être pour tout ce qui est de la pédiatrie</p> <p>-il est hors de question d'évacuer un membre de la famille quand c'est une personne mineure</p> <p>-ça fait partie de la prise en charge</p> <p>-tant que moi, elle ne me gêne pas, après dans mes actions, je n'ai pas de raison de les évacuer</p> <p>-certains médecins le demandent pour être au plus au calme (19)</p>	<p>-ça arrive dès fois qu'on reste très très longtemps après sur place</p> <p>-la famille a besoin quand même d'être pris en charge, on n'hésite pas non plus à le faire remarquer au médecin</p> <p>-voir à retourner vers eux avant de partir (3)</p> <p><u>Non disponibilités des soignants</u></p> <p>-ça peut arriver d'être pressé, de partir un peu en catastrophe</p> <p>-de laisser la famille sur le bas-côté sans s'en rendre compte</p> <p>-assez anxiogène pour eux</p> <p>-on ne sait pas les inclure quand même dans la prise en charge (4)</p> <p><u>Culpabilité des familles</u></p> <p>-parce que la fille qui s'en veut le</p>	
--	---	--

	<p>plus c'est la fille qui a fait les gestes -gros travail de déculpabilisation</p> <p>(2)</p> <p><u>Préservation des enfants</u></p> <p>-une petite de 4 ans, j'ai demandé à la maman, est-ce que vous pouvez aller dans la pièce à côté avec votre fille</p> <p>-besoin de protéger les enfants, images qui peuvent être très marquantes</p> <p>-si la maman avait été toute seule elle serait restée</p> <p>-qu'ils ne voient pas en fait ce qu'on fait</p> <p>-évacuées chez le voisin, pour qu'elles ne soient pas dans la maison</p> <p>(5)</p>	
19	23	6

**Objectif de recherche n°6 :**

Apprécier l'impact émotionnel que peuvent avoir certains lieux d'intervention.

**Items**

IDE 1 IDE 2

Difficultés des interventions	Mécanisme de défense
<p><u>Complexité de la prise en charge du patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-intervention assez catastrophique niveau relationnel, niveau calme, niveau gestion</li> <li>-ça avait été très difficile cette situation</li> <li>-une intervention qu'on n'aime le moins faire dans l'équipe</li> <li>-parce qu'on a quand même deux personnes : on a la maman et le bébé mais on n'a pas le double de soignants</li> <li>-ça va dépendre du motif de départ</li> <li>-des interventions, où on sait que ça va être assez chaud, pédiatrie, un arrêt cardiaque pédiatrique</li> <li>-Heureusement ça n'arrive pas tous les jours, j'en ai fait deux durant quatre ans</li> <li>-C'est toutes les prises en charge compliquées où les annonces vont être complexes par la suite aux familles</li> <li>-annoncer le décès aux trois filles et à sa femme (9)</li> </ul> <p><u>Contrainte et difficultés de l'environnement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pièce était très exiguë</li> <li>-en pleine nuit</li> <li>-pas besoin d'être 36 autour d'une personne</li> <li>-on est forcément obligé de par la configuration des lieux d'évacuer</li> <li>-pour dès fois une chambre de dix m2</li> <li>-en fonction du type d'intervention et surtout du nombre (6)</li> </ul> <p><u>Accès difficile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-un petit peu déjà difficile d'accès</li> <li>-qu'on ne puisse pas intervenir sans avoir les forces de l'ordre avec nous</li> </ul>	<p><u>Déni</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-on avait beau lui expliquer l'inverse (1)</li> </ul> <p><u>Projection</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-un ami de mon fils qui a fait une chute, c'est quelqu'un que je connais depuis des années, je l'ai très, très souvent à la maison</li> <li>-c'est un peu comme mon enfant (2)</li> </ul> <p><u>Identification</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-en rentrant chez soi, on prend ses enfants dans les bras, on est content de les retrouver (1)</li> </ul>

<p>-certains quartiers où on ne peut même pas accéder</p> <p>-on a besoin de voir que les pompiers arrivent pour nous aider à pouvoir entrer dans les bâtiments parce que c'est un peu chaud</p> <p>-zone en campagne, assez loin de la ville</p> <p>-en roulant vite des fois on peut vite avoir une demi-heure de route</p> <p>-une panne d'ascenseur au septième étage</p> <p>-une mauvaise adresse (8)</p> <p><u>Impact du lieu sur la prise en charge</u></p> <p>-le lieu va impacter quoi qu'il en soit la prise en charge</p> <p>-le lieu géographique ça peut être une aide voir tout l'inverse (2)</p> <p><u>Gestion de l'inattendu</u></p> <p>-des trucs impressionnants</p> <p>-un peu trash</p> <p>-gros accident de la route</p> <p>-des personnes qui se sont immolées</p> <p>-des choses qu'on n'imagine pas forcément</p> <p>-on n'est pas préparé à voir ça en arrivant au SAMU</p> <p>-plan NOVI dans une école (7)</p>	
<p>32</p>	<p>4</p>

Exemple d'un **debriefing**  
de fin de journée

<b>Animateur</b>	<p>Sommes-nous prêts pour commencer le débriefing du jour ? Comment s'est déroulée la journée ? Y a-t-il eu des événements relatifs aux médicaments aujourd'hui ? comment s'est passée l'intégration de Françoise ? Rappelez-vous, votre participation est importante, et nous voulons nous assurer que nous traitons les préoccupations de chacun au cours de ce débriefing qui va nous prendre 10 minutes maximum. Quest-ce qui a bien marché ? Finalement, a-t-on réussi à se répartir les tâches et à équilibrer la charge de travail ? Avons-nous évité des tensions ?</p>
<b>Membre de l'équipe</b>	<p>Françoise (l'intermédiaire) a été doublée, notamment lors de chaque utilisation du nouveau dispositif médical et la double vérification qu'elle ne connaissait pas, et demain elle sera autonome</p>
<b>Animateur</b>	<p>➔ <b>Que pouvons-nous améliorer ?</b></p>
<b>Membre de l'équipe</b>	<p>Tous les membres de l'équipe ne sont pas à l'aise avec la double vérification ; du coup, il y a eu beaucoup de discussions entre nous Les patients se sont inquiétés qu'on leur pose plusieurs fois par jour la question sur leur identité</p>
<b>Animateur</b>	<p>➔ <b>OK, quelles leçons on retient ? Que ferions-nous différemment la prochaine fois ?</b></p>
<b>Membre de l'équipe</b>	<p>Les patients ne sont pas clairement informés de notre pratique de sécurité sur l'identification ; peut-on formaliser un document d'information, mettre des affiches dans les chambres des patients qui expliquent cette pratique</p>
<b>Animateur</b>	<p>Seriez-vous d'accord pour que l'on organise une séance de simulation sur la double vérification ?</p>
<b>Membre de l'équipe</b>	<p>C'est une très bonne idée</p>
<b>Animateur</b>	<p>OK merci à vous tous pour votre participation ; je vais inscrire les sujets à l'ordre du jour de notre prochaine réunion d'équipe. Prochain débriefing le XX prévu à XXh00, même lieu qu'aujourd'hui</p>

© HAS - Autorité de Santé 2016 - Crédit photo : Thinkstock

La boîte à outils

- Mémo
- Exemples d'animation proposés
- Modèle de fiche de traçabilité
- Modèle de support d'évaluation
- Bibliographie
- Foire aux questions-réponses (FAQ)



Debriefing

C'est une pratique de communication et de dynamique d'équipe destinée à améliorer la sécurité des patients : ce temps d'échange court prend place après l'action et complète le briefing qui la précède.

## Qu'est-ce qu'un debriefing ?

Il s'agit d'une pratique d'équipe formelle et/ou informelle d'échange d'information structurée et brève, réalisée après une action ou activité, voire un événement imprévu.

## Pourquoi utiliser cette pratique ?

Les études montrent que l'implantation de ces temps de partage d'information améliore l'efficacité de fonctionnement de l'équipe, soutient la culture de sécurité et sécurise la prise en charge des patients.

➔ **L'objectif : partager et apprendre des situations passées, et capitaliser sur les points positifs.**

## Comment ?

Ce temps d'échange s'appuie sur le vécu de chacun des membres d'une équipe et permet de tirer les enseignements d'une situation passée sur un certain nombre d'aspects, dont la qualité de la communication, le déroulement et la coordination, l'ambiance, et les changements à conduire lors de cette prochaine activité.

Ce temps d'échange permet également de gérer les émotions et le stress généré dans certaines situations.

## Quand et durée ?

L'équipe se rassemble à un moment prédéterminé :

○ au décours d'une action ou d'une activité à risque (habituelle et/ou nouvelle) ;  
*Exemple* : après une intervention chirurgicale.

○ au décours d'un événement indésirable grave, d'une situation de crise, d'un événement non prévu ;  
*Exemple* : 2 patients sont descendus dans la même journée avec des mauvais dossiers.

○ de façon programmée, sur un sujet donné ;  
*Exemple* : risque d'identivigilance identifié par le briefing du matin.

○ après une formation/action ;

*Exemple* : après une simulation *in situ* sur la prise en charge d'une urgence. Il ne doit pas excéder 10 minutes.

## Qui participe et qui anime ?

➔ **Tous les professionnels qui travaillent ensemble. Tous les professionnels concernés par l'événement indésirable.**

L'animateur est le plus souvent le cadre du service ; pour autant, en son absence, un des membres de cette équipe peut également en assurer l'animation.

## Les étapes du debriefing

### Phase préparatoire

- ➔ Dans le cas d'un debriefing prévu, identifier en amont la liste des sujets de sécurité avec des enjeux d'amélioration.
- ➔ Choisir l'objet du debriefing.
- ➔ Prévoir les conditions du debriefing : lieu, moment, points abordés et durée.

### Introduction

- ➔ Rassembler l'équipe ; attendre que tout le monde soit présent ; la séance se fait debout.
- ➔ Introduire avec quelques points de rappel (finalité, durée, démarche non punitive, expression de chacun).

### Animation (voir illustration à partir des exemples proposés)

MÉMO DE L'ANIMATION	
Les membres de l'équipe sont-ils tous présents ?	<input type="checkbox"/>
Que s'est-il passé ?	<input type="checkbox"/>
Comment s'est passée la journée ?	<input type="checkbox"/>
Qu'est-ce qui a bien fonctionné, et pourquoi ?	<input type="checkbox"/>
Ce qui n'allait pas, et pourquoi ?	<input type="checkbox"/>
Faire raconter le vécu des professionnels	
Comment vous êtes-vous sentis ?	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu le sentiment de pouvoir prendre la parole comme vous l'auriez voulu ?	<input type="checkbox"/>
Que retenons-nous ?	
Qu'avons-nous appris ?	<input type="checkbox"/>
Que ferons-nous différemment la prochaine fois ?	<input type="checkbox"/>
Le debriefing que nous avons réalisé nous a-t-il aidés ?	<input type="checkbox"/>
Avons-nous oublié quelque chose ?	<input type="checkbox"/>
Conclure et remercier l'équipe	
Reste-t-il des points à éclaircir ?	<input type="checkbox"/>
Reliever les points de réussite et les axes d'amélioration	<input type="checkbox"/>
Rappeler la date du prochain temps d'échange court	<input type="checkbox"/>
Traçabilité	
Prise de notes sur les actions réussies et sur les actions nécessitant une analyse approfondie	<input type="checkbox"/>

NOM : CUNY PRÉNOM : CINTHYA

TITRE DU MÉMOIRE : **Les émotions de l'infirmier.e. et l'accompagnement des familles en SMUR / Emotions of the nurse and support for families in the SMUR**

**ABSTRACT ANGLAIS :**

During our careers, every healthcare professional is likely to face, at least once, an emergency situation. This research report deals with the role of nurses' emotions in supporting families during the care of patients in life-threatening emergencies within the Mobile Emergency and Resuscitation (SMUR). This inquiry stems from intense emotional experiences encountered with two patients and their families who were in a state of deep sadness.

By clarifying concepts and conducting interviews with nurses, I analyzed the impact of nurses' emotions on the support provided to families at the intervention scene. This research emerges from experiences during this placement where emotions surfaced involuntarily, leading to difficulties in interacting with families. It highlights the importance of debriefings in managing healthcare professionals' emotions during complex situations, as well as in their ability to provide adequate support to families.

**ABSTRACT FRANÇAIS :**

Au cours de notre carrière, chaque professionnel de santé est susceptible d'être confronté au moins une fois à une situation d'urgence. Ce mémoire aborde le thème du rôle des émotions des infirmières dans l'accompagnement des familles lors de la prise en charge de patients en situation d'urgence vitale au sein d'un SMUR. Cette démarche est née de situations émotives intenses vécues avec deux patients et leurs familles qui étaient dans un état de profonde tristesse.

En clarifiant les concepts et en menant des entretiens avec des infirmiers, j'ai analysé l'impact des émotions des infirmières sur le soutien apporté aux familles sur le lieu d'intervention.

Cette recherche découle d'expériences vécues lors de ce stage où des émotions ont émergé involontairement, engendrant des difficultés dans l'interaction avec les familles. Cette recherche souligne l'importance des débriefings dans la gestion des émotions des professionnels de santé lors de situations complexes, ainsi que dans leur capacité à fournir un soutien adéquat aux familles.

**KEYWORDS :** emotions, family support, life-threatening emergency, SMUR (Mobile Emergency and Resuscitation Service), debriefing

**MOTS CLÉS :** émotions, accompagnement des familles, urgence vitale, SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation), débriefing

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :**

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

2 rue Henri Le Guilloux 35 000 Rennes

**TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - Année de formation : 2021 - 2024**