



Benjamin Isern



Promotion 2020 / 2023

# Les émotions et l'expérience dans l'urgence

**UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles**

**Note aux lecteurs**

*« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».*

## REMERCIEMENTS

L'aboutissement de ce travail met un terme à ces trois années de formation enrichissantes tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

À Elisa, mes parents, mes grands-parents, qui se sont rendus disponibles et attentifs pour m'apporter au quotidien ce soutien tant important.

À Madame Delahaie, ma directrice de mémoire, qui a su me guider et m'accompagner dans l'accomplissement de ce travail et plus précisément vers ce sujet qui avait une symbolique et une importance particulière pour moi. Elle a su comprendre mes besoins et mes souhaits tout au long de sa réalisation pour que ce travail reflète au maximum ce que je souhaitais représenter.

À Madame Florindo sans qui ces trois années auraient été complètement différentes, elle qui à travers sa patience et sa bienveillance a su m'apporter tous ses conseils, sa bonne humeur et ses connaissances qui me permettront je l'espère d'être un soignant à la hauteur.

À ces camarades de classes qui sont devenus des amis.

Aux différents cadres formateurs de l'IFSI qui ont su nous accompagner.

Je tiens bien évidemment à remercier l'ensemble des personnes qui ont œuvré à la réalisation de ce travail et plus particulièrement les infirmiers et infirmières interrogés.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>SITUATION D'APPEL</b> .....	<b>2</b>
2.1	DESCRIPTION DE LA SITUATION .....	2
2.2	QUESTIONNEMENT .....	3
<b>3</b>	<b>QUESTION DE DÉPART</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>CADRE DE RÉFÉRENCE</b> .....	<b>7</b>
4.1	LES SITUATIONS D'URGENCES .....	7
4.1.1	DÉFINITIONS .....	7
4.1.2	LÉGISLATIF .....	8
4.1.3	LA FORMATION INITIALE .....	9
4.1.4	LA FORMATION CONTINUE .....	10
4.1.5	L'IMPACT DES SITUATIONS D'URGENCES POTENTIELLEMENT TRAUMATOGENES .....	12
4.2	L'EXPÉRIENCE .....	15
4.2.1	DÉFINITIONS .....	15
4.2.2	LES APPRENTISSAGES INFORMELS .....	16
4.2.3	LA COMPÉTENCE .....	16
4.2.4	L'IMPACT DE L'EXPÉRIENCE SUR LA SURVENUE DU STRESS .....	20
4.3	LES ÉMOTIONS .....	22
4.3.1	DÉFINITIONS .....	22
4.3.2	MODES DE SURVENUE .....	23
4.3.3	LE STRESS .....	24
4.3.4	LES STRATÉGIES DE COPING .....	26
4.4	SYNTHÈSE DU CADRE DE RÉFÉRENCE .....	28
<b>5</b>	<b>ENQUÊTE EXPLORATOIRE</b> .....	<b>29</b>
5.1	OUTIL UTILISÉ .....	29
5.2	POPULATION CHOISIE .....	29
5.3	LIEU D'INVESTIGATION .....	29
5.4	GUIDE DE L'OUTIL .....	30
5.5	GRILLES D'ANALYSE .....	30
5.6	SYNTHÈSE DES ENTRETIENS .....	30
5.6.1	ENTRETIEN IDE AU CENTRE DE CONSULTATION NON PROGRAMMÉE (URGENCES) .....	30
5.6.2	ENTRETIEN IDE EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION .....	32
5.6.3	ENTRETIEN D'UN INFIRMIER SAPEUR-POMPIER ET IDE EN RÉANIMATION .....	33
5.6.4	ENTRETIEN D'UNE INFIRMIÈRE SAPEUR-POMPIER ET IDE AUX URGENCES/SMUR .....	35
5.6.5	ENTRETIEN IDE LIBÉRALE .....	37
5.6.6	ENTRETIEN IDE EN EHPAD .....	39
5.7	ANALYSE .....	40
5.7.1	LES SITUATIONS D'URGENCES .....	40

5.7.2	LES ÉMOTIONS .....	42
5.7.3	LE STRESS .....	46
5.7.4	L'EXPÉRIENCE ET LES COMPÉTENCES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE.....	48
5.7.5	LE COLLECTIF ET LA COLLABORATION DANS L'URGENCE .....	50
5.8	SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE .....	51
5.9	LIMITES DE L'ENQUÊTE .....	52
<b>6</b>	<b>PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>54</b>
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUCTION

En entrant à l'institut de formation en soins infirmiers j'avais pour projet de rejoindre l'hôpital, pour être plus précis, mon souhait était plus particulièrement tourné vers un service d'urgences. Exercer dans un lieu où je pouvais retrouver une grande polyvalence au niveau des situations rencontrées, des prises en charges alliant relationnel et complexité étaient pour moi une vraie chance. En effet, depuis plusieurs années, je suis intéressé par la prise en charge de patients relevant de l'urgence. De par mon expérience personnelle et celle issue des stages effectués lors de ma formation en soins infirmiers j'ai pu voir et constater de nombreux cas où l'équipe soignante se questionnait, se concertait pour parvenir à optimiser et à offrir la situation d'urgence la plus adaptée au patient. J'ai rencontré des prises en soins où certains paramètres propres au soignant ou bien en lien avec le contexte ont pu être déterminants pour la prise en charge en situation d'urgence. En effet de multiples interrogations traversaient mon esprit quant à l'importance de certains de ces « facteurs » et comment ceux-ci pouvaient impacter la prise en soin dans d'urgence. En me basant sur une situation vécue en stage, j'ai construit un questionnement puis j'ai fait le choix de me concentrer sur l'impact des émotions dans une situation d'urgence. J'ai également voulu faire un lien avec la place de l'expérience lors de la gestion de ce type de situation afin de s'interroger sur l'influence de celle-ci sur la prise en soin et son lien avec la présence d'émotions. Ainsi ma question de départ s'est articulée autour de trois notions : les situations d'urgences, les émotions et l'expérience, afin de formuler la question suivante : « *Comment les émotions et l'expérience vont-elles influencer la prise en charge d'un patient lors d'une situation d'urgence ?* ». Pour répondre à cela, mon cadre de référence s'est construit autour de ces trois notions afin de pouvoir mettre en relation dans un second temps les points de vue des auteurs et ceux des soignants interrogés lors de l'enquête exploratoire. L'idée était de pouvoir m'entretenir avec six infirmiers diplômés d'état travaillant dans des services différents mais en respectant un nombre de trois soignants issus de services type court séjour spécificité « urgences/réanimation » et trois autres de « long séjour/lieux de vie ». J'ai fait le choix d'utiliser des entretiens semi-directifs d'une vingtaine de minutes et articulés autour de cinq questions. Le traitement des données et l'analyse qui suivra donneront la possibilité de confronter des différents points de vue et ainsi faire un lien avec les concepts

abordés dans ce travail. Le but étant de me permettre d'apporter des éléments de réponse à la question de départ, mais aussi d'élargir ce questionnement.

## **2 SITUATION D'APPEL**

### **2.1 DESCRIPTION DE LA SITUATION**

La situation se déroule dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Celui-ci est composé de trois étages pour une totalité de 95 lits. Le personnel est réparti sur la journée (6h45-18h45) de la manière suivante : une infirmière diplômée d'état (IDE), six aides-soignantes (AS) sachant que deux d'entre-elles sont en permanence au troisième étage dans l' « unité fermée ».

Ce jour-là, il est environ 15 heures : je suis dans la salle de soins lorsque je reçois l'appel d'une aide-soignante. Elle me demande de la rejoindre au deuxième étage suite à la chute d'un résident dans sa chambre. En effet Mr Pierre est tombé. C'est une personne âgée de 70 ans, il est présent dans l'établissement depuis plus de 6 ans et est très apprécié par l'équipe soignante avec qui il échangeait beaucoup lorsqu'il arrivait encore à s'exprimer facilement. Il est atteint de trisomie 21 et d'épilepsie pour laquelle il est traité. Depuis deux jours il souffre de crises d'épilepsie répétées et il lui arrive souvent de chuter. Le matin même il a été retrouvé au sol, inconscient avec de « la mousse dans la bouche » selon les dires de l'IDE en poste.

L'AS ne sait pas comment ni pourquoi il a chuté. Il se trouve actuellement face au sol, au pied de son lit. L'AS me dit qu'elle ne sait pas quoi faire. Je lui réponds que je vais la rejoindre immédiatement. J'appelle ensuite l'infirmière et l'informe de la situation.

Nous nous rendons ainsi tous les deux dans la chambre du résident où se trouvent déjà trois AS. Dans la précipitation nous avons oublié de fermer la porte de la chambre. Je me dirige tout de suite vers Monsieur Pierre qui se trouve dans la même position que celle décrite lors de l'appel.

En m'approchant je lui demande comment il va. Il ne me répond pas mais gémit un peu. Je le redresse alors contre le lit afin d'évaluer son état, repérer une potentielle douleur et lui laisser le temps de reprendre ses esprits. Il semble troublé, peut-être apeuré de ce qu'il vient de se passer mais ne montre pas d'expression douloureuse. Il ne verbalise rien mais semble comprendre ce que je lui dis. Il regarde autour de nous. Je relève alors la tête et remarque tous

les soignants nous observant. Monsieur Pierre ne porte qu'une protection qui est en train de tomber. Je me sens gêné de tous ces regards portés sur lui alors même que sa nudité est quasiment totale. Je décide de le couvrir d'une chemise, en imaginant le malaise qu'il a pu ressentir en étant dénudé face aux regards de cinq personnes, qui plus est après avoir chuté et en étant certainement un peu désorienté.

Je demande à l'IDE de m'aider à relever le résident sur son fauteuil. Il nous aide en nous tendant une main et en poussant sur ses jambes. Bien qu'ayant une mobilité réduite, il ne semble pas douloureux. L'IDE remercie les AS et leur indique qu'elles peuvent à présent nous laisser seuls. En les regardant s'en aller je me rends compte que la porte de la chambre est restée ouverte et remarque alors qu'un autre résident et sa fille sont en train de nous observer, l'IDE, moi-même et Monsieur Pierre qui se trouve dans une position relativement inconfortable. Leur position immobile laisse à penser qu'ils sont là depuis quelques minutes déjà. Ils ont peut-être été interpellé par le bruit et le monde présent dans la chambre de Monsieur Pierre. Je sors à mon tour de la pièce en veillant cette fois-ci à bien fermer la porte. Je m'excuse auprès de ces deux personnes pour la gêne qui a pu être occasionnée. Je les rassure sur l'état de santé de Monsieur Pierre et leur indique le petit salon au rez-de-chaussée, espace de rencontre pour les familles. Par la suite je me dirige vers la salle de soins afin de ramener le matériel nécessaire à la réalisation d'un contrôle des paramètres vitaux. L'IDE est quant à elle restée auprès du résident afin de le rassurer et de le surveiller en attendant mon retour.

## **2.2 QUESTIONNEMENT**

Cette situation m'a interpellée sur plusieurs points. Tout d'abord, il est vrai que plusieurs minutes se sont écoulées avant notre arrivée et le patient se trouvait dans la même position que celle décrite au téléphone. Personne n'a pu ou osé ne serait-ce que le redresser ? Peut-être que les soignantes n'ont pas voulu prendre la responsabilité de manipuler le patient suite à sa crise d'épilepsie le matin même et préférer laisser l'IDE s'en occuper ? Cela a-t-il un lien avec le fait que les AS doivent rendre compte aux IDE et donc se questionner sur l'impact de la hiérarchie dans la gestion d'une situation d'urgence ?

De plus celles-ci étant trois pour appréhender la situation, le nombre ne serait-il pas un facteur important dans la conduite à tenir ? L'équipe met elle en place des réflexions autour du soin pour aborder le sujet de l'organisation en situation de crise par exemple ? Il y a-t-il une reprise

de la situation en équipe, par exemple à l'issue d'une situation comme celle-ci, afin d'évaluer les pratiques et améliorer les prises en charges ?

Peut-être ont-elles eu peur de ses possibles réactions, peur de lui faire mal, peur qu'il soit inconscient et appréhendant la conduite à tenir ? En effet, Mr Pierre ne s'exprimant que très peu même habituellement, il était difficile de comprendre et d'évaluer la gravité de la situation. Si les soignantes ont eu peur, on peut alors se questionner sur la gestion des émotions dans une situation comme celle-ci. Pourquoi malgré le fait qu'elles aient l'habitude d'appréhender des situations d'urgences et en particulier des chutes, celles-ci n'ont pas été en capacité de prodiguer les premiers gestes pour venir en aide au résident ? La proximité des soignants avec le résident a-t-elle eu un impact dans la gestion des émotions et donc le déroulé de la conduite à tenir ? On peut alors se questionner sur l'importance du positionnement en tant que professionnel de santé dans une situation comme celle-ci. Comment le stress, la peur, nos émotions vont-elles parasiter nos actions ? Ou du moins, qu'elle est l'influence que celles-ci peuvent avoir sur la réalisation de nos soins ? On peut aussi aller plus loin et se demander quels vont être les impacts possibles à plus long terme sur les soignants qui ont été confrontés à une situation difficile ? Ainsi on peut se questionner sur la place de l'expérience et l'influence que celle-ci va avoir lors de l'abord d'une situation difficile.

Les trois AS, pour une raison que je ne connais pas, n'ont pas manipulé le patient, mais Monsieur Pierre aurait-il apprécié être recouvert ? Sans doute qu'une blouse ou qu'une couverture l'aurait protégé du froid et aurait préservé son intimité. Le résident, atteint de trisomie 21, semble pouvoir avoir conscience d'être dénudé, au sol, à la vue de beaucoup de monde et cela peut le mettre mal à l'aise. Les soignantes le connaissent bien et s'occupent de lui quotidiennement. Cependant la nudité dans un contexte privilégié de soin, lors d'une toilette par exemple, n'a pas le même impact sur le résident que lorsqu'elle est exposée comme dans cette situation à plusieurs individus en même temps ; qui plus est dans un moment d'urgence, de stress et peut-être de douleur. En effet, plusieurs soignants étaient présents dans la chambre, mais la porte restée ouverte a laissé place aux regards de personnes extérieures à l'établissement, curieuses, inquiètes ou peut-être choquées de la situation, majorant la non-considération du patient à ce moment-là.

Malgré le stress et l'envie d'être le plus rapidement auprès du résident, nous aurions sûrement dû être plus vigilant quant à l'environnement de celui-ci. Une situation d'urgence implique-t-elle de banaliser certaines pratiques de respect du résident ? Aurions-nous dû prendre le temps de s'assurer que la porte de la chambre était bien fermée ? Aurions-nous dû demander aux aides-soignantes de sortir de la pièce afin d'être plus au calme et de préserver Monsieur Pierre de tous ces regards observateurs ? Même dans une situation d'urgence il semble primordial de veiller au respect, à la pudeur, à l'intimité et à la dignité du patient, pourtant cela n'est pas toujours facile.

La gestion des risques est par définition « *l'ensemble des méthodes d'identification, d'évaluation, de traitement et de priorisation des risques inhérents aux activités de soins* ». Sans connaître la gravité de cette situation, comment aurions-nous pu hiérarchiser nos gestes en tenant compte de l'ensemble des risques associés ?

Interpellé aussi par la présence des deux personnes nous observant depuis le couloir, je me questionne sur leur ressenti. Qu'ont-elles pensé de ce qu'elles ont vu ? Ont-elles été interpellées par ce que nous disions, par le monde présent dans cette chambre ou passaient-elles par hasard devant la chambre ? Ont-elles été curieuses ? Ont-elles eu peur pour Monsieur Pierre ou ont-elles même été choquées de voir ce résident dénudé qu'elles connaissaient brièvement au sol ? Le respect du patient mais aussi de son environnement est essentiel. Les personnes observatrices d'une situation d'urgence, présentes volontairement ou non peuvent elles aussi être impactées et/ou choquées de ce qu'il se passe. Ainsi il est important qu'elles soient considérées et respectées. Ce qui paraît anodin pour certains ne l'est pas forcément pour tout le monde et peut parfois bouleverser.

Enfin, je me questionne sur ma propre sécurité lorsqu'il s'agit de relever une personne au sol. Dans cette situation et avec l'aide de l'IDE, j'ai fait au mieux pour relever Monsieur Pierre de manière sécurisée afin de ne pas lui faire mal et sans le brusquer. Je ne me souviens cependant pas avoir pensé à mon ergonomie et à ma propre sécurité. Par empressement je n'ai pas porté attention au positionnement de mon dos et de mes jambes. Relever à deux ce résident de faible corpulence ne m'a pas posé problème mais il est vrai que dans certaines situations, négliger son positionnement et son ergonomie peut être délétère pour le soignant, à court comme à long

terme. Quelles sont les techniques et gestes à prendre en compte afin de prendre en soin une personne sans pour autant se mettre en danger ?

Dans une situation d'urgence comme celle-ci, quelle sont les attitudes à adopter en tant que soignant ? Comment doit-on hiérarchiser nos pratiques et actes de soins en prenant en compte les différents facteurs environnants, tout en ne négligeant pas le caractère urgent de la situation ? Je me questionne en tant que soignant sur l'attitude à adopter afin de garder en considération le patient et son environnement lors d'une situation d'urgence, en sachant que celle-ci peut différer selon le cadre, le contexte.

### **3 QUESTION DE DÉPART**

Pour ce travail, la question de départ sera :

*« Comment les émotions et l'expérience vont-elles influencer la prise en charge d'un patient lors d'une situation d'urgence ? »*

## 4 CADRE DE RÉFÉRENCE

### 4.1 LES SITUATIONS D'URGENCES

#### 4.1.1 DÉFINITIONS

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), une urgence est un terme désignant « *une situation exigeant une réponse immédiate et rapide* ». En effet ils définissent une urgence médicale comme « *une situation requérant une intervention médicale immédiate afin de secourir une personne dont le pronostic vital ou fonctionnel est susceptible d'être engagé, l'urgence médicale relève nécessairement d'une décision médicale et répond à des critères précis qui permettent de la définir précisément* ».

D'après l'Hôpital Fribourgeois, on définit quatre degrés d'urgence selon l'ordre de priorité médicale. « *Degré 1 : Urgence vitale, la prise en charge médicale est immédiate, par exemple dans le cas d'un arrêt cardiaque où chaque minute compte. Degré 2 : Urgence majeure avec risque vital potentiel, c'est-à-dire que la situation du patient pourrait s'aggraver rapidement. Dans ce cas, la prise en charge médicale débute dans les 20 minutes après l'arrivée aux urgences. Degré 3 : Urgence modérée, la vie du patient n'est pas en danger, son état est stable et peut nécessiter des examens et/ou des investigations complémentaires. Degré 4 : Urgences sans risque particulier, cette situation ne nécessite pas de soins d'urgence, la prise en charge peut être différée* ».

Concernant l'infirmier qui va pouvoir se retrouver confronté à une situation d'urgence, Vergnaud (1990) distingue deux classes de situations. « *Dans la première, le sujet dispose à un moment donné et dans des circonstances données des compétences nécessaires au traitement de l'action, alors que dans la seconde le sujet n'en dispose pas l'incitant à réfléchir pour être compétent. Il est alors question de cognition située, on apprend par les situations des situations en situation, les situations préexistent aux savoirs* » (Muller, 2016). Le Boterf quant à lui explicite autour de l'infirmière qui rencontre « *une situation problème* » : « *L'infirmière doit ainsi puiser dans ses ressources, les articuler, les réorganiser pour les ajuster à la situation qui est différente ou nouvelle. Ces moments de déséquilibre provisoire sont vécus quand l'infirmière passe de la maîtrise d'une classe de situation à la maîtrise d'une autre. Elle va mobiliser et articuler des ressources internes et externes pour être compétente dans la situation, lors de l'activité dans l'environnement* » (Muller, 2016, p.129). De plus Erik De Soir détermine qu'il

n'est pas forcément essentiel d'avoir été directement confronté à une situation traumatogène pour pouvoir avoir une expérience à ce sujet : cela a pu s'être fait de façon subtile. Ainsi cela peut avoir un impact positif comme négatif sur la gestion de la situation.

Erik De Soir décrit les phases d'une situation d'urgence avec tout d'abord la phase préparatoire : présence de stress en fonction de l'évaluation de notre compétence, on s'imagine des situations antérieures. Vient ensuite la phase active : la période où on réalise les soins nécessaires, en général peu de stress est présent mais d'autres émotions peuvent être présentes selon l'environnement de la situation, le contexte et les caractéristiques de l'individu. De Soir stipule « *plus vous pouvez vous identifier à ce qui se passe, plus vous risquerez de devenir vulnérable* » (De Soir, 2014, p.104). Enfin, la phase post-opérationnelle : « *les sentiments remontent lentement à la surface. Vous subissez le contre-coup des sentiments que vous avez contrôlés ou même refoulés.* » (De Soir, 2014, p.105).

Il est intéressant de s'intéresser à la situation en elle-même et aux façons dont le soignant peut interférer et agir dans l'urgence cependant qu'en est-il des textes de lois qui régissent les devoirs d'humains et de soignants dans ce type de prise en charge.

#### 4.1.2 LÉGISLATIF

D'un point de vue législatif, il faut savoir qu'il est du ressort de l'infirmière diplômée d'État, plus précisément par l'intermédiaire de son rôle propre, de mettre en place les soins nécessaires après identification d'une situation d'urgence. Selon l'Article R.4311-14 du Code de la Santé Publique, « *en l'absence d'un médecin, l'infirmière est habilitée, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable* ».

L'Article 223-6 du code pénal ajoute « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ». En effet, l'IDE de par son statut de professionnel de santé et ses compétences se doit de venir en aide à une

personne nécessitant une assistance au risque de devoir rendre des comptes au niveau législatif. Pour parvenir à cela, l'infirmier diplômé d'état disposera de différents moyens et notamment les formations.

#### 4.1.3 LA FORMATION INITIALE

La formation des infirmiers diplômés d'états est basée sur « *le recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession* ».

Pour commencer il est primordial selon moi de définir le métier selon cet ouvrage car notre formation est axée sur les objectifs et les conditions d'exercice de l'infirmier diplômé d'état : « *Évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration* ». (p.32)

Les neuf activités en lien avec le domaine de compétences de l'infirmier diplômé d'état sont citées comme-ci : « *observation et recueil de données cliniques, soins de confort et de bien-être, information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes, surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes, soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique, coordination et organisation des activités et des soins, contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits, formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires, veille professionnelle et recherche* » (Berger Levrault, 2003, p. 32).

Dans la continuité de ces activités, on retrouve dans ce livre la déclinaison des dix compétences infirmières que l'étudiant infirmier doit valider au cours de sa formation. Celles-ci sont le support de la pratique de l'infirmier, une fois diplômé, celui-ci devra se baser sur ses compétences afin de remettre en question permanente sa pratique. Elles s'articulent comme suivant : « *évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier, concevoir et conduire un projet de soins infirmiers, accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et*

*thérapeutique, initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs, communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins, analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle, rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques, organiser et coordonner des interventions soignantes, informer et former des professionnels et des personnes en formation » (Berger Levrault, 2003, p. 39).*

Il semble impossible pour moi de citer une activité ou une compétence en particulier lorsqu'on évoque ce concept de situation d'urgence car c'est l'acquisition et la mobilisation de toutes ces ressources qui intervient dans la gestion de différentes situations dans le domaine infirmier. On pourrait peut-être les décliner selon le moment où elles interviennent dans l'apparition, la gestion d'une situation d'urgence.

Pour poursuivre, la formation théorique des étudiants en soins infirmiers est constituée d'après le référentiel de formation d'unités d'enseignement de quatre types : *« des unités d'enseignement dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers, des unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences infirmières, des unités d'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation, des unités de méthodologie et de savoirs transversaux. On remarque ainsi que c'est la présence de différentes ressources et l'articulation, la mobilisation entre elles qui seront importantes, essentielles afin d'être compétent en situation donnée »*, (Berger Levrault, 2003, p.58-59). Une fois le soignant diplômé, comment celui-ci va pouvoir continuer à mobiliser ses savoirs et accroître ses connaissances alors même qu'il exerce en tant que professionnel ?

#### 4.1.4 LA FORMATION CONTINUE

À présent je vais aborder la formation continue avec l'évaluation des maintiens des acquis qui a lieu chronologiquement dans des lieux de formations pour professionnels de santé. En effet cette formation permet aux soignants exerçant en structure de soins d'être formé et recyclé périodiquement aux prises en charges d'urgences médicales. Ces formations sont dispensées sous la responsabilité des Centres d'Enseignements des Soins d'Urgences (C.E.S.U.) qui eux-mêmes dépendent du Service d'Aide Médicale d'Urgence (S.A.M.U.) par des professionnels de santé qui auront suivi la formation de *« formateur AFGSU »*.

Selon l'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU) on retrouve deux niveaux d'AFGSU ainsi qu'une spécialisation aux

risques collectifs (dite Nucléaire, Radiologique, Bactériologique, Chimique, Explosif (NRBCE)).

L'AFGSU Niveau 1 d'une durée de 12 heures de formation à actualiser tous les 4 ans qui concerne « *Tout personnel, administratif et technique, voué à travailler (ou exerçant) au sein d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale* ». Pour les soignants formés à ce niveau, le but est d'acquérir suffisamment de connaissances afin d'identifier et de prendre en charge l'urgence en attente de l'équipe médicale.

L'AFGSU Niveau 2 d'une durée de 9 heures de formation à actualiser tous les 4 ans qui concerne « *Professionnels de santé inscrits dans la quatrième partie du code de la santé publique (aides-soignants, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures – podologues, diététiciens, ...)* ». L'objectif étant le même que pour le niveau 1 mais en ajoutant également l'utilisation de « *techniques non invasives (utilisation chariot d'urgence, du matériel d'immobilisation...)* ».

Concernant la spécialisation NRBCE ou risques collectifs, d'une durée de 9 heures de formation, à actualiser tous les 2 ans, elle est accessible aux soignants volontaires, l'objectif est de connaître tout ce qui est relatif à la mise en place des différents plans de secours (plan rouge, plan blanc ...).

Comme explicité ci-dessus, l'attestation est valable pendant 4 ans concernant les gestes d'urgences et seulement 2 ans pour les risques NRBC. Ainsi on peut déjà souligner que les connaissances des agents concernés sont censées être mobilisées dans le temps à la même fréquence.

La circulaire du 31 décembre 2007 et celle du 27 mai 2010 concerne « *l'obligation d'obtenir l'AFGSU pour l'exercice de certaines professions de santé* ». Les infirmiers diplômés d'état doivent avoir reçu l'AFGSU de niveau 1 et 2. En effet, il faut savoir que tous les étudiants en soins infirmiers doivent valider le module AFGSU (U.E. 4.3 : « *soins d'urgence* ») au cours du deuxième semestre à l'IFSI afin d'acquérir l'équivalence du diplôme d'aide-soignant et par la suite celui d'infirmier. Ensuite il est recommandé de réactualiser les connaissances en lien avec cet enseignement lors du dernier semestre. De plus cela leur permettra de prolonger la durée de validité de l'attestation et donc éviter de refaire la journée de recyclage seulement deux ans après la sortie de l'école.

Il faut savoir que l'AFGSU comprend un programme officiel composé de séances, de travaux pratiques et d'une évaluation pratique de deux cas. Ce programme est imposé au formateur qui dispense le cours. Ainsi cela montre que tous les professionnels de santé sont formés de la même manière aux situations d'urgences étant donné que le contenu est censé être identique pour tous professionnels.

Pour moi, je pense que l'on peut ajouter dans la formation continue notre pratique de tous les jours. En effet elle n'est pas reconnue à titre officiel comme l'AFGSU mais c'est celle-ci qui va faire que nous prenons de l'expérience dans notre cœur de métier et qu'un jour nous deviendrons compétent dans notre domaine. Dans l'ouvrage « *les savoirs professionnels infirmiers* » de A. Muller, on peut retrouver un passage de l'étude sur l'acquisition des savoirs et le développement des compétences au cours de l'activité de soin par Savoyant (2005) : « *Au-delà de la formation initiale, les infirmières développent des savoirs biomédicaux répertoriés et formalisés, propres à chaque unité de soins, des savoirs pratiques plus difficilement énonçables et formalisables, ainsi que des habiletés mentales. Chaque situation spécifique de soins nécessite une combinaison particulière de savoirs. Pour comprendre, réagir et gérer des situations d'évolution imprévisible, l'infirmière utilise une compétence incorporée peu verbalisable, peu formalisable et une compétence critique pour hiérarchiser les priorités* » (Muller, 2016, p.71). Quant à Fernagu-Oudet (2010), elle estime que « *ce sont les situations extraordinaires liées à la nouveauté, à l'impossibilité ou la difficulté de réaliser une tâche de manière routinière qui font que l'infirmière est conduite à apprendre* » (Muller, 2016, p.123). Ces termes montrent bien que la formation théorique n'est pas suffisante pour développer les compétences des soignants : c'est la récurrence et la diversité de situations rencontrées qui permettront au soignant de poursuivre son apprentissage et enrichir ses ressources. Malgré cette régularité dans la rencontre avec des situations dites « *particulières* » par le biais de l'urgence, il peut être important de s'intéresser aux conséquences possibles sur le soignant.

#### 4.1.5 L'IMPACT DES SITUATIONS D'URGENCES POTENTIELLEMENT TRAUMATOGENES

Erik De Soir raconte un témoignage vécu par une jeune infirmière qui travaille dans un service d'urgence, celle-ci expose une situation à laquelle elle a été confrontée lors d'un départ en intervention en dehors de l'hôpital. Elle raconte qu'elle s'est rendue pour une réanimation sur un enfant de six ans qui s'est noyé, autour de la victime se trouvait l'équipage, les pompiers ainsi que la mère de l'enfant qui n'arrête pas de demander « *mon enfant va-t-il s'en sortir*

*Mademoiselle ?* ». En effet elle explique que la victime a été prise en charge de la manière la plus adéquat possible pendant plus de 45 minutes, qu'elle a effectué le travail qu'elle devait réaliser. Cependant, lorsque le médecin déclare le décès et que la question se pose de continuer la réanimation pour garder en vie les organes, le sapeur-pompier exprime qu'il souffre de la situation car il a lui-même un enfant de cet âge. À son tour, l'infirmière se braque et termine l'intervention sans rien ne dire, « *comme un zombie* » (De Soir, 2014, p.49). Un peu plus tard, un nouveau départ pour le même motif de détresse vitale tombe : lorsque cette infirmière part, « *quelque chose se brise en elle, comme si son corps se consumait* ». Lorsqu'elle rentre chez elle, elle s'effondre, pleurs, tristesse, épuisement, remise en question, ne veut voir ni entendre personne : elle veut changer de service. Je constate d'après son témoignage, que cette IDE a prodigué les soins lors de la réanimation de façon très adaptée et sans exprimer rencontrer des difficultés sur le moment. En revanche, on remarque que dans ce cas-là, les conséquences et les difficultés apparaissent dès lors que l'intervention se termine et la poursuivent même jusqu'à chez elle. Cela nous permet de faire un réel lien avec les différentes phases de la situation d'urgence selon De Soir (abordées plus haut). Il me permet également de m'interroger sur la façon dont un soignant va pouvoir tolérer la récurrence de situations rencontrées lors des événements similaires dans le futur. Le fait de vivre à de multiples reprises des situations compliquées que ce soit d'un point de vue fonctionnel comme psychologique pourrait avoir des impacts différents sur le soignant. Peut-être que pour certains il s'agira d'une force grâce à l'expérience concernant la prise en charge adéquate, tandis que pour d'autres il s'agira d'un frein avec la survenue d'émotions négatives qui altéreront la mise en œuvre de la compétence en situation.

Dans le témoignage suivant, celui d'un médecin urgentiste, je retrouve un discours rejoignant la situation de l'IDE dans laquelle celle-ci a prodigué des soins sans se poser de questions. En effet celui-ci dit « *qu'au cours de l'intervention, nous agissons peut-être automatiquement, dans une forme de « drill » militaire, mais dès que l'opération d'assistance est passée et qu'on ne peut rien faire de plus, c'est parfois alors seulement là que tout commence. On ressent physiquement et psychiquement l'impact de la tempête dans laquelle on a été pris* » (De Soir, 2014, p.51). L'auteur à son tour, aborde le sujet en écrivant que lorsqu'il est amené à vivre des événements ou des situations particulièrement difficiles, « *choquantes* » celui-ci « *tente d'abord de ne pas s'y arrêter, ce n'est qu'après l'intervention que l'on ressent le contre-coup*

*émotionnel. Durant l'intervention, c'est le professionnel impassible qui agit, après cela, c'est l'homme et ses émotions qui reprend le dessus » (De Soir, 2014, p.55).*

La situation d'urgence vécue de la sorte par l'infirmière et les dires de l'urgentiste me questionnent réellement sur la façon dont nous pouvons réaliser quelque chose qui relève d'une situation d'urgence et qui peut s'avérer être difficile émotionnellement sans que le soignant en subissent les conséquences à un moment ou un autre. Le témoignage de cet urgentiste aborde ce qui concerne, ce qui va impacter le soignant au moment ou à l'issue de la prise en charge. Tout d'abord selon lui *« les symptômes varient d'une personne à l'autre, en fonction de la personnalité de chacun et de ses conditions de vie, mais le noyau est toujours le même : des gens qui souffrent comme s'ils étaient impliqués dans leur mini-catastrophe »*. Erik De Soir semble rejoindre l'avis de ce médecin en notant que *« ce qui est traumatique pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre [...] le caractère traumatisant des événements émotionnellement choquants réside généralement dans l'appréciation et l'interprétation de l'événement en question par l'individu touché ou dans les caractéristiques objectives de la situation »*. (De Soir, 2014, p.67). Les différentes situations d'urgences comme par exemple celles rencontrées par cette IDE (intervention en extra hospitalier) peuvent laisser entendre qu'un lien n'est pas forcément tissé entre le soignant et le soigné de par la courte durée d'interaction entre les deux sujets. Dans son récit, cet urgentiste exprime que d'après lui, *« un contact personnel s'est établi avec chaque victime qu'on le veuille ou non »*. On peut imaginer qu'en tant que soignant nous pouvons avoir cette fameuse *« carapace »* de par notre expérience, notre personnalité et autre mais pour ce médecin il en est autre chose : *« C'est bizarre, sur le terrain et au cours d'interventions délicates, nous demeurons souverains, mais à des moments inattendus, nous perdons pieds émotionnellement »*.

Tous ces différents points abordés précédemment amènent à se demander comment certains facteurs vont interférer dans ce type de situations particulières que sont les situations d'urgences et de quelle façon cela va influencer la prise en charge.

## 4.2 L'EXPÉRIENCE

Ammirati Ch et al « *un apprentissage en un seul temps semble moins performant qu'un apprentissage diversifié, étalé dans le temps* » (Soares, Tuzin, Delacour, p.8). Selon moi, l'utilisation de la notion de temps notamment, souligne l'importance de l'expérience dans la prise en charge d'une situation d'urgence car le fait d'avoir été confronté à une multitude d'évènements similaires pourrait participer au fait que le sujet parviendra ou non à appréhender la situation avec compétence.

### 4.2.1 DÉFINITIONS

Définition expérience selon Gadamer, Benner et Wrubel : « *Le mot « expérience », tel qu'il est utilisé ici, ne fait pas simplement référence au passage du temps. Il s'agit plutôt de l'amélioration de théories et de notions préconçues au travers de la rencontre de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie* » (Gadamer, 1970 ; Benner & Wrubel, 1982). Ils ajoutent « *La théorie offre ce qui peut être explicité et formalisé, mais la pratique est toujours plus complexe et présente beaucoup plus de réalités que l'on ne peut en appréhender par la seule théorie* » (Benner, 1995).

En se basant sur le modèle Dreyfus d'acquisition de compétences qui est « *un modèle situationnel et non relatif à l'intelligence ou aux dons d'un sujet* » Patricia Benner cite les différents stades dans l'expérience : « *Les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent d'être confrontées. [...] Les débutantes dont le comportement est partiellement acceptable : elles ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter les facteurs signifiants qui se reproduisent dans des situations identiques et que le modèle de Dreyfus qualifie « d'aspects de la situation ». Il faut de l'expérience pour reconnaître ces « aspects » en situation réelle. [...] L'infirmière compétente travaille dans le même service depuis deux ou trois ans. Elle devient compétente lorsqu'elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente. Elle n'a pas la rapidité ni la souplesse de l'infirmière performante, mais a bien le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable d'y faire face. [...] L'infirmière performante perçoit les situations comme des tout et non en termes d'aspects. Ses actes sont dictés par des maximes. La perception est ici un mot clé. La perspective n'est pas bien réfléchie, mais se « présente d'elle-même », car fondée sur l'expérience et les événements récents. [...] L'infirmière experte ne s'appuie plus sur un principe analytique (règle, maxime) pour passer du stade de la compréhension de la situation*

à l'acte approprié. *L'experte qui a à présent une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles* » (Benner, 1995, p.23-35). Le fait d'aborder les différents stades dans l'expérience tend à se questionner sur ce qui va faire que le soignant va se situer plus ou moins loin dans le modèle d'acquisition des compétences de Dreyfus.

#### 4.2.2 LES APPRENTISSAGES INFORMELS

Le groupe de travail de l'OCDE (2004, p.6) définit les apprentissages informels par : *« L'apprentissage informel s'effectue en dehors du cadre d'un enseignement ou d'une formation organisée. Il est souvent qualifié « d'expérience » ou « d'apprentissage non intentionnel » car il s'effectue tout au long de la vie sans nécessairement que l'apprenant ait conscience d'acquérir des connaissances ou compétences »* (Muller, 2016, p.59). Selon Marsick et Watkins (1990) : *« Qu'il soit incident, fortuit, ou accidentel, l'apprentissage est lié à l'expérience »* (Muller, 2016, p.64). En effet, les auteurs du travail de l'OCDE définissent l'apprentissage informel comme l'expérience du sujet. Beck semble rejoindre cette façon de penser en notant : *« Le sens donne à la vie sa richesse ; il transforme un simple événement en une expérience. (Beck, 2017, p.49). Anne Muller quant à elle, aborde le concept légèrement différemment en le mettant en relation avec le domaine infirmier et en évoquant la notion d'obstacle. Ce dernier, aura un impact dans une situation qui offrira au sujet un apprentissage informel. « L'apprentissage par l'expérience, informel, privilégie les gestes et les compétences techniques et relationnelles aux savoirs théoriques. Il est lié à l'activité collective et à une analyse réflexive sur cette activité en présence de collègues ou de médecins. Une situation a-didactique est une situation n'ayant pas pour finalité d'apprendre mais qui, offrant un obstacle, devient une occasion potentielle d'apprentissage dont l'infirmière peut se saisir »* (Muller, 2016, p.71). Les apprentissages informels semblent étroitement liés à l'acquisition et à la mobilisation de *« compétences »*.

#### 4.2.3 LA COMPÉTENCE

Selon Tabari Khomeiran et al (2006), *« l'expérience est un facteur important de la compétence. Les connaissances théoriques s'acquièrent dans une formation formelle mais aussi par exposition à différentes situations »* (Muller, 2016, p.72). En effet les notions d'expérience et

de compétence semble être étroitement liées c'est pourquoi on s'intéresse à la compétence dans cette partie.

- *Définition*

Selon Le Boterf, « Être compétent, [...] être en mesure de transférer, c'est à dire de réinvestir ses compétences dans des contextes distincts. C'est, en effet, paradoxalement, en comprenant comment l'on s'y prend pour agir efficacement dans un contexte particulier que l'on se prépare à agir dans un contexte différent ». (Le Boterf, 2002). Il détaille d'avantage la notion, « « La » compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources ». Il ajoute « Valider les compétences en situation de travail ne pourra plus se limiter à contrôler séparément l'acquisition de ressources, mais à s'assurer que le sujet est capable de les sélectionner, de les combiner et de les mobiliser de façon pertinente dans une situation de travail particulière. Une personne peut avoir acquis des connaissances et des capacités, elle ne pourra pas être reconnue comme compétente si elle ne sait pas les combiner et les mobiliser en situation de travail. Développer les compétences suppose alors que, non seulement les personnes acquièrent des ressources (connaissances) mais soient entraînées à construire, à partir de celles-ci, des « combinatoires » appropriées. La compétence est donc une « combinatoire » de ressources variées pouvant être mises en œuvre » (Le Boterf, 2002). Quant à Zarifian (2001), la compétence « se définit en fonction des éléments que sont l'autonomie, la prise d'initiative, l'intelligence et la responsabilité en situation » (Muller, 2016, p.41).

Il faut garder en tête que la notion de compétence induit réellement des capacités particulières et qu'on ne juge pas quelqu'un de compétent dans sa discipline dès lors qu'il réalise ou réussit une tâche. « On risque de confondre la compétence avec l'activité. Une action peut être réussie par tâtonnements, par essais et erreur, par hasard et à la limite par "bidouillage". Elle ne signifie pas que la personne qui l'a réalisée possède la compétence correspondante. Réussir ne signifie pas nécessairement être compétent » (Le Boterf, 2002).

Dans son ouvrage « Les savoirs professionnels infirmiers », Anne Muller aborde un concept de Jonnaert (2003) qu'est le transfert et qui semble être étroitement lié à la compétence, « Le transfert est le mécanisme qui permet l'utilisation dans un nouveau contexte de connaissances

*construites antérieurement, la situation n'étant qu'un élément de contexte. Les processus en jeu sont alors ceux de contextualisation, décontextualisation et recontextualisation. La compétence infirmière est liée en partie à ce transfert, qui se réalise en situation. Développer une compétence correspond alors à l'aptitude à maîtriser une famille de situations significatives pour le sujet et relatives à des pratiques socialement établies » (Muller, 2016, p.47). Cela fait véritablement un lien entre expérience et compétence car l'auteur dit que pour utiliser le transfert il faut utiliser des connaissances construites antérieurement. Cela laisse comprendre que pour être compétent dans une situation donnée l'individu doit avoir mobilisé ce type de ressources par le biais de son expérience.*

Anne Muller mentionne que les facteurs influençant le développement et la mise en œuvre de la compétence sont soit liés au sujet (expérience, formation suivie, ...) soit liés à l'environnement (Muller, 2016). Elle poursuit sur ce sujet : *« Agir avec compétences dans une situation professionnelle, dans des contextes différents est possible si des conditions favorables sont présentes concernant trois pôles, le savoir agir le vouloir agir et le pouvoir agir » (Muller, 2016, p.39). Le Boterf (2003,2004) développe ces trois notions qui vont permettre de faire un lien avec les dires d'Anne Muller : « Le savoir agir sera développé par la formation avec l'acquisition de savoir et de savoir-faire, l'entraînement, les boucles d'apprentissage, les représentations opératoires, les parcours professionnalisant (favorisant l'acquisition des savoirs et des savoir-faire). Le vouloir agir sera favorisé par une image de soi positive, un contexte confiant, incitatif, reconnaissant, autorisant la prise de risque et l'engagement. Le pouvoir agir est rendu possible par un contexte facilitateur, une organisation du travail ouvrant sur un champ de compétences. Un management autorisant des marges de liberté et d'initiative, des réseaux augmentant l'équipement en ressources, des conditions sociales. Ainsi, la prise de responsabilité de risque de l'infirmière est possible et légitime » (Muller, 2016, p.39). Il poursuit : « L'élaboration de la compétence dépend ainsi nécessairement de l'acteur et de l'organisation et de l'articulation entre les niveaux. L'environnement de travail, par un contexte facilitateur et les opportunités (de situations et de ressources) qu'il permet, favorise donc les occasions d'action et le développement de compétences. L'infirmière peut alors faire preuve d'autonomie, d'initiative et d'improvisation » (Muller, 2016, p.40). On peut ainsi remarquer que selon les théories de cet auteur, le développement et la mise en œuvre de la compétence*

seront dépendant de divers facteurs liés à l'individu, à l'environnement et de l'articulation entre eux.

- *Les facteurs humains dans le développement et la mise en œuvre de la compétence*

Concernant les différents facteurs humains qui rentrent en compte dans l'impact sur la compétence Le Boterf commence par montrer la singularité de chacun lors de l'abord de ces situations parfois similaires. Il cite : « *La représentation mentale d'une situation, de même que les émotions notamment celle face au stress ou à la mort, impactent la compétence en situation. Nul ne perçoit une situation de manière identique* » (Le Boterf, 2010, p.35), (Muller, 2016, p.37).

Le sujet devra donc posséder des « *prérequis* » pour tâcher de parvenir à articuler les ressources qu'ils possèdent. Cela fera partir des facteurs humains nécessaires afin de se rapprocher de la compétence en situation. Le Boterf (2010) ajoute : « *Être compétent, c'est également agir avec autonomie, c'est-à-dire être capable d'autoréguler ses actions, de savoir non seulement compter sur ses propres ressources mais rechercher des ressources complémentaires, d'être en mesure de les transférer, c'est-à-dire de réinvestir ses compétences dans un autre contexte* » (Muller, 2016, p.42). Le Boterf ajoute : « *les conditions de mise en œuvre de la compétence dépendent des caractéristiques personnelles de l'individu (expérience, connaissance, aptitude) et des conditions de la situation de travail* » (Le Boterf, 2003, p.194), (Muller, 2016, p.42).

- *L'environnement et le collectif dans la compétence*

Ensuite, Le Boterf aborde les facteurs environnants précédemment introduit par Muller concernant l'acquisition des compétences en mentionnant que l'interaction avec autrui semble être indispensable, « *La réponse compétente devra être chaque jour davantage une réponse de réseau et pas seulement une réponse individuelle, même si l'interface avec un client, un usager ou un patient est assurée par une seule personne. Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui* ». (Le Boterf, 2002). L'auteure ajoute, « *une situation professionnelle réelle va au-delà du poste de travail. Elle est constituée d'un ensemble de missions, fonctions, activités techniques, relationnelles, organisationnelles que l'infirmière assure en relation avec les autres personnes, les autres postes* » (Muller, 2016, p.39). Ainsi l'environnement semble être un facteur primordial à prendre en compte dans le développement et l'emploi de la compétence en situation donnée.

Pour finir, si on transpose à la profession les notions que Le Boterf aborde, on peut dire que les ressources développées par le soignant associées à divers facteurs feront que l'infirmier sera compétent ou non dans une situation donnée. Une nouvelle fois on remarque que nos pratiques sont dictées par diverses notions qui intriquées et utilisées ensemble seront nécessaires au bon déroulé des choses. Le Boterf ajoute : « *une infirmière fait preuve d'intelligence de situations quand elle prend des initiatives pertinentes, en temps opportun, dans des situations complexes, incertaines et inédites. Improviser correspond alors à une prise d'initiative en situation inattendue, au déploiement d'une compétence de haut niveau. L'on voit alors se dessiner un lien étroit entre la(les) compétence(s), le parcours biographique et professionnel, les émotions, les perceptions et les stratégies individuelles de l'infirmière et l'environnement dans lequel elle se situe* » (Muller, 2016, p.42).

De plus, il est vrai qu'il semble primordial de considérer que le facteur qu'est « *la compétence en groupe* » est primordial lorsqu'on évoque les prises en charges d'urgence puisqu'en tant que soignant nous évoluons en équipe. Françoise Dupuich aborde la compétence en groupe et plus particulièrement la collaboration des acteurs en expliquant : « *Le savoir-coopérer est également à prendre en considération. Ces aptitudes supposent la collaboration de multiples acteurs au travail. C'est en cherchant à mettre en commun les savoirs et les expériences que se constitue une compétence collective. Souvent assimilé à une entraide dans les milieux professionnels, le savoir-coopérer relève davantage d'une coopération entre les individus* » (Dupuich, 2014). Il semble intéressant de chercher à savoir si malgré l'expérience, voir la combinaison des expériences de plusieurs acteurs, le stress va venir interférer dans la prise en charge d'un patient en situation d'urgence.

#### 4.2.4 L'IMPACT DE L'EXPÉRIENCE SUR LA SURVENUE DU STRESS

Une enquête réalisée par Soares, Tuzin et Delacour a permis d'interpréter grâce aux résultats obtenus que « *la formation aux GSU a permis aux ESI de mieux gérer leur stress pour pouvoir agir dans cette situation d'urgence simulée. En optant plus pour les stratégies de coping centré sur le problème, les ESI du groupe cas ont pu estimer qu'ils avaient les ressources suffisantes, grâce aux apports de la formation aux GSU, pour pouvoir agir sur la situation aversive et être moins focalisés sur les stratégies de coping centré sur l'émotion comme indiqué dans le modèle original du stress et du coping. Ceci pourrait, nous l'espérons, l'être aussi en situation réelle, ce qui permettrait aux étudiants d'être dans la capacité d'agir en situation d'urgence et ainsi*

*porter secours aux patients »* (Soares, Tuzin, Delacour p.8). En effet, le fait d'avoir reçu la formation aux gestes en situations d'urgence a apporté aux étudiants certaines ressources, compétences et leur a également permis d'enrichir leur expérience dans ce domaine même s'ils étaient seulement confrontés à des situations simulées. Ainsi au vu des résultats, on constate donc que leur expérience dans les situations d'urgence leur a certainement permis d'utiliser une stratégie d'adaptation en particulier et ainsi d'être moins sujet au stress négatif et donc à une meilleure prise en charge de la victime.

L'enquête nous permet également de rebondir sur la partie abordée précédemment concernant la notion de compétence étroitement liée avec celle de l'expérience. Comme on a pu l'expliquer, les ressources de l'individu, sa compétence en situation est primordiale. Les auteurs de l'étude interprètent : *« Nous remarquons aussi que les ESI du groupe témoin qui avaient eu une formation antérieure aux GSU ou PSC obtenaient des résultats comparables à ceux des ESI non formés auparavant, ce que nous retrouvons aussi pour ceux du groupe cas. Ce qui signifie que les ESI ayant été formés antérieurement en dehors de la formation en soins infirmiers, ont besoin d'une réactualisation des connaissances nécessaire à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge dès le début de leur cursus. La raison pourrait venir d'une absence de pratique, qui altérerait à court terme les performances »* (Soares, Tuzin, Delacour p.8). On remarque que pour être efficace et compétent en situation, l'expérience dans ce domaine va être primordiale. Le fait d'avoir été confronté à une récurrence de ce type de situations rencontrées va faire qu'on saura utiliser et combiner nos ressources, la pratique régulière autrement dit l'expérience sera un facteur indispensable dans la gestion des émotions.

Après s'être intéressé à cette partie sur la survenue de stress qui semble de ce fait être étroitement liée à l'expérience, il semble primordial de poursuivre en abordant plus généralement les émotions que va pouvoir percevoir le soignant au cours ou au décours de situations d'urgence et les effets bénéfiques ou non de celles-ci sur la prise en soin.

### 4.3 LES ÉMOTIONS

Erik De Soir mentionne que toute personne pouvant se retrouver confrontée au secours et à l'aide aux personnes peut bien évidemment être atteinte voire blessée par l'apparition d'émotions en lien avec la situation rencontrée.

Les diverses situations dites « *d'urgences* » que vont vivre les soignants, en particulier les infirmiers dans le cadre de mon travail, vont être assimilées, interprétées, vécues de différentes manières selon l'individu. Pour certain, cela va être un événement vécu comme émotionnellement choquant, et d'après l'auteur celui-ci va pouvoir « *gravement perturber l'équilibre émotionnel, physique et cognitif* » du soignant concerné (De Soir, 2014, p.67).

#### 4.3.1 DÉFINITIONS

Claudon et Weber définissent les émotions dans leur revue comme, « *Peur, joie, dégoût, tristesse, colère, surprise sont considérés comme les six émotions fondamentales, dites aussi primaires ou encore darwiniennes selon les auteurs et par opposition aux variations subtiles qui instaurent des émotions liées aux contextes sociaux et relationnels complexes (honte, envie, amour, empathie). On constate d'emblée au travers de ces termes que les registres psychologique et somatique sont directement liés ; les émotions primaires sont aussi directement liées à un antécédent temporel précis (Cosnier, 1994), il y a donc un point de départ environnemental à l'expression émotionnelle* » (Claudon, P., Weber, M., 2009, p.3). Ils ajoutent : « *Dans le dictionnaire Le Robert (1993), « émotion » est un mot issu de « motion » qui concerne le mouvement, terme apparaissant au XIII<sup>e</sup> siècle en français comme en langues saxonnes et portant l'idée d'un mouvement qui s'accomplit ; la racine latine *emovere* signifiant « mettre en mouvement ». L'émotion va exister au début du XVI<sup>e</sup> siècle par le mot « *esmotion* » qui induira la signification utilisée actuellement : l'émotion est un état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de signes physiologiques. Tous les signes corporels de l'émotion dépendent de l'activité du système sympathique ou parasympathique sous l'excitation des zones thalamiques, elle possède donc de profonds points de liaisons physiologiques. La sensation ou l'état affectif agréable ou désagréable est retenu par le sujet comme étant le marqueur de son état émotionnel mais aussi somatique.* » (Claudon, P., Weber, M., 2009, p.4). Ils continuent : « *Selon l'Encyclopædia Universalis, on retient que les travaux des années 1940 à 1960 sont plutôt de type behavioriste où l'émotion est assez systématiquement conçue comme réaction à une situation : atypique et/ou inquiétante,*

*surprenante, engageante (émouvante) pour l'individu, qu'il soit enfant ou adulte, humain ou mammifère animal. L'idée d'une émotivité propre à chaque personne malgré la réalité d'émotions primaires ontogénétiques, puis celle de l'émotion conçue comme conduite d'ensemble physio-psychologique, puis l'idée que l'émotion ne peut être interprétée qu'en contexte singulier (notamment social et relationnel) apparaissent toutes trois fondatrices de la conception actuelle des émotions » (Claudon, P., Weber, M., 2009, p.4).*

Quant à Beck, il aborde cette notion différemment en se basant sur les théories cognitives émotionnelles d'Arnold (1960) « *L'émotion est le processus qui démarre avec la perception et l'évaluation de quelque chose. Nous décidons si c'est bon ou mauvais pour nous. » Selon que le sujet évalue un stimulus comme bénéfique ou préjudiciable pour son domaine personnel, il fera l'expérience d'une réaction « positive » ou « négative ». « Ceci est bon pour moi » conduit à des émotions telles que la gaieté, le plaisir, la joie. Ce qui est évalué comme mauvais déclenche la tristesse, l'anxiété ou la colère » (Beck, 2017, p.35). En sachant à présent comment une émotion se définit, ayant eu le point de vue de différents auteurs, il semble pertinent de poursuivre en se questionnant sur la façon dont elle survient chez l'individu.*

#### 4.3.2 MODES DE SURVENUE

Certains scientifiques comportementalistes interprètent que dans un premier temps, lorsqu'un sujet est confronté à une situation, les stimuli externes déclenchent directement la réponse émotionnelle. Tandis que l'évaluation cognitive serait amenée que dans un second temps par le sujet concerné. « *Cependant, une personne entraînée à repérer ses pensées observera de façon répétitive que son interprétation d'une situation précède la réponse émotionnelle » (Beck, 2017, p.34). En effet, la mention du verbe « entraîner » peut faire un parallèle avec l'importance de l'expérience puisque c'est en partie celle-ci qui va faire que le sujet parviendra ou non à interpréter la situation donnée avant que ses émotions surgissent.*

Cependant on retrouve plus tard dans le texte que l'auteur cite la théorie behavioraliste comme un outil qui peut être capable de « *prévoir des réponses extravagantes, dans la mesure où elle affirme que les réponses émotionnelles sont basées sur des conditionnements passés accidentels, et qu'elles sont provoquées par la survenue d'événements qui ont été associés par hasard avec une situation activatrice d'émotions dans le passé » (Beck, 2017, p.35). On peut alors comprendre que dans cette théorie, certaines émotions perçues comme inadaptées ou*

exagérées sont très certainement dues au fait que l'individu fasse un retour sur un événement vécu dans le passé. À cet instant on peut se questionner sur le fait que l'expérience sera peut-être également délétère chez le soignant étant donné que la réponse émotionnelle sera en lien avec une situation vécue.

#### 4.3.3 LE STRESS

Le stress n'est pas un concept faisant partie intégrante des émotions cependant je fais le choix de l'intégrer dans cette partie car il est important pour moi de l'aborder dans mon travail étant donné qu'il est très régulièrement rencontré dans l'urgence médicale. De plus, je tiens à comparer ce concept avec celui des émotions car ceux-ci sont souvent apparentés.

- *Définitions*

Hans Selye, introduit le concept de « *stress* » lors de ses études en 1925. Il définit le stress comme « *l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné* » (Ruelle, 2017). « *Hans Selye montre finalement que le phénomène de stress est un dispositif de vigilance salvatrice et que la surveillance est dommageable lorsque la quantité de demandes dépasse la capacité de réponse du sujet. L'apport d'Hans Selye est majeur : il parle de stress négatif (défavorable) et de stress positif (favorable) et laisse entrevoir que par le développement des compétences individuelles et collectives, il est possible de transformer un stress négatif en stress positif* » (Ruelle, 2017). Ainsi de par la mention du concept de compétence on peut faire un lien entre ces notions et donc indirectement avec l'expérience.

- *Modes de survenue*

Pour commencer, Selye considérait le stress comme « *un phénomène non spécifique* » cependant chaque individu interprète différemment une situation et donc n'éprouve pas forcément de stress tandis que ses pairs le pourraient. Hans Selye explique : « *Une situation n'est stressante que si vous l'interprétez comme étant stressante. Vous devez sentir que vous perdez le contrôle, que la situation est imprévisible ou nouvelle ou encore que quelque chose menace votre égo. Souvenez-vous que ce qui est nouveau pour vous ne l'est pas nécessairement pas pour une autre personne. C'est pour cette raison que le stress est une expérience profondément individuelle et personnelle* » (CESH). Cependant différentes études citées sur le CESH et menées par Selye ont démontré que quatre caractéristiques induisaient une réponse de

stress chez la majorité des individus. Celles-ci sont « *contrôle, imprévisibilité, nouveauté, égo menacé* ».

Ensuite il est mentionné une enquête réalisée des suites de la théorie abordée par l'auteur précédemment évoqué. « *Des chercheurs ont mené une expérience captivante dans laquelle ils ont mesuré les niveaux d'hormones de stress chez des parachutistes expérimentés. L'idée était que sauter d'un avion devait être stressant pour tout le monde. Ils ont ensuite mesuré les hormones de stress chez des parachutistes qui sautaient pour la première fois et chez leurs instructeurs. Ils ont trouvé une grande différence. Le jour avant le saut, les étudiants avaient des niveaux d'hormones normaux, mais les instructeurs avaient des niveaux élevés. Le jour du saut, les niveaux d'hormones des étudiants étaient élevés alors que ceux des instructeurs étaient normaux. Ils ont alors conclu que, 24 heures avant le saut, les instructeurs anticipaient et qu'ils sécrétaient ainsi plus d'hormones parce qu'ils savaient à quoi s'attendre. Les étudiants ne pouvaient pas savoir. Mais le jour du saut, la nouveauté et l'imprévisibilité de la situation ont stimulé la sécrétion d'hormones de stress chez les étudiants, tandis que la même situation, parce qu'elle n'est plus nouvelle ni imprévisible pour les instructeurs, ne leur a pas généré de réponse de stress* » (CESH). Cette enquête peut servir de comparatif vis-à-vis des soignants et en particulier des IDE quant à la survenue de stress en fonction de leur niveau d'expérience.

Si nous faisons un lien avec la notion « *d'émotions* » abordée dans la partie précédente, on remarque qu'une émotion ne répond pas nécessairement aux quatre critères cités ci-dessus. En revanche, tout comme les émotions, nous pouvons grâce à divers facteurs comme l'expérience par exemple, apprendre à utiliser le stress afin d'optimiser la prise en charge et non la « *parasiter* ».

- *L'impact du stress sur la mémoire et la compétence*

Quant à l'impact des hormones sécrétées lors d'un état de stress sur la mémoire de l'individu, on retrouve sur le site internet du CESH les résultats d'études menées au sein du centre. Ceux-ci démontrent que : « *Pour que la mémoire fonctionne bien, il faut maintenir en équilibre nos hormones du stress. Ne pas avoir assez d'hormones est aussi néfaste pour la mémoire que d'en avoir trop. Pour que la mémoire fonctionne normalement, nous avons besoin d'un niveau optimal d'hormones du stress qui circulent dans notre organisme et notre cerveau.* » (CESH). Selon le CESH, il est prouvé que : « *les événements chargés en émotions sont plus faciles à*

*retenir que les événements neutres ». De plus il est dit que « La charge émotionnelle (ou la valence) d'un événement nous aide à soutenir notre attention. Les événements du genre de ceux du 11 septembre ordonnent toute notre attention parce que le cerveau les interprète comme dangereux. Plus nous portons attention, plus la mémoire sera marquante parce que le cerveau déploie toutes ses énergies à enregistrer l'événement. Les chercheurs appellent ce phénomène « Flash bulb Memory », où tous les détails sont gravés dans la mémoire ». (CESH). On peut donc dire que les différentes expériences émotives, qu'elles soient positives ou négatives nous permettront de créer une mémoire des faits vécus grâce aux différentes hormones du stress sécrétées.*

Si l'on essaye de faire un lien avec les troubles de stress post traumatiques abordés dans l'ouvrage de Erik De Soir, on retrouve l'explication suivante : *« En contrepartie, l'effet facilitant des hormones du stress sur la mémoire peut être désastreux et causer des mémoires indélébiles. C'est ce qui se produit, par exemple, dans le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Les individus traumatisés sont tourmentés par leurs souvenirs de l'événement traumatisant qu'ils ne cessent de revivre. Des chercheurs tentent actuellement de trouver un médicament qui préviendrait l'effet facilitant des hormones du stress sur les mémoires émotionnelles et ainsi diminuerait les chances de développer un TSPT » (CESH).*

À l'inverse, on peut aussi apparenter la mémoire constituée à partir d'émotions positives, d'un stress positif à la capacité à retrouver des ressources, des connaissances ou compétences en lien avec l'expérience de situations positives rencontrées. *« Il n'y a pas que de mauvais côtés aux effets facilitant des hormones du stress sur la mémoire. Les hormones du stress sont aussi sécrétées lors d'événements émotionnels positifs » (CESH). En fonction de la façon dont le soignant va pouvoir percevoir une émotion, un stress, il va pouvoir consciemment ou inconsciemment mettre en place des mécanismes pour lutter contre la survenue de ceux-ci.*

#### 4.3.4 LES STRATÉGIES DE COPING

Lazarus et Folkman donnent une définition des stratégies de coping : *« l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources » (Soares, Tuzin, Delacour, p.2). Les auteurs poursuivent : « Il faut savoir qu'il n'y a pas de stratégie à proprement dite « efficace », c'est plutôt un processus mis*

*en place pour se protéger. Ce processus implique donc « des actions réciproques entre sujet et environnement : l'utilisation des stratégies de coping centré sur le problème prédomine lorsqu'une personne a l'impression qu'elle peut agir sur la situation stressante, tandis que l'utilisation des stratégies de coping centré sur l'émotion prédomine lorsqu'une personne a l'impression que la situation stressante ne peut être modifiée et qu'elle doit donc être subie ou tolérée. Dans ce cas-là, l'individu essaie de relativiser au mieux la situation afin de la rendre moins stressante et donc supportable »* (Soares, Tuzin, Delacour, p.3). Les auteurs souhaitent réaliser une étude sur des étudiants ayant reçus une formation aux gestes en situation d'urgence et d'identifier les stratégies de coping mises en place. Selon eux, le fait d'avoir réalisé cette formation permettra aux étudiants une stratégie de coping centrée sur le problème plutôt que sur l'émotion. Ainsi, on peut dire qu'assister à cette formation pourrait être considéré comme une prise d'expérience. On peut alors faire un lien entre l'impact de l'expérience et celui des émotions sur une situation donnée. De plus, Piquemal-Vieu ajoute que, « *Par ailleurs, le choix de telle ou telle stratégie dépend de la perception du stress et du contrôle, influencé par des variables contextuelles, socio- biographiques et de personnalité. Si certaines variables sont stables et non modifiables car inhérentes à la personnalité du sujet, d'autres en revanche peuvent être modifiées* » (Piquemal-Vieu, 2001, p.94). Cette partie sur les émotions a également permis de lier les notions « d'expérience » et de « situations d'urgence ». Le choix de traiter dans cette partie le concept de « stress » permet de mettre en relation directe ces deux phénomènes qui semblent étroitement liés au vu des différentes recherches réalisées par ces auteurs.

#### 4.4 SYNTHÈSE DU CADRE DE RÉFÉRENCE

J'ai pu élaborer un cadre de référence basé sur les trois notions qui apparaissent dans ma question d'appel : les situations d'urgence, les émotions et l'expérience. J'ai donné une définition puis le cadre législatif qui régit les urgences dans le milieu médical et de manière plus générale. J'ai également voulu faire apparaître différents sujets en lien avec les situations d'urgence. Vergnaud avec les différentes classes de situations, Le Boterf autour de l'infirmière qui rencontre « une situation problème », Erik De Soir avec les différentes phases d'une situation d'urgence et certains points en lien. J'ai voulu créer un sous thème sur l'impact que peuvent avoir certaines situations d'urgence. Dans cette partie, le but est de recenser les témoignages principaux présents dans l'ouvrage de De soir. De plus, il me semblait également important de faire un point sur la formation initiale des IDE ainsi que la formation continue qui permet de mobiliser les savoirs. Concernant le concept de « *l'expérience* », après avoir donné plusieurs définitions selon différents auteurs, j'ai voulu axer mes recherches sur le thème qu'est « *les apprentissages informels* ». Il était évident pour moi d'aborder « *la compétence* » dans cette partie-là. En effet s'intéresser aux différents facteurs humains et environnementaux qui entrent en compte dans la mobilisation de cette compétence en situation. J'ai fait le choix de clôturer ce sous thème par une enquête sur l'impact de l'expérience dans la survenue du stress. Cette partie m'a permis de faire une transition avec celle sur « *les émotions* ». J'ai débuté par différentes définitions avant de m'intéresser au mode de survenue de celles-ci. J'ai par la suite abordé les mécanismes de défenses. Il était pour moi primordial d'évoquer le stress dans ce travail. Ainsi, j'ai fait le choix de l'intégrer dans cette partie-là. Ce sous thème étant composé de définitions selon Hans Selye, des différents modes de survenue et de l'impact du stress sur la mémoire et la compétence. A travers ces différentes recherches, j'ai pu m'intéresser à des notions qui n'étaient pas initialement prévues dans ce travail et qui de ce fait, me permettront d'enrichir mon analyse. J'ai pu étoffer le contenu et mes connaissances sur les différents concepts de mon sujet afin de les comparer avec les témoignages des IDE interrogés au cours de mes entretiens.

## **5 ENQUÊTE EXPLORATOIRE**

### **5.1 OUTIL UTILISÉ**

Afin d'obtenir les informations nécessaires lors de l'enquête auprès des professionnels de santé interrogés j'ai utilisé l'entretien semi-directif d'une durée d'environ 20 minutes par soignant.

D'après le guide rédigé par l'équipe pédagogique de l'IFSI de l'hôpital Stell à Rueil-Malmaison : « *L'entretien de recherche est une méthode de collecte d'informations dans l'objectif d'analyser le contenu de ces informations. C'est une situation d'échange sous forme de conversation dans un cadre prédéfini* » (2004, p.59).

L'entretien semi-directif se compose de « *divers thèmes qui sont introduits dans le guide d'entretien, sous forme de questions ouvertes par exemple* » (2004, p.60). Cet entretien « *explore le thème retenu pendant la phase de pré-enquête* », (2004, p.61), c'est-à-dire des thèmes basés sur mon cadre de référence, ma question de recherche. Ces notions m'ont permis d'obtenir l'opinion de l'interlocuteur lorsqu'il ne s'est pas exprimé spontanément sur le sujet de l'entretien.

### **5.2 POPULATION CHOISIE**

Pour mon enquête exploratoire j'ai mené des entretiens auprès de six IDE. Le sexe ou l'âge des soignants n'ont aucune importance, en revanche le nombre d'années depuis le diplôme a pu être mêlé à l'analyse des données. En effet, j'ai souhaité interroger des professionnels de santé ayant à minima deux années d'ancienneté dans leur service. Cela m'a permis d'être face à des IDE ayant vécu des situations d'urgence au sein de leur service et d'avoir pu réellement rechercher et mettre en évidence des éléments concrets en rapport avec ma question d'appel.

### **5.3 LIEU D'INVESTIGATION**

Je me suis rapproché d'un EHPAD, d'un service de soins de suite et de réadaptation et d'un cabinet d'infirmiers libéraux. Réaliser mon enquête auprès de professionnels de santé travaillant dans des services comme ceux-ci m'a permis de réaliser l'impact qu'a le lien qu'ils ont avec des patients qu'ils fréquentent depuis des mois voire des années en cas de situations d'urgences.

Mon enquête exploratoire s'est également basée sur des services dépendants d'un plateau technique : les urgences, le service mobile urgence et de réanimation (SMUR) et la réanimation.

Certains IDE faisant également partie du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) d'un Service Départemental d'Incendie et de Secours. Cela m'a permis de savoir si leur expérience dans ce service qui offre généralement une récurrence des situations d'urgences rencontrées leur permet d'être plus à même de les gérer émotionnellement parlant, sans impacter la prise en soin. Cela est d'autant plus intéressant du fait que ces soignants parfois n'ont que très peu de lien avec les patients en raison de l'unité de soin qui se veut être de court-séjour. Cependant, malgré le fait de ne pas avoir d'importants liens de proximité avec le patient, les professionnels de santé de ce type de service sont amenés à rencontrer des situations où ils vont être soumis à la dure réalité des soins. C'est pourquoi ils vont tout de même devoir faire face à la survenue d'émotions et c'est pour cette raison que j'ai trouvé beaucoup d'intérêt à interroger ce type de soignants.

## **5.4 GUIDE DE L'OUTIL**

Le guide de l'outil se trouve en annexe I.

## **5.5 GRILLES D'ANALYSE**

Les grilles d'analyse se trouvent en annexe V.

## **5.6 SYNTHÈSE DES ENTRETIENS**

### **5.6.1 ENTRETIEN IDE AU CENTRE DE CONSULTATION NON PROGRAMMÉE (URGENCES)**

L'IDE interrogée s'appelle Julie, est âgée de 36 ans, diplômée depuis quinze ans. Elle travaille dans le service depuis cinq ans. Avant d'arriver dans ce service, elle a travaillé principalement en chirurgie traumatologie. Depuis peu, elle a la spécialisation diplôme universitaire (DU) douleur et est en train de passer le DU hypnose. Dans le service où elle exerce, les soignants rencontrent tout type de public et notamment de la pédiatrie. Cependant selon elle, au sein de ce service, elle ne rencontre pas forcément beaucoup de situations d'urgences « *on en a pas tous les jours* » (IDE 1, 1.65).

Julie répond à la question sur une situation d'urgence de manière assez large, en différenciant les degrés et les natures. Elle ajoute un élément à sa réponse en citant un exemple d'urgence que l'on peut rencontrer : l'urgence en psychiatrie.

Concernant les émotions, elle précise que dans le métier d'IDE, celles-ci sont toujours présentes et nécessitent d'être gérées pour mieux se protéger. Par la suite elle aborde d'elle-même les émotions positives et négatives puis mentionne également la notion de stress.

Quant à la question sur l'influence des émotions sur la prise en soin, elle affirme que les émotions ont déjà eu une influence sur la prise en charge d'un patient. Dans sa façon d'expliquer sa réponse, il semble qu'elle parle d'une influence positive des émotions sur la prise en soin et évoque simultanément la notion de stress : « *oui car toute façon quand on est dans une situation d'urgence donc on va avoir plus d'adrénaline plus de stress donc on va prioriser dans notre tête ce qui faut faire rapidement, après je crois que peu importe, si on est bien ou pas, l'état d'esprit dans lequel on est, en situation d'urgence on oublie un peu tous nos tracas* » (IDE 1, l. 38).

En ce qui concerne la modification des pratiques en lien avec l'expérience et l'évolution de compétence, elle différencie nettement sa pratique d'aujourd'hui avec celle de son début de carrière. Elle explique : « *par rapport à mes connaissances oui parce qu'en fait c'est vrai que tout au long de notre carrière on continue à apprendre des choses et on se forme* » (IDE 1, l. 59). Elle mentionne à de nombreuses reprises la notion de « *recul* » en lien avec cette expérience. Elle ajoute être plus à l'aise avec le temps. Elle précise cependant que selon elle, des services spécifiques comme le SMUR, la réanimation sont plus appropriés pour se familiariser avec les situations d'urgences. Elle accorde aussi de l'importance à la compétence en groupe en mentionnant le fait d'être entouré : « *c'est complémentaire d'avoir aussi toujours quelqu'un pour faire les soins* » (IDE 1, l. 78).

Par la suite, lorsque je lui demande de me raconter une situation où le stress a eu un impact sur la prise en soin, celle-ci différencie l'impact négatif de l'impact positif. Lors de l'échange, elle mentionne différents éléments qui ont apporté un stress et donc potentiellement impacter la prise en soin : l'imprévu avec une désaturation soudaine de la patiente, l'environnement avec la présence de la famille, le fait d'être en salle d'attente, de devoir s'occuper par la suite des autres patients sans réellement pouvoir rester en permanence avec une patiente instable sur le plan clinique. Elle précise et revient de nouveau sur la collaboration, le travail d'équipe évoqué précédemment : « *c'est toujours aussi stressant ces situations d'urgences mais je sais qu'en situation comme ça on peut, en travail d'équipe, on peut s'entraider* » (IDE 1, l. 87). Elle ajoute plus tard : « *on est tous complémentaire* » (IDE 1, l. 141). Il est intéressant de voir que sur deux questions différentes du guide d'entretien, l'IDE interrogée revient à expliquer que grâce à ses collègues et le fait d'avoir pris en charge à plusieurs la patiente lui a permis de mieux

appréhender la situation. Elle finit par verbaliser avoir eu un stress « *positif* » uniquement lors de cette prise en charge et ne pas avoir eu sa pratique altérée.

#### 5.6.2 ENTRETIEN IDE EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

La soignante interrogée se nomme Gaëlle et est IDE depuis trente-trois ans. Elle a d'abord travaillé en cardiologie en CHU, en réanimation cardiaque pendant quelques années, en médecine puis après en SSR. Elle est dans ce service depuis maintenant 11 ans. Elle a passé l'AFGSU lorsqu'il a été obligatoire pour les IDE, depuis elle est recyclée normalement, elle est actuellement à jour. Concernant la question « *qu'est-ce que pour vous une situation d'urgence ?* », elle répond très succinctement en disant que c'est lorsque « *le patient ne vas pas bien, que ses constantes sont détériorées* » (IDE 2, l. 14).

Quant aux émotions, elle explique la notion comme quelque chose qui peut survenir et altérer notre façon de réagir, de nous comporter. Elle répond à la question sur l'influence qu'ont pu avoir les émotions sur une prise en charge de manière négative sans développer, elle se justifie en expliquant : « *je vois pas de situation où j'ai eu des émotions, c'est vrai que j'ai toujours beaucoup travaillé auprès des personnes âgées, peut-être qu'on a moins d'émotions* » (IDE 2, l.21). Elle évoque seulement une situation avec un enfant qui semble l'avoir affectée. Elle aborde la distance qu'elle conserve avec les patients et mentionne ne pas avoir d'affects avec eux. Elle dit tout de même que peut être que si elle connaissait la personne cela serait différent. Elle ajoute même que le fait d'avoir été confronté longtemps à un public âgé est peut-être la raison pour laquelle elle ressent moins d'émotions. Elle précise que selon elle, ce serait « *qu'avec les années on arrive à prendre du recul* » (IDE 2, l.66). Elle me raconte tout de même une situation qui ne relève pas de l'urgence où lorsqu'elle été plus jeune IDE, où elle a eu à prendre en charge un patient en fin de vie. Il semblerait que ce soit l'environnement qui a fait survenir des émotions chez elle, la présence et les dires de la jeune fille du patient, elle mentionne le terme « *projection* », elle dit avoir répercuté la situation envers ses enfants. Elle me répète qu'elle ne rencontre pas de situations d'urgence dans son service.

Suite à la question en lien avec l'expérience et l'évolution des compétences, celle-ci considère en verbalisant que c'est grâce à son expérience qu'elle parvient à prendre du recul lors des situations d'urgences. Suite à ça elle donne un exemple toujours en lien avec cette notion de « *recul* » : « *par exemple quelqu'un de très âgé qui fait un malaise, je prends le temps de prendre ses constantes et je ne saute pas sur le téléphone tout de suite en criant allo le médecin* »

(IDE 2, 1.38). On remarque qu'une nouvelle fois, elle explique le fait de parvenir à gérer une situation d'urgence avec calme, c'est grâce au « *recul* » qu'elle a pu appréhender avec les années mais également en précisant le fait que le patient soit « *très âgé* ». Je me questionne sur la façon dont le patient en lui-même peut également impacter ce que perçoit le soignant et donc la situation.

Par la suite, lorsque j'aborde la notion de stress en lui demandant de me raconter une situation ayant engendré un stress chez elle, celle-ci me répond que la seule qui lui vient en tête c'est une chute avec saignement mais je m'aperçois que c'est en réalité l'environnement qui l'a stressé en précisant : « *ce qui m'a un peu stressée c'est que le médecin n'était pas réactif* » (IDE 2, 1.51). Elle poursuit en expliquant qu'elle est moins bien parvenue à effectuer les gestes techniques en lien avec la détresse du patient : « *un peu négatif par rapport au fait que voilà moi j'étais un peu plus stressée voilà je suis moins bien arrivée à le piquer. Ça m'a un peu perturbée oui* » (IDE 2, 1. 56). Elle revient sur des situations antérieures et le travail d'équipe lorsqu'elle travaillait en cardiologie sur un CHU, « *on était dans une dynamique différente voilà, on était épaulés, y'avait l'interne et tout le monde était là au bout du couloir. Le fait qu'il y est plus de monde, et des gens compétents y'a du stress mais du bon stress* » (IDE 2, 1.61).

### 5.6.3 ENTRETEN D'UN INFIRMIER SAPEUR-POMPIER ET IDE EN RÉANIMATION

L'IDE interrogé s'appelle Michel, est diplômé depuis seize ans, travaillant en réanimation la quasi-totalité de sa carrière et infirmier au SSSM chez les sapeurs-pompiers depuis 13 ans. Il a réalisé son AFGSU mais n'est plus à jour, son dernier recyclage date de 2014.

Concernant la première question sur la définition d'une situation d'urgence, celui-ci après avoir introduit des notions de gravité, différencie les natures, les domaines qui rentrent dans le contexte de l'urgence médicale selon lui. Il précise : « *s'il n'y a pas d'action immédiate, qui va mettre en péril la vie du patient* » (IDE 3, 1.31).

Il compare la notion d'émotion avec un affect, un ressenti, en mentionnant que pour lui celle-ci est différente selon les individus, les contextes et le vécu. Selon lui ses émotions n'influencent pas sa prise en soin car il dit les mettre « *en stand-by* » lors de ce type de situation, il dit « *avoir la tête dans le guidon* ». Il poursuit : « *tu sais ce que tu dois faire, je ne dis pas que ça te touche pas mais t'es concentré* » (IDE 3, 1.39). Il admet cependant être d'avantage confronté à celles-

ci après les prises en soins, « *quand on fait le débriefing ou oui quand on se pose un petit peu, qu'on prend du recul sur la situation* » (IDE 3, 1.43). Il aborde la notion de projection.

Pour répondre à la question sur la modification des pratiques en fonction de l'expérience et de l'évolution des compétences, celui-ci affirme que pour lui l'expérience fait qu'on se sent plus à l'aise, il poursuit, « *l'expérience te permet d'avoir des bagages, d'être plus posé face à des situations, d'avoir du recul face à des situations que t'as déjà vécues donc voilà ça aide* » (IDE 3, 1.52). De plus il explique que pour lui, son cursus c'est à dire le fait de travailler dans un domaine aigu veut qu'il soit plus à l'aise avec ce type de prise en charge. Il admet cependant que sur des prises en charges comme de la pédiatrie, le fait que ce soit des spécialités auxquelles il n'est pas formé de manière adéquate du fait de la particularité fait qu'il ne sera pas aussi à l'aise lorsqu'il s'y trouve confronté. Un exemple lui a permis de clôturer sa réponse : « *l'arrêt cardio-respiratoire que je prends en charge actuellement je pense que je ne le prenais pas pareil il y a cinq ans et pas pareil il y a dix ans parce que j'avais moins d'expérience* » (IDE 3, 1.63).

En réponse à ma question sur le stress en situation d'urgence, celui-ci me raconte une situation où il a pu percevoir du stress, « *déjà quelque part t'es stressé parce que t'as la situation complexe en face de toi* » (IDE 3, 1.69). Il poursuit en expliquant que « *le premier stress* » a été lorsqu'ils ont eu du mal à trouver les lieux de l'intervention. Il poursuit en développant que pour lui le stress n'est pas que néfaste pour le soignant et la situation, « *je pense que le stress a aussi un côté positif car il t'aide enfin pour mon cas à me concentrer et à rester vigilant sur pleins de choses* » (IDE 3, 1.78). De plus, selon lui, le fait d'avoir de l'expérience, des notions, « *des bagages* » diminue le stress car il y aurait un lien avec la confiance en soi. Il ajoute : « *si y se passe aujourd'hui une situation je saurai réagir et ça, ça marche avec l'expérience, avec la formation* » (IDE 3, 1.90).

Pour finir, de lui-même, il revient sur les émotions et l'impact qu'elles ont pu avoir sur une prise en charge qu'il a vécu. Il verbalise qu'en réalité, ça lui est déjà arrivé. Il explique que là où pour lui ça peut avoir le plus lieu c'est lorsqu'on fait une projection. Il détaille, « *moi je sais que j'ai perdu mon père et y'a des situations où y'a de la similitude et tout ça et bah y'a un moment donné je décroche parce que je pense à lui. Je me dis ah tiens cette situation elle me fait penser à lui et forcément t'as l'émotion personnelle qui agit* » (IDE 3, 1.98). Il aborde ensuite une situation où c'est d'avantage l'environnement qui fait émerger des émotions chez

lui, où c'est lorsque les enfants du patient interviennent que l'infirmier a été davantage touché. Il poursuit en racontant que lorsqu'il a la « *casquette* » d'infirmier en réanimation, qu'il connaît parfois les individus depuis quinze jours et que lorsqu'il se passe quelque chose c'est forcément plus difficile qu'en préhospitalier où « *t'arrives, il est en arrêt, tu essaies de le réanimer ça ne marche pas, le médecin SMUR déclare le décès voilà, t'es venu, t'as été un maillon de la chaîne médicale* » (IDE 3, 1.108). Tandis qu'en service où ça reste du court séjour mais « *t'as eu le temps de discuter avec les gens, pas s'attacher mais lier une relation avec eux ce n'est pas pareil* » (IDE 3, 1.114). Il termine l'entretien en m'expliquant que selon lui, certains « *paramètres* » liés au patient changent la survenue d'émotions dans la prise en charge d'une situation d'urgence, « *une émotion va être différente entre le pré hospitalier et l'hôpital parce que voilà il n'y a pas ce critère d'attachement, la connaissance* » (IDE 3, 1.129).

#### 5.6.4 ENTRETIEN D'UNE INFIRMIÈRE SAPEUR-POMPIER ET IDE AUX URGENCES/SMUR

L'infirmière suivante se nomme Marie, a 42 ans et est diplômée depuis vingt ans. Elle travaille dans un service d'urgences depuis seize ans et fait du SMUR depuis environ douze ans. De plus, elle est infirmière sapeur-pompier depuis sept ans. Quant à l'AFGSU, elle l'a passé lorsqu'elle était en poste mais n'a pas fait le recyclage à cause du Covid et a donc dû le repasser entièrement en fin d'année 2022. Elle a pu également passer l'AFGSU qui concerne la branche des situations exceptionnelles avec le plan « nombreuses victimes (NOVI) notamment car l'hôpital l'a proposé aux soignants qui prennent du SMUR, c'est en effet recommandé par la hiérarchie du service.

Pour commencer, cette IDE a répondu à la question sur la définition d'une situation d'urgence de manière simple et conscrète en introduisant les termes « *réfléchir et agir* » et en y ajoutant l'adverbe « *vite* » (IDE 4, 1.15). Elle a également ajouté des notions de temporalité nécessaire à la prise en charge. Elle termine sa réponse avec deux différentes natures de détresse pouvant affecter le patient.

Quant à la notion d'émotion, elle la décrit avec un peu de difficulté en s'y reprenant à plusieurs fois. Elle apparente cela à un ressenti puis aborde également les termes « *bloquer tes actions si c'est quelque chose de fort* » (IDE 4, 1.20) ou aussi « *parasiter les actions* » (IDE 4, 1.21). Elle différencie également les émotions parfois positives, parfois négatives qui peuvent survenir dans son métier en fonction des situations rencontrées.

Lorsque je lui demande si ses émotions ont déjà influencé sa prise en soin lors d'une situation d'urgence, elle me raconte une prise en charge d'une mort subite du nourrisson quand elle revenait de son congé maternité. Sur cette situation elle dit avoir eu deux types d'émotions, celles en lien avec l'âge et le prénom du patient apparentés à son fils, et les autres en lien avec la situation en elle-même, c'est-à-dire davantage lié au pronostic de survie faible. Elle ajoute que sur le moment elle a agi « *de manière automatique* » en mettant en place un mécanisme de défense selon elle. Elle a abordé plus haut, « *dans les situations d'urgences c'est plus là où il faut qu'on se dise aller je mets tout ça de côté et j'avance, on met un peu une barricade* » (IDE 4, 1.27).

Elle poursuit en disant qu'elle a cette capacité à se mettre dans sa bulle, « *tu fais ce que t'as à faire, sans te laisser parasiter par le reste* » (IDE 4, 1.45). Elle admet tout de même que le « *après* » peut être compliqué. Je relève également qu'elle aborde à plusieurs reprises la notion de « *transfert* ». Elle clôture cette réponse avec une phrase qui résume selon elle l'impact de ses émotions par rapport à son lieu d'exercice : « *étant dans un service de court séjour, nous on n'a pas forcément d'affection qui se met en place, y'a pas d'impact [...] pour nous au niveau émotionnel* » (IDE 4, 1. 49). Elle donne l'exemple d'une IDE qui travaille en EHPAD et qui connaît son patient depuis des années, pour elle forcément il y a « *des relations d'affections* » (IDE 4, 1.53) qui se mettent en place qu'elle, ne va pas retrouver dans son travail.

Par la suite, pour elle, il est indéniable que l'expérience a sa place dans la modification des pratiques, elle mentionne : « *c'est plus avec la pratique et l'expérience je pense que le stress est plus constructif qu'handicapant* » (IDE 4, 1.58). Je remarque que cette notion d'expérience lui évoque spontanément la survenue de stress et d'émotions car d'elle-même elle explique : « *avec l'expérience tu sais un peu comment les choses se passent et t'as moins cette appréhension qui favorise un stress négatif* » (IDE 4, 1.60), « *je pense qu'avec l'expérience on arrive à se forger une carapace et on se prend plus les mêmes choses à chaque situation* » (IDE 4, 1.60). Elle dit quand même que malgré l'expérience, certaines émotions peuvent être difficiles à percevoir notamment en lien avec le vécu. Pour elle cela est lié à la notion de « *transfert* ».

Nous finissons l'entretien avec une situation ayant entraîné chez elle un moment de stress, je remarque que l'imprévu a été à l'origine d'une montée de stress chez l'IDE. Elle ajoute même que selon elle, cela n'a pas « *beaucoup impacté la prise en charge mais que ça peut quand même apporter quelque chose de négatif et ça peut rapidement joindre du négatif à la situation* ».

*et nous parasiter* » (IDE 4, 1.79). Elle me donne aussi des exemples en lien avec le stress positif et ses effets bénéfiques sur la pratique et plus spécifiquement en comparant le caractère urgent ou non d'une situation avec présence d'une réalisation de gestes techniques.

#### 5.6.5 ENTRETEN IDE LIBÉRALE

La soignante interrogée est IDE diplômée depuis huit ans, se nomme Marion, a travaillé dans différents services hospitaliers avant de s'installer en libérale depuis quatre ans. Dans sa formation elle a passé l'AFGSU mais depuis n'a pas eu de recyclage mais y songe.

Elle commence par définir une situation d'urgence comme un patient en détresse, où il faut « *agir rapidement* » (IDE 5, 1.14). Elle complète cela en disant que professionnellement, pour son cas, elle est seule mais n'hésite pas à faire appel aux collègues. Elle ajoute, « *si j'étais dans une situation d'urgence et que je ne gérais pas toutes mes compétences j'avais mes collègues étant donné que j'étais à l'hôpital* » (IDE 5, 1.74). Elle introduit donc dès le début de l'entretien l'importance et la nécessité de la collaboration interprofessionnelle pour une prise en charge dans l'urgence.

Concernant les émotions, pour elle, il s'agit d'une réaction propre à chacun. Elle donne l'exemple de deux types d'émotions qu'elle ressent le plus souvent auprès de ses patients. Elle juge qu'elle ne pense pas que les émotions ont déjà pu influencer sa prise en soin en situation d'urgence mais elle ajoute que ça pourrait être certainement le cas si elle avait une attache particulière avec le patient. Elle explicite : « *avoir affaire à une situation d'urgence face à quelqu'un à qui tu as des attaches ça peut vite être émotionnellement compliqué je pense donc je préfère éviter en déléguant les soins si je connais le patient* » (IDE 5, 1.28). Je remarque qu'une nouvelle fois, elle justifie le fait d'avoir besoin de collaborer en groupe pour assurer la meilleure prise en charge possible du patient en situation d'urgence. Par la suite, elle admet qu'à domicile il y a le facteur de proximité, de lien dans la relation avec le patient qui rentre en compte : « *à domicile c'est vrai que c'est sûrement plus compliqué qu'à l'hôpital car là-bas y'a plus de va et viens quoi alors que nous c'est beaucoup de patients chroniques que tu vois tous les jours* » (IDE 5, 1.83).

Elle dit que grâce aux années, indirectement grâce à l'expérience, elle parvient à prendre du recul et ne pas se faire submerger par ses émotions comme ça pouvait être le cas en début de carrière : « *je pense qu'il y a un gros travail à faire là-dessus surtout en début de carrière car*

*après je pense qu'au fil des années ça se fait tout seul. Je vois la différence avec mes débuts »* (IDE 5, 1.38).

En poursuivant sur la question qui concerne la modification des pratiques en fonction de l'expérience et de l'évolution des compétences, l'IDE répond positivement en justifiant que : *« en fonction des situations auxquelles t'as eu affaire tu prends, tu agrandis tes compétences et donc tu fais plus facilement face aux urgences qu'au début. Moi je vois au début je n'aurais pas géré une situation d'urgence seule au domicile comme aujourd'hui je peux les gérer mais ça y'a que les années qui peuvent te le permettre »* (IDE 5, 1.50). Plus tard elle reparle également des années mais revient sur ses dires en disant que non, ce n'est pas vraiment les années mais plutôt *« quelques mois peuvent suffirent si l'on rencontre les bonnes situations »* (IDE 5, 1.97) mais elle insiste en disant que pour elle ça reste toujours l'expérience qui est à l'origine.

Elle revient une nouvelle fois sur le travail d'équipe en mentionnant que le travail d'équipe est vraiment important pour t'apporter tes compétences et elle souligne l'importance d'avoir une bonne équipe : *« déjà au début je ne comprenais pas mais quand j'ai commencé à travailler déjà tu vois que le travail d'équipe il est vraiment important pour t'apporter des compétences qui après seul te permettront de faire face à des situations difficiles comme les situations d'urgences »* (IDE 5, 1.53). Il est d'autant plus intéressant de retrouver cela dans le discours d'une IDE libérale puisque par rapport aux autres soignants interrogés, c'est celle qui va être le plus à même de travailler seule et pourtant c'est celle qui évoque le plus la compétence de groupe et la collaboration.

Lors de la dernière question sur l'impact qu'a pu avoir le stress sur une situation d'urgence, elle me raconte la prise en charge un peu particulière qui a concerné sa fille. En effet celle dernière a fait un malaise sur hyperthermie. L'IDE m'explique qu'en fait dans cette situation, le stress était directement en lien avec ses émotions et que lorsque des situations similaires arrivent chez ses patients, elle ne se retrouve pas en difficulté. Dans cette situation elle raconte ne pas avoir réellement su quoi faire. Elle fait un lien indirect avec la nécessité de la collaboration en mentionnant : *« la première chose c'est que j'ai appelé quelqu'un pour venir m'aider parce que j'étais toute seule avec elle »* (IDE 5, 1.70).

Elle termine sa réponse en m'expliquant que pour elle certaines personnes, certains caractères sont davantage sujets à stresser rapidement et d'autres parviennent plus à prendre sur eux. Elle

finir tout de même par admettre que si elle prend en charge un patient en arrêt cardio respiratoire, elle va stresser mais pour elle ça sera un bon stress. Elle termine : « *le stress que je peux avoir avec mes patients c'est un stress positif parce que ça fait devenir réactif, tu sais qu'il faut agir vite* » (IDE 5, 1.79).

#### 5.6.6 ENTRETIEN IDE EN EHPAD

L'IDE interrogée s'appelle Laure, est diplômée depuis seize ans et travaille dans ce service depuis quinze ans. En ce qui concerne l'AFGSU, elle est à jour de ses recyclages.

Selon elle, une situation d'urgence se définit selon les degrés, elle introduit les notions de décision, d'analyse, et de collaboration tout en précisant qu'il faut une certaine vitesse d'exécution. Elle met en relation à de nombreuses reprises les situations d'urgence avec le travail d'équipe et la collaboration.

Lorsque que je lui demande ce qu'est pour elle une émotion, elle marque un temps d'arrêt et se questionne de nombreuses secondes en rigolant. Elle finit par me dire que c'est un sentiment « *qui s'impose à nous* » (IDE 6, 1.15). Pour elle, elle juge qu'il est possible que les émotions influencent sa prise en charge : « *on peut se laisser déborder par les émotions et ça peut venir des fois retarder l'analyse* » (IDE 6, 1.20). Elle poursuit sa réponse en me racontant une situation d'urgence pour laquelle elle a été en incapacité totale d'effectuer des gestes techniques et mentionne clairement que « *les émotions sont venues perturber la situation* » (IDE 6, 1.42). Pour pallier à la survenue d'émotions pouvant engendrer des perturbations dans la relation, l'IDE mentionne une nouvelle fois qu'elle a utilisé la collaboration : « *je n'ai pas pu assurer les soins moi, j'ai dû faire appel à une collègue car je ne me sentais pas en capacité de prodiguer moi les soins techniques dans cette prise en charge* » (IDE 6, 1.43).

Lorsque j'évoque la question sur l'expérience, l'évolution des compétences, en rapport avec la modification des pratiques lors de situations d'urgence, elle n'hésite pas à me répondre que pour elle l'expérience modifie forcément les pratiques. Elle parle d'automatisme, et explique que selon elle, évaluer, prioriser : « *ça vient avec le temps* » (IDE 6, 1.26). Elle poursuit en expliquant que beaucoup de facteurs nécessaires à la bonne prise en charge dans l'urgence sont en lien, « *et tout ce qui est les signes de gravité etc. c'est avec l'expérience qu'on y acquiert, on peut être moins déstabiliser que lorsqu'on est jeune diplômé, on est plus serein* » (IDE 6, 1.26).

Quant à la question du stress, elle différencie d'emblée le fait qu'il y est du bon stress : elle évoque rapidité, dextérité, tandis que lorsqu'elle explicite le stress négatif elle parle de défaut d'analyse, d'imprévu, et d'absence de rapidité. Elle me raconte une situation où la méconnaissance, la solitude, l'enjeu, le délai, ont été des éléments entrant en jeu dans la situation. Elle précise même que « *le manque d'expérience, de compétence* » (IDE 6, 1.60) a été responsable. Elle aborde le fait que l'environnement influe également sur la situation. Elle revient une nouvelle fois sur l'importance de l'équipe, du travail en groupe. Elle mentionne : « *j'associe vraiment le facteur stress à une équipe qui dysfonctionne* », « *dans une situation d'urgence c'est la collaboration avec le médecin et ça c'est facilitant* » (IDE 6, 1.28). Elle finit de répondre à la question en me décrivant une situation d'urgence pour laquelle le stress a été positif selon elle, en effet elle le considère comme un facteur l'ayant aidé à appréhender la situation.

## 5.7 ANALYSE

### 5.7.1 LES SITUATIONS D'URGENCES

- *Généralités*

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) définit une urgence comme « *une situation exigeant une réponse immédiate et rapide* ». Il est ajouté que l'urgence médicale est « *une situation requérant une intervention médicale immédiate afin de secourir une personne dont le pronostic vital ou fonctionnel est susceptible d'être engagé, l'urgence médicale relève nécessairement d'une décision médicale et répond à des critères précis qui permettent de la définir précisément* ». (Inserm)

En effet, la notion de temps revient chez cinq des six IDE interrogés qui expriment : « *c'est aussi quelque chose qui peut mal tourner si on ne prend pas en compte rapidement la demande* » (IDE 1, 1.22), « *s'il n'y a pas d'action immédiate, qui va mettre en péril la vie du patient* » (IDE 3, 1. 31), « *alors c'est une situation qui doit être traitée dans les meilleurs délais* » (IDE 6, 1.10).

Certains des soignants abordent la notion de « *pronostic vital ou fonctionnel engagé* » : « *une situation d'urgence c'est une situation où le pronostic vital est engagé* » (IDE 3, 1.27), Michel détaille : « *le pronostic vital peut être engagé sur le plan respiratoire, sur le plan neurologique et sur le plan cardiaque* » (IDE 3, 1. 28). Pour les autres, ils mentionnent plutôt le terme de « *détresse vitale* ».

En ce qui concerne les différents degrés d'urgences en fonction de l'ordre de priorité médicale défini par l'Hôpital Fribourgeois, seulement deux des IDE interrogés les évoquent en réponse à la question, « *on va avoir plusieurs degrés* » (IDE 1, 1.14), « *y'a plusieurs degrés, les urgences relatives, les urgences vitales* » (IDE 6, 1.10).

- *La façon de réagir/d'agir du soignant*

Une IDE exprime spontanément son ressenti lorsqu'elle appréhende ce type de situation, « *pour ma part c'est toujours aussi stressant ces situations d'urgences* » (IDE 1, 1.87).

Une autre, explicite comment elle a réagi suite à une incapacité à mettre en œuvre les gestes de secours nécessaires : L'IDE Laure explique comment elle a adapté sa prise en soin dans l'urgence en évoquant la collaboration nécessaire au bout déroulé des soins : « *il avait fallu que je passe le relais au collègue car c'était impossible pour moi de poser une voie ou autre* » (IDE 6, 1.37).

D'autres évoquent comme réaction le fait de prendre en charge la situation avec le soutien d'autres professionnels de santé : « *on fait appel à nos collègues ou alors à d'autres collègues type pompiers* » (IDE 5, 1.15), « *ce qui compte dans une situation d'urgence c'est la collaboration et ça c'est facilitant* » (IDE 6, 1.28).

Laure met en relation l'importance de l'expérience dans les réactions possibles en situation d'urgence, « *on peut être moins déstabilisé que lorsqu'on est jeune diplômé, on est plus serein* » (IDE 6, 1.27).

Je mets en lien dans cette partie sur « *la façon de réagir du soignant* » des dires qui semblent refléter des mécanismes de défenses. L'IDE Michel travaillant en réanimation et au SSSM tente d'expliquer à un moment de l'entretien que sa pratique n'est pas perturbée par la survenue d'émotions : « *j'ai envie de dire non parce que dans l'urgence, comment dire, t'as un peu la tête dans le guidon* » (IDE 3, 38). Il poursuit : « *t'as forcément une décharge adrénérergique qui se fait et qui fait que ton émotion est un peu mise en stand-by parce que voilà, tu agis pour le bien de la victime* » (IDE 3, 40). Dans ses explications, une des IDE interrogés précise ce qui lui permet de « *palier* » à la survenue d'émotions : « *mais ça doit être un mécanisme de défense qui fait que sur le moment on fait les gestes un peu de manière automatique* » (IDE 4, 1.42). Elle ajoute : « *tu réfléchis pas trop à ce moment-là, tu te mets dans ta bulle, tu fais ce que tu as à faire sans te laisser parasiter par le reste enfaite* » (IDE 4, 1.44).

## 5.7.2 LES ÉMOTIONS

- *Généralités*

Pour rappel Beck aborde la notion « *d'émotion* » en se basant sur les théories cognitives émotionnelles d'Arnold (1960) « *L'émotion est le processus qui démarre avec la perception et l'évaluation de quelque chose. Nous décidons si c'est bon ou mauvais pour nous.* » *Selon que le sujet évalue un stimulus comme bénéfique ou préjudiciable pour son domaine personnel, il fera l'expérience d'une réaction « positive » ou « négative ». « Ceci est bon pour moi » conduit à des émotions telles que la gaieté, le plaisir, la joie. Ce qui est évalué comme mauvais déclenche la tristesse, l'anxiété ou la colère* » (Beck, 2017, p.35).

Chacun des IDE interrogés caractérisent l'émotion de plusieurs manières : « *ça peut être un sentiment* » (IDE 1, 1.24), « *c'est un affect* » (IDE 3, 1.33), « *un ressenti* » (IDE 4, 1.18), « *c'est un sentiment qui s'impose à nous* » (IDE 6, 1.15) « *une sensation, y'a quelque chose du sens dans l'émotion* » (IDE 6, 1.16). Je remarque tout de même au vu des réactions, des remarques et des réponses qu'il a été relativement difficile de répondre à cette question.

Julie précise dans sa réponse que l'émotion peut être perçue de différentes façons « *qui peut être positive ou négative* » (IDE 1, 1.25).

De plus, deux IDE se rejoignent sur les façons de percevoir une émotion « *elle est variable en fonction de l'individu* » (IDE 3, 1.34) « *par le biais du contexte, du vécu* » (IDE 3, 1.34), « *c'est une réaction face à une situation et on réagit tous de manière différente* » (IDE 5, 1.18). En effet, Beck explique que la réponse émotionnelle va pouvoir être liée au passé du soignant, à des expériences vécues auparavant : « *prévoir des réponses extravagantes, dans la mesure où elle affirme que les réponses émotionnelles sont basées sur des conditionnements passés accidentels, et qu'elles sont provoquées par la survenue d'événements qui ont été associés par hasard avec une situation activatrice d'émotions dans le passé* » (Beck, 2017, p.35).

- *Influence sur la prise en charge des urgences*

Concernant les réponses à la question de mon guide d'entretien « *Est-ce que vos émotions ont influencées votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?* ». La quasi-totalité des soignants interrogés ont eu une réponse positive. La majorité ayant même été non hésitant.

Pour Julie qui travaille au CCNP, la réponse est que oui, les émotions ont déjà influencé une prise en charge dans l'urgence.

Quant à lui, Michel commence par répondre négativement en se justifiant de la façon suivante : « j'ai envie de dire non parce que dans l'urgence, comment dire, t'as un peu la tête dans le guidon » (IDE 3, 38), « t'as forcément une décharge adrénérique qui se fait et qui fait que ton émotion est un peu mise en stand-by parce que voilà, tu agis pour le bien de la victime » (IDE 3, 40). On remarque donc que selon lui, le stress, la concentration, le fait de se retrouver face à une situation d'urgence veut que les émotions ne viennent pas interférer dans le déroulé de la prise en charge. Cependant par la suite celui-ci évoque différents éléments en contradiction avec cette réponse négative : « ça a une influence sur ton émotion propre parce que tu as le temps de discuter avec le patient, avec sa famille et t'as un petit peu de lien qui se crée et ce lien-là, in fine va te perturber plus par la suite » (IDE 3, 1.120). Il me raconte également plus tard comment il se retrouve parfois à « décrocher » lorsqu'il rencontre certaines situations : « Là où t'as l'émotion qui peut vraiment plus monter c'est quand tu fais une projection. Moi je sais que j'ai perdu mon père et y'a des situations où y'a de la similitude et tout ça et bah y'a un moment donné je décroche parce que je pense à lui. Je me dis ah tiens cette situation elle me fait penser à lui et forcément t'as l'émotion personnelle qui agit » (IDE 3, 97). Il est possible alors de remarquer qu'en fonction du contexte, de l'interprétation qu'il fait de la situation, l'influence et la survenue d'émotions seront complètement différentes. Certains de ces dires font écho à ceux de Laurencine Piquemal-Vieu, « Par ailleurs, le choix de telle ou telle stratégie dépend de la perception du stress et du contrôle, influencé par des variables contextuelles, socio-biographiques et de personnalité. Si certaines variables sont stables et non modifiables car inhérentes à la personnalité du sujet, d'autres en revanche peuvent être modifiées » (Piquemal-Vieu, 2001, p.94).

Pour Marie, qui exerce aux urgences/SMUR et au SSSM, l'émotion se caractérise principalement négativement sur la façon dont sa survenue peut agir sur le soignant : « je ne voudrais pas dire handicapant mais le truc qui peut te bloquer si c'est quelque chose de fort » (IDE 4, 1.19). Elle ajoute : « qui peut parasiter les actions » (IDE 4, 1.21). Pour poursuivre elle s'explique en évoquant une situation ayant eu lieu lors d'une intervention à domicile : « ma première mort subite du nourrisson je venais de reprendre de congés maternité, le bébé s'appelait Lucas comme mon fils et ils avaient trois jours d'écart. Sur le moment j'ai eu des émotions seulement par rapport à la situation et une fois fini qu'on a pris les données tout ça,

*y'a eu d'autres émotions qui se sont mises en place du fait des différents trucs, le prénom, l'âge etc » (IDE 4, 1.32).*

Marion elle, explique que c'est en fonction de l'individu nécessitant une prise en charge, chez un patient sa réponse est négative quant à l'influence des émotions sur la prise en soin : « *non je ne pense pas mais je pense que ça pourrait être le cas si j'avais une attache particulière avec la personne » (IDE 5, 1.22).* Cependant elle me raconte plus tard une situation d'urgence où la victime était sa fille, elle développe que ses émotions et le stress engendré l'ont rendu difficilement en mesure de réagir de façon appropriée. Elle poursuit en expliquant une prise en charge lorsqu'elle travaillait en hospitalier : « *bêtement je faisais un transfert avec ma mère et du coup je m'attachais à elle et son entourage » (IDE 5, 1.92).* C'est intéressant de voir que lorsque cela concerne sa famille, la prise en charge est impactée tandis que quand c'est pour un patient non. D'autant plus que j'ai voulu interroger une IDE libérale car elles sont confrontées à la proxémie et les liens d'attachement avec les patients. Dans l'entretien elle-même admet avoir une relation particulière avec eux : « *Nous c'est vrai qu'on devient quand même proche d'eux » (IDE 5, 1.85).* Elle précise tout de même qu'elle fait un réel travail sur elle-même afin de ne pas s'attacher au point d'impacter la prise en charge : « *c'est à nous de savoir mettre la petite distance qui fait que ça n'impactera pas les soins. Il faut savoir mettre des limites pour ne pas justement ou du moins éviter au maximum d'arriver à ce moment-là où ta prise en soin sera impactée » (IDE 5, 1.87).*

Quant à elle, Laure, l'IDE exerçant en EHPAD explique qu'il est possible que les émotions impactent la prise en charge dans l'urgence : « *c'est vrai qu'on peut se laisser déborder par les émotions et ça peut venir retarder l'analyse oui » (IDE 6, 1.20).* Elle ajoute en racontant une situation vécue difficilement par la soignante : « *au final les émotions sont venues perturber la situation qui était en fait une situation d'urgence car je n'ai pas pu assurer les soins moi » (IDE 6, 1.42).*

La seule IDE ayant répondu négativement à cette question est celle travaillant en SSR, elle complète en citant « *je ne vois pas de situations où j'ai eu des émotions » (IDE 2, 1.21).* Elle a pourtant défini une émotion dans une des questions de l'entretien de la façon suivante : « *c'est quand quelque chose arrive et peut altérer notre façon de réagir, de se comporter » (IDE 2, 1.17).* Selon elle, elle justifie le fait qu'elle ne soit pas concernée par cette question de la façon suivante : « *c'est vrai que j'ai toujours beaucoup travaillé auprès des personnes âgées, peut-*

*être qu'on a moins d'émotions »* (IDE 2, 1.21). Je trouve cela intéressant et cela me questionne car ce sont les dires de l'IDE ayant le plus d'années de diplôme (33 ans) et celle ayant travaillé dans le plus de services différents et de diverses catégories. Malgré ça, c'est la seule soignante sur les six vus en entretien ayant un avis négatif à ce sujet.

Je relève un thème revenant à de nombreuses reprises chez les soignants. En effet, Marie évoque le lien entre la survenue d'émotions chez un soignant en fonction de son lieu d'exercice, elle détaille en comparant un service de court séjour et un de long séjour et explique que les liens avec les patients ne seront pas les mêmes et cela aura un potentiel impact sur la survenue d'émotions : *« étant dans un service de court séjour comme on dit on n'a pas forcément d'affection qui se met en place, y'a pas d'impact pour nous au niveau émotionnel »* (IDE 4, 1.49). Elle poursuit : *« par exemple tu compares à une infirmière qui bosse en EHPAD et qui connaît son patient depuis deux ou trois ans, dans ces moments-là pour elle je pense que y'a des relations d'affection qui se mettent en place que nous on retrouve pas dans notre travail »* (IDE 4, 1.52). L'IDE libérale rejoint ce point de vue en expliquant qu'en fonction du lieu d'exercice, cela va changer la façon de percevoir et de *« maîtriser »* ses émotions : *« à domicile c'est vrai que c'est surement plus compliqué qu'à l'hôpital car là -bas y'a plus de vas et viens quoi alors que nous c'est beaucoup plus de patients chroniques que tu vois tous les jours »* (IDE 5, 1.83). Michel s'ajoute à la façon de penser des autres soignantes en mentionnant la notion de *« promiscuité »* : *« en préhospitalier ce n'est pas pareil parce que t'es déjà un peu plus dans le feu de l'action puis tu n'as pas eu le temps d'avoir cette promiscuité avec le patient »* (IDE 3, 106), il compare à la casquette qu'il a lorsqu'il est en tant qu'infirmier de réanimation : *« ça a une influence sur ton émotion propre parce que tu as le temps de discuter avec le patient, avec sa famille et t'as un petit peu de lien qui se crée »* (IDE 3, 118). Il est intéressant de remarquer à travers le témoignage d'un même soignant, on peut distinguer la différence entre une activité d'IDE en préhospitalier et celle en service de court séjour type réanimation. Les dires de ces trois IDE sont primordiaux pour conclure sur l'analyse de ce thème là puisqu'ils rejoignent le même point de vue alors qu'ils n'ont pas du tout le même type de patient à charge et de ce fait les mêmes relations soignant/soigné en lien avec la notion de temps dans la prise en soin. C'est d'autant plus intéressant car deux de ces trois soignants ont *« une double casquette »* de par leur engagement chez les sapeurs-pompiers en tant qu'infirmière et cela a donc permis d'apporter

de la richesse et du contenu à cette partie. Pour rappel nous avons abordé dans le cadre de référence l'ouvrage de De Soir avec le récit d'un urgentiste qui exprimait que d'après lui, « *un contact personnel s'est établi avec chaque victime qu'on le veuille ou non* ». Malgré cette fameuse « carapace » de par notre expérience, notre personnalité et autre, selon ce médecin il reste toujours une part de « *vulnérabilité* » : « *C'est bizarre, sur le terrain et au cours d'interventions délicates, nous demeurons souverains, mais à des moments inattendus, nous perdons pieds émotionnellement* ».

### 5.7.3 LE STRESS

- *Généralités*

L'IDE du CCNP Julie commence par distinguer le stress positif du stress négatif puis elle ajoute : « *pour ma part c'est toujours aussi stressant ces situations d'urgences* » (IDE 1, 1.87). Elle aborde comment elle peut plus ou moins parvenir à pallier à la survenue de stress : « *déjà le fait d'avoir eu tout le temps quelqu'un qui pouvait m'aider à faire les soins d'urgence* » (IDE 1, 1.106). Quant à elle, Marion ne différencie pas nettement le type de stress mais fait une généralité : « *je t'avoue moi j'arrive y'a quelqu'un qui est en train de faire l'arrêt ça va me mettre en situation de stress quand même vu que t'es seul et c'est toi qui dois gérer* » (IDE 5, 1.77). Elle mentionne une conduite à tenir qui semble être également une façon de réagir face au stress : « *quand t'as les bases tu les appliques bêtement et tu t'aides avec tes collègues si tu peux* » (IDE 5, 1.80)

- *Stress « négatif »*

L'IDE Gaelle du SSR verbalise que le stress a impacté sa prise en soin : « *moi j'étais un peu stressé voilà je suis moins bien arrivée à le piquer. Ça m'a un peu perturbée* » (IDE 2, 1.56), elle ajoute, « *on a appelé le médecin et ce qui m'a un peu stressée c'est que le médecin n'était pas réactif* » (IDE 2, 1.51). Quant à elle, l'IDE du CCNP mentionne plusieurs éléments, facteurs qui sont venus ajouter un stress à la situation : « *c'était quand même stressant car la petite fille était dans sa chambre donc on l'a fait sortir* » (IDE 1, 1.108), « *j'ai dû passer toute ma journée avec elle donc fallait quand même installer les autres patients et ça c'est vrai que c'était stressant* » (IDE 1, 1.120), « *quand elle était vraiment en train de désaturer je me disais j'aurai pas le temps de poser la voie faut l'aspirer de suite parce que là ça ne va pas du tout c'était stressant* » (IDE 1, 1.123), « *ce qui m'a stressé aussi au début c'est qu'on était en salle*

*d'attente* » (IDE 1, 1.124). Michel explique ce que pour lui, peut induire un stress en situation : « *déjà t'es stressé parce que t'as la situation complexe en face de toi* » (IDE 3, 1.69), « *on avait notion que c'était un AVP grave* » (IDE 3, 1.71), « *le premier stress que j'ai eu c'était de perdre du temps sur la route* » (IDE 3, 1.72).

Marie qui sort en SMUR me raconte une situation relativement courante dans ce type de service mais où le stress est apparu brièvement, « *on part pour un monsieur relativement jeune [...] il avait un SCA [...] quand j'ai sorti la pochette cardio elle n'était pas scellée et du coup automatiquement le stress est monté* » (IDE 4, 1.71). Elle admet tout de même que la prise en charge peut se retrouver impacter malgré le fait d'avoir réajuster rapidement : « *alors oui en soit ça n'a pas beaucoup impacté la prise en charge mais je pense que ça peut quand même nous apporter quelque chose de négatif et ça peut rapidement joindre du négatif à la situation et nous parasiter* » (IDE 4, 1.78).

Quant à l'IDE Laure qui exerce en EHPAD, elle verbalise les prédispositions ou du moins les facteurs intrinsèques, liés au soignant lui-même favorisant la survenue de stress pouvant avoir un impact négatif sur la prise en soin. Elle mentionne, « *le manque d'expérience, de compétence* » (IDE 6, 1.60), « *lorsqu'on se sent dépassé, qu'on a peur du geste qu'on ne maîtrise pas* » (IDE 6, 1.63).

- *Stress « positif »*

Gaëlle donne les facteurs qui tendent à favoriser un stress positif en situation : « *le fait qu'il y est plus de monde, et des gens compétent y'a du stress mais du bon stress* » (IDE 2, 1.63).

L'IDE de réanimation poursuit en explicitant qu'est-ce que pour lui ce type de stress, « *je pense que le stress a aussi un côté positif car il t'aide enfin pour mon cas à rester concentré et vigilant* » (IDE 3, 1.78).

L'IDE Marie qui est une des soignantes interrogée ayant le plus d'expérience dans la prise en charge de situations d'urgence explique certains effets du stress selon elle : « *à l'inverse y'a des situations où tu sais t'es sur une prise en charge où t'as un patient plutôt grave [...] on sait qu'il nous faut une voie veineuse et c'est dans cette situation où même si le patient il n'a pas de veine bah la seule veine qu'il a on ne la rate pas, je pense que ça c'est un effet du stress* » (IDE 4, 1.81). Je pense important de souligner qu'elle donne l'exemple d'un soin qu'elle pratique régulièrement et qu'elle maîtrise. En effet, j'ai abordé dans le cadre de référence l'ouvrage de Muller « *Le transfert est le mécanisme qui permet l'utilisation dans un nouveau*

*contexte de connaissances construites antérieurement, la situation n'étant qu'un élément de contexte. Les processus en jeu sont alors ceux de contextualisation, décontextualisation et recontextualisation. La compétence infirmière est liée en partie à ce transfert, qui se réalise en situation. Développer une compétence correspond alors à l'aptitude à maîtriser une famille de situations significatives pour le sujet et relatives à des pratiques socialement établies* » (Muller, 2016, p.47). Ces dires sont synonymes de récurrence de situations rencontrées et donc explique l'exemple de cette IDE qui évoque un soin qu'elle connaît parfaitement. Pour l'auteur il s'agit de mobiliser des connaissances construites antérieurement. Il semblerait ainsi que pour être compétent dans une situation donnée l'individu doit avoir mobilisé ce type de ressources par le biais de son expérience.

Une des IDE interrogée fait un lien avec la récurrence de situation rencontrée, le fait d'avoir de l'expérience dans la prise en charge d'un certain type de situation d'urgence fait que le stress était selon elle positif : *« je savais ce qui fallait faire car j'avais notamment rencontré plusieurs fois ce genre de situation, j'avais déjà pratiqué »* (IDE 6, 1.75). Il est d'autant plus intéressant de souligner ces dires puisqu'il s'agit de l'IDE travaillant en EHPAD, cela met l'accent sur cette importance de la récurrence de rencontre de certaines situations et l'expérience qui en découle pour appréhender des prises en charges similaires avec un certain type de stress, de prédispositions.

#### 5.7.4 L'EXPÉRIENCE ET LES COMPÉTENCES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE

- *Liens entre expérience et compétence*

Pour rappel, *« un apprentissage en un seul temps semble moins performant qu'un apprentissage diversifié, étalé dans le temps »* (Soares, Tuzin, Delacour, p.8). Gadamer, Benner et Wrubel définissent l'expérience comme-ci : *« Le mot « expérience », tel qu'il est utilisé ici, ne fait pas simplement référence au passage du temps. Il s'agit plutôt de l'amélioration de théories et de notions préconçues au travers de la rencontre de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie »* (Gadamer, 1970 ; Benner & Wrubel, 1982). La première IDE interrogée mentionne le lien entre l'expérience et les apports de connaissances : *« c'est vrai que tout au long de notre carrière on continue à apprendre des choses et on se forme »* (IDE 1, 1.60). Elle explique de plus réagir de la même manière qu'au début de sa carrière *« par rapport à mes connaissances »* (IDE 1, 1.59).

Plus tard, il est intéressant de remarquer que Michel parle uniquement de la compétence en lien avec « *l'expérience* » et peu, voire pas avec « *les émotions* ». Il explique que l'expérience lui permet « *d'avoir du recul face à des situations que t'as déjà vécues* » (IDE 3, 1.53), fait un lien avec la récurrence dans les situations rencontrées (comme l'IDE 4 plus haut) : « *c'est des choses qu'on sait faire voilà* » (IDE 3, 1.59). Il donne l'exemple d'une prise en charge qui illustre de manière concrète ses justifications, « *par exemple, l'arrêt cardio que je prends en charge actuellement, je ne le prenais pas pareil il y a cinq ans et pas pareil il y a dix ans parce que j'avais moins d'expérience* ». Il poursuit plus tard sur le lien entre l'expérience, la confiance et de ce fait les réactions comme le stress qui peuvent en découler : « *je me souviens quand j'étais jeune diplômé qu'on m'a foutu au déshoc il fallait faire des choses que je ne maîtrisais pas parce que t'es un pioupiou, on te confie une mission qui te stresse, tout ça parce que t'as pas de bagage* » (IDE 3, 1.85), « *quand tu as de l'expérience tu comprends les choses et du coup ça te sécurise* » (IDE 3, 1.90). Il termine par conclure sa réponse en mettant en relation de nouveau la formation, l'expérience avec sa réaction en situation à l'heure d'aujourd'hui : « *s'il se passe aujourd'hui une situation je saurai réagir et ça, ça marche avec l'expérience, avec la formation* » (IDE 3, 1.90).

Marion aborde également uniquement les liens vis-à-vis des compétences, elle commence par développer sur l'importance de la récurrence dans la rencontre de situations : « *au fur et à mesure, en fonction des situations auxquelles t'as eu affaire tu prends, tu agrandis tes compétences* » (IDE 5, 1.49). Elle poursuit, « *moi je vois au début je n'aurais pas géré une situation d'urgence seule au domicile comme aujourd'hui mais ça y a que les années qui peuvent te le permettre* » (IDE 5, 1.51). Au début de sa réponse, celle-ci mentionne une notion de temporalité mais revient sur ses dires en précisant : « *j'ai dit des années, peut être que non au final, quelques mois peuvent certainement suffire si l'on rencontre les « bonnes situations » mais au final c'est toujours l'expérience* » (IDE 5, 1.97).

Elle aussi, Laure, détaille sa réponse sur le lien entre expérience et compétence en situation d'urgence : « *oui forcément avec l'expérience on a des automatismes* » (IDE 6, 1.25), « *tout ce qui est signe de gravité etc. c'est avec l'expérience qu'on y acquiert* » (IDE 6, 1.26). L'expérience assure une association de facteurs pré disposants pour assurer la prise en charge adaptée du patient, « *aujourd'hui, j'aborderais une situation similaire beaucoup plus sereinement car déjà on a la pratique, l'expérience du coup et des connaissances, des réflexes*

*en lien* » (IDE 6, 1.65). Elle aborde tout comme d'autres soignants la notion de temporalité : « *évaluer la priorité et priorisé ça vient avec le temps* » (IDE 6, 1.26).

A l'inverse de ses confrères, Marie ne fait pas de lien entre expérience et compétence mais uniquement avec les émotions et le stress.

- *Des facteurs importants dans la survenue d'émotions/de stress*

En effet, Marie explicite majoritairement sur le lien entre expérience et émotions/stress en situation d'urgence. Elle explique que le stress est toujours présent dans la prise en charge mais il se manifeste sous forme positive, c'est-à-dire que selon elle, cela va être une aide pour appréhender la situation : « *alors oui c'est vrai avec l'expérience et la pratique qu'on aborde plus, enfin je ne peux pas dire qu'il y a plus le stress mais c'est plus avec la pratique et l'expérience je pense que le stress est plus constructif qu'handicapant* » (IDE 4, 1.57). Elle ajoute, « *avec l'expérience tu sais un peu comment les choses se passent et t'as moins cette appréhension qui favorise un stress négatif* » (IDE 4, 1.61). Elle poursuit en verbalisant que l'expérience lui permet de mettre en place des mécanismes qui lui permettront de se protéger de la survenue de certaines « choses » comme les émotions notamment : « *qu'avec l'expérience on arrive à se forger une carapace et on se prend plus les mêmes choses à chaque situation* » (IDE 4, 1.63).

Julie répond directement que l'expérience fait que sa réaction est différente en situation : « *oui, je pense qu'entre mon début de carrière et maintenant je ne réagis pas pareil* » (IDE 1, 1.58). Elle explique « *prendre beaucoup plus de recul avec les années* » (IDE 1, 1.61). Selon elle « *le temps et ce recul va faire qu'on va pouvoir réagir autrement* » (IDE 1, 1.64).

Quant à elle, Gaëlle mentionne également cette notion de « recul », « *oui j'ai appris à prendre beaucoup de recul* » (IDE 2, 1.36), « *avec les années on arrive à prendre du recul, le boulot c'est le boulot, un patient reste un patient* » (IDE 2, 1.67). Elle aborde de ce fait la proxémie, le lien d'attachement que le soignant peut avoir avec un patient, « *le fait que je prenne de l'âge et du coup j'arrive plus facilement à me détacher des patients* » (IDE 2, 1.69).

#### 5.7.5 LE COLLECTIF ET LA COLLABORATION DANS L'URGENCE

J'ai choisi de traiter et d'analyser ce thème dans la partie de mon analyse car malgré le fait d'avoir aborder rapidement le collectif dans mon cadre de référence, je n'avais pas intégré ce concept dans les questions de mon guide d'entretien. Cependant, j'ai remarqué que dans la totalité des entretiens réalisés, les notions de « collectif et de collaboration » ont été abordées

par les soignants. J'ai pu retrouver des verbatims en lien avec ce thème dans différentes questions du guide.

Pour commencer, Laure parle de la collaboration lorsqu'elle définit une situation d'urgence, « *quelque chose qui nécessite de prendre des décisions, de travailler en collaboration* » (IDE 6, 1.11). Elle ajoute « *ce qui compte dans une situation d'urgence c'est la collaboration et ça c'est facilitant* » (IDE 6, 1.28). L'IDE libérale l'aborde elle aussi dans cette question-là : « *on fait appel à nos collègues ou alors à d'autres collègues type pompiers* » (IDE 5, 1.15). Une des soignantes ajoute : « *on est tous complémentaires* » (IDE 1, 1. 141) lorsqu'on évoque la prise en charge d'une situation d'urgence où le stress survient.

Elle aussi, en revenant sur des situations antérieures, Gaelle aborde le travail d'équipe lorsqu'elle était en cardiologie sur un CHU, « *on était dans une dynamique différente voilà, on était épaulés, y'avait l'interne et tout le monde était là au bout du couloir. Le fait qu'il y est plus de monde, et des gens compétents y'a du stress mais du bon stress* » (IDE 2, 1.61). Le Boterf tout comme Muller aborde lui aussi les facteurs environnants concernant l'acquisition des compétences en mentionnant que l'interaction avec autrui semble être indispensable, « *La réponse compétente devra être chaque jour davantage une réponse de réseau et pas seulement une réponse individuelle, même si l'interface avec un client, un usager ou un patient est assurée par une seule personne. Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui* ». (Le Boterf, 2002).

## **5.8 SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE**

Cette enquête m'a permis de pouvoir réellement confronter comme je le souhaitais les deux catégories de soignants en fonction de leurs lieux d'exercice. L'idée était de mettre en relation trois soignants travaillant dans des services de court séjour de type « urgences/réanimation » et trois autres dans des services de long séjour et de lieux de vie. J'ai pu réaliser mon enquête de cette façon ce qui m'a permis de confronter ou d'assembler les dires des soignants concernant leurs lieux d'exercice. En effet me baser principalement sur le service dans lequel l'IDE travaille a été le plus intéressant et cohérent. Cela m'a offert la possibilité de faire le lien avec l'expérience dans les prises en charges de patients dans l'urgence qui se traduit généralement par la présence d'une récurrence de situations rencontrées ou non chez le soignant concerné. J'ai pu aussi analyser l'impact émotionnel en fonction des différents facteurs possibles comme la proxémie avec le patient et le vécu du soignant notamment. J'ai su relever des témoignages

expliquant les différentes façons de réagir aux émotions et au stress en fonction de l'expérience du soignant. La plupart mentionnent des divergences dans l'appréhension de ces situations en fonction des années qui les séparent du diplôme d'état infirmier. De plus, il est important de remarquer que certains éléments sont ressortis comme relativement importants. En effet les notions de « travail d'équipe » et de « collaboration » ont été rapportées par la totalité des soignants interrogés.

## **5.9 LIMITES DE L'ENQUÊTE**

Pour commencer, dans mon guide de l'outil, j'envisageais de potentiellement m'intéresser à la réalisation ou non de la formation AFGSU et à son recyclage chez les soignants interrogés. J'ai pu remarquer que cela pouvait avoir un lien intéressant cependant un manque de données à ce sujet fait que je ne peux pas mettre d'éléments concrets en évidence.

Peut-être que la deuxième question de mon guide d'entretien « *qu'est-ce-que pour vous une émotion* » était trop complexe. En effet j'ai remarqué que la quasi-totalité des soignants se sont plus ou moins heurtés à cette question. De plus, les réponses n'ont pas forcément été utilisables ou peu pertinentes pour mon analyse. De plus, malgré le fait d'avoir interrogé des soignants étant moins régulièrement confrontés à des situations d'urgences (en fonction du service où l'IDE exerce), il aurait peut-être été intéressant de recueillir des témoignages d'IDE diplômés depuis moins longtemps. En effet, des entretiens auprès d'IDE ayant par exemple que 2-3 ans de diplôme aurait permis d'avoir des éléments davantage concrets quant au manque d'expérience dans la gestion de situations d'urgence.

## **6 PROBLÉMATIQUE**

Comme expliqué précédemment, l'enquête exploratoire m'a permis de réellement recueillir les témoignages d'IDE concernant les thèmes abordés dans mon cadre de référence. J'ai donc pu m'apercevoir de la présence de certains éléments en lien avec les émotions et l'expérience en situation d'urgence. En effet, d'après les témoignages, la collaboration et le travail d'équipe sont des notions qui semblent être importantes et primordiales pour une prise en charge en situations d'urgence. J'avais relevé dans mon cadre de référence les dires de Françoise Dupuich

évoquant le lien avec la compétence de groupe. En effet, que ce soit en relation avec les émotions ou l'expérience, chacun des soignants a abordé de manières différentes l'importance de cette collaboration, de ce travail d'équipe en situation. Que ce soit pour déléguer les soins, travailler ensemble, demander de l'aide ou d'autres raisons encore, chacun d'entre eux a su argumenter la nécessité du travail en équipe. Je remarque tout de même que les IDE interrogés qui n'abordent pas ou peu ce concept sont les deux soignants travaillant en réanimation, aux urgences et également au SSSM. Je me questionne ainsi sur le lien entre travail d'équipe et expérience dans la prise en charge de situation d'urgence. De par la récurrence de situations d'urgence rencontrées, serait-il moins indispensable de faire preuve de collaboration entre plusieurs acteurs ? De plus, les compétences et les connaissances en lien sont-elles en grande partie responsables de la bonne appréhension de l'urgence ? Ces diverses hypothèses m'amènent à me poser la question de recherche suivante :

*« Quelle place pour la collaboration d'équipe et l'expérience dans la gestion d'une situation de soin ? »*

## 7 CONCLUSION

Au-delà d'être l'aboutissement de mon travail de fin d'étude, cela signifie également la fin de ces trois années de formation. Ce travail de recherche ayant débuté par un questionnaire élaboré à partir d'une situation vécue en stage de deuxième année. À partir des trois principaux concepts abordés dans la question de départ, j'ai pu mettre en relation et confronter des apports documentaires avec l'enquête exploratoire menée auprès de six soignants. L'objectif n'était pas de trouver une réponse à la question : « *Comment les émotions et l'expérience vont-elles influencer la prise en charge d'un patient lors d'une situation d'urgence ?* » mais bien de questionner la pratique professionnelle. Le constat et l'analyse des différents points de vue m'ayant permis de prendre conscience des problématiques liées au sujet, j'ai pu avoir une vision plus large du sujet.

Il est effectivement nécessaire de rappeler que ce travail comporte des limites. Au-delà d'être une initiation à la recherche, cette étude qualitative est basée sur des recherches théoriques non-exhaustives et les propos d'un nombre limité de soignants. Elle ne donne donc pas de réponse normée à la question de départ. Pour finir, au-delà d'élargir mon questionnaire, interroger différentes pratiques professionnelles m'a permis d'enrichir celle qui sera la mienne.

## 8 BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

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

Crocq, L., Soir, D. E., Millequand, M. (2014). *Gérer le trauma : Un combat au quotidien* (2<sup>e</sup> éd.). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Beck, A. (2017). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels* (2<sup>e</sup> éd.). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Beziat, F., Cavrois, S., Coatena, D., Coilot, M., Donnet, C., Haar, I., Jeanguiot, N., Mallet, I., Muller, A., Musard, M., Seban-Partouche, S. (2004). *Comment préparer le travail de fin d'études*. Issy-les-Moulineaux : De Boeck Diffusion.

Marchal, A., Psiuk, T. (2002). *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris : S. Arslan.

Mercadier, C. (2020). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. (2<sup>e</sup> éd.) Paris : S. Arslan.

Ministère de la santé et de la protection sociale (2020). *Le recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*, Paris : Berger Levrault.

Muller, A. (2016). *Les savoirs professionnels infirmiers : pour une valorisation des apprentissages informels*. Paris : S. Arslan.

Wenner, M. (2006). *L'Expérience infirmière : De la pratique des soins à la transmission des savoirs* (1<sup>re</sup> éd.). Paris : S. Arslan.

Articles :

Claudon, P., Weber, M. (2009). L'émotion. *Devenir*, 21(1), 61-99. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-61.htm>

Dupuich, F. (2014). Gestion 2000. *L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable*, 2011/2 (Volume 28), 107-125. En ligne [https://www.cairn.info/revue-gestion-2000-](https://www.cairn.info/revue-gestion-2000-2011-2-page-107.htm?contenu=article)

[2011-2-page-107.htm?contenu=article](https://www.cairn.info/revue-gestion-2000-2011-2-page-107.htm?contenu=article)

Hernandez, F. (2009). Formation aux gestes et soins d'urgences (AFGSU). En ligne

<https://www.infirmiers.com/formation-professionnelle/formation-aux-gestes-et-soins-d-urgences-afgsu>

Leblanc, A., Speranza, M. & Roger, A. (2002). Urgence. *Enfances et psy*. 5-9. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2002-2-page-5.htm>

Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin. *Les compétences, de l'individuel au collectif*. En ligne [http://www.guyleboterf-con-](http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF)

[seil.com/images/Soins%20cadres.PDF](http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF)

Perchoc, M. (2011). AFGSU - Principes généraux. En ligne [https://www.infirmiers.com/etu-](https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/afgsu-cours-1-principes-generaux)

[diants/cours-et-tests/afgsu-cours-1-principes-generaux](https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/afgsu-cours-1-principes-generaux)

Piquemal-Vieu, L. (2001). Le coping : une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 84-98.

Soares,C., Tuzin, N., Delacour, C. (2018). COP'INF : influence de la formation aux Gestes et Soins d'Urgence sur les stratégies de coping mises en place par les Étudiants en Soins Infirmiers face à une situation d'urgence simulée. En ligne [https://cfrps.unistra.fr/filead-](https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/memoires_des_etudiants/avant_2020/SOARES_2017-2018_-_simulation.pdf)

[min/uploads/websites/cfrps/memoires\\_des\\_etudiants/avant\\_2020/SOARES\\_2017-2018\\_-\\_simulation.pdf](https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/memoires_des_etudiants/avant_2020/SOARES_2017-2018_-_simulation.pdf)

Webographie :

Centre d'Études sur le Stress Humain (CESH). (2019). En ligne <https://www.stresshumain.ca/>

Hôpital fribourgeois. (s. d.). *Les degrés d'urgence*, en ligne <https://www.h-fr.ch/nos-specialites/nos-specialites-medicales/service-des-urgences/les-degrees-durgence>

*Qu'est-ce qu'une urgence médicale ?* (s.d.). En ligne <http://www.rencontre-inserm-rein.fr>

Ruelle, C., 2017, *risques psychosociaux., l'origine de la notion de stress : le modèle de Hans Selye et le « syndrome général d'adaptation »*. En ligne <https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/l-origine-de-la-notion-de-stress-le-modele-de-hans-selye-et-le-syndrome-general-d-adaptation>

Schlienger, G. (2006). *Étude du stress des soignants dans les services d'urgence et SMUR de Meurthe et Moselle*. Thèse de doctorat, Université H. Poincaré Nancy 1. En ligne <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733020/document>

## 9 ANNEXES

<b>ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN</b> .....	<b>I</b>
<b>ANNEXE II : DEMANDES ET RÉPONSES DES ÉTABLISSEMENTS</b> .....	<b>II</b>
<b>ANNEXE III : RETRANSCRIPTION LITTÉRALES DES ENTRETIENS</b> .....	<b>IV</b>
ANNEXE III.I : ENTRETIEN IDE AU CENTRE DE CONSULTATION NON PROGRAMMÉE (URGENCES).....	<b>IV</b>
ANNEXE III.II : ENTRETIEN IDE EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION .....	<b>VIII</b>
ANNEXE III.III : ENTRETIEN D'UN INFIRMIER SAPEUR-POMPIER ET INFIRMIER EN RÉANIMATION .....	<b>X</b>
ANNEXE III.IV : ENTRETIEN D'UNE INFIRMIÈRE SAPEUR-POMPIER ET INFIRMIÈRE AUX URGENCES ADULTES/SMUR.....	<b>XIII</b>
ANNEXE III.V : ENTRETIEN IDE LIBÉRALE.....	<b>XV</b>
ANNEXE III.VI : ENTRETIEN IDE EN EHPAD .....	<b>XVIII</b>
<b>ANNEXE IV : GRILLE D'ANALYSE VIERGE</b> .....	<b>XX</b>
ANNEXE IV.I : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS .....	<b>XX</b>
ANNEXE IV.II : GRILLE D'ANALYSE DES QUESTIONS .....	<b>XXI</b>
<b>ANNEXE V : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS</b> .....	<b>XXII</b>
ANNEXE V.I : ENTRETIEN IDE AU CENTRE DE CONSULTATION NON PROGRAMMÉE (URGENCES) ...	<b>XXII</b>
ANNEXE V.II : ENTRETIEN IDE EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION .....	<b>XXIV</b>
ANNEXE V .III : ENTRETIEN INFIRMIER SAPEUR-POMPIER ET INFIRMIER EN RÉANIMATION .....	<b>XXVI</b>
ANNEXE V.IV : ENTRETIEN INFIRMIÈRE SAPEUR-POMPIER ET INFIRMIÈRE AUX URGENCES ADULTES/SMUR.....	<b>XXIX</b>
ANNEXE V.V : ENTRETIEN IDE LIBÉRALE .....	<b>XXXI</b>
ANNEXE V.VI : ENTRETIEN IDE EN EHPAD.....	<b>XXXIV</b>
<b>ANNEXE VI : GRILLE D'ANALYSE DES QUESTIONS</b> .....	<b>XXXVII</b>
ANNEXE VI.II : QUESTION N°1.....	<b>XXXVII</b>
ANNEXE VI.III : QUESTION N°2 .....	<b>XXXVIII</b>
ANNEXE VI.IV : QUESTION N°3 .....	<b>XXXIX</b>
ANNEXE VI.V : QUESTION N°4 .....	<b>XLI</b>
ANNEXE VI.VI : QUESTION N°5 .....	<b>XLIII</b>
<b>ANNEXE VII : AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDE</b> .....	<b>XLV</b>

## **ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN**

- Qu'est-ce que pour vous une situation d'urgence ?
- Qu'est-ce que pour vous une émotion ?
- Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?
- Selon vous, est-ce que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?
- Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.

## ANNEXE II : DEMANDES ET RÉPONSES DES ÉTABLISSEMENTS



INSTITUT DE FORMATION SOINS INFIRMIERS

M. Benjamin ISERN  
Étudiant en soins infirmiers en 3<sup>ème</sup> année  
365 Route de Bel Air  
84140 Avignon

A l'attention de Madame [REDACTED]

06.95.36.40.28. bisern@erfpp84.fr

Avignon, le 15 février 2023

Madame la Directrice des Soins,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services [REDACTED] auprès d'infirmier(e)s ayant à minima deux années d'ancienneté dans ce même service. Le thème de mon travail de fin d'études est la place de l'expérience et des émotions dans la prise en charge d'un patient dans une situation d'urgence.

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire :

- Qu'est-ce que pour vous une situation d'urgence ?
- Qu'est-ce que pour vous une émotion ?
- Est-ce que vos émotions ont influencées votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?
- Selon vous, est-ce que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?
- Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice des Soins, l'expression de ma respectueuse considération,

Benjamin Isern

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse 740 chemin des  
Mémorjures - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05



Le 21 mars 2023

Infirmier-Lieutenant [REDACTED]

Service de santé et de secours médical de l'Isère  
Service départemental d'incendie et de secours de l'Isère

Bonjour à la demande de l'étudiant infirmier Benjamin ISERN, je vous confirme que celui-ci à bien sollicité les infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires suivant dans le cadre de son travail de fin d'étude.

Il s'agit des infirmiers lieutenants :

[REDACTED]

Attestation remis à la demande de l'intéressé

Infirmier Lieutenant [REDACTED]

De : [REDACTED]  
Envoyé le : mercredi 15 février 2023 16:57  
À : [ISERN Benjamin](#)  
Objet : TFE

Bonjour,  
En réponse à votre demande de ce jour, je vous confirme que je vous autorise à réaliser des entretiens auprès des IDE du CHIVI, sous réserve de l'organisation de ces temps d'entretiens par les cadres des services concernés.

Cordialement

---

[REDACTED]

[REDACTED]  
Directrice coordinatrice générale des soins  
Intersites

**DIRECTION DES SOINS**

[REDACTED]

A S [REDACTED]  
Le 24 février 2023.  
Benjamin ISERN

Bonjour,

En réponse à votre demande de ce jour,  
je vous confirme que je vous autorise  
à réaliser des entretiens auprès des IDE du  
cabinet de soins infirmiers [REDACTED].

Cabinet de Soins Infirmiers  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

## ANNEXE III : RETRANSCRIPTION LITTÉRALE DES ENTRETIENS

### ANNEXE III.1 : ENTRETIEN IDE AU CENTRE DE CONSULTATION NON PROGRAMMÉE (URGENCES)

- 1 **Benjamin : Bonjour, pouvez-vous vous présenter, année depuis l'obtention du diplôme,**  
2 **ancienneté dans votre service actuel, spécialisation, ...**
- 3 Julie : Bonjour, je m'appelle Julie, j'ai 36 ans, je suis IDE depuis 2009, j'ai un parcours un peu  
4 particulier, j'ai fait mes études en Belgique. Je travaille au CCNP depuis 2018, j'ai fait pas mal  
5 de services sur Grenoble et dans le centre de la France, surtout de la traumatologie, tout ce qui  
6 est chirurgie traumato, j'ai fait du bloc opératoire, 1 an d'intérim donc pas mal de services  
7 différents. J'ai fait dernièrement une spécialisation avec l'année dernière la formation DU  
8 douleur donc je suis infirmière ressource douleur et là je suis aussi en train de passer le DU  
9 hypnose voilà. Je pourrai ainsi exercer au sein de l'hôpital et surtout pour les douleurs  
10 chroniques. Après au CCNP je l'utilise aussi pour les enfants et aussi les adultes.
- 11 **Benjamin : Je vais commencer par vous poser la question qu'est-ce pour vous une**  
12 **situation d'urgence ?**
- 13 Julie : Donc une situation d'urgence dans le cadre de ce que je vois tous les jours au CCNP,  
14 c'est quand on va avoir un patient, on va avoir plusieurs degrés, un patient en détresse vitale,  
15 ça peut être une détresse respiratoire et une douleur associée à un problème cardiaque ce qui  
16 permet de faire vraiment le tri à l'accueil, de savoir comment est le patient selon les questions  
17 qu'on lui pose à l'accueil et les constantes aussi. Voilà on peut avoir quelqu'un avec une  
18 saturation très basse, là on peut parler de situation d'urgence, y'a plusieurs degrés je dirai par  
19 exemple quand on a quelqu'un qui est en détresse psychologique comme j'ai eu aussi la semaine  
20 dernière une jeune qui demande finalement d'être hospitalisé en psychiatrie parce qu'ils ont des  
21 idées noires donc ça c'est un autre style d'urgence mais c'est aussi quelque chose qui peut mal  
22 tourner si on ne prend pas en compte rapidement la demande.
- 23 **Benjamin : Ok, alors qu'est-ce que pour vous une émotion ?**
- 24 Julie : Alors une émotion, comment l'exprimer... c'est, ça peut être un sentiment qu'on va  
25 ressentir, qui peut être positive ou négative, qui tout le monde normalement constitué ressent  
26 des émotions et particulièrement quand on vient à l'hôpital. On peut avoir des mauvaises  
27 émotions comme la peur mais aussi avoir des bonnes émotions lorsque la prise en charge s'est  
28 bien passée. Donc oui notre métier on est confronté aux émotions et oui en tant que soignant  
29 comment on peut les gérer peut-être par exemple dans la prise en charge...on va passer par tout  
30 type d'émotions dans une journée, on peut avoir de l'agressivité envers les patients ben il faut  
31 pouvoir nous canaliser et ne pas rentrer dans ce comportement-là. On peut avoir de bonnes  
32 émotions quand on est satisfait de notre travail, de ce qu'on a pu apporter aux patients. Par  
33 contre on peut aussi avoir beaucoup de stress dans certaines situations et donc oui les émotions  
34 ça fait partie de notre métier et c'est quelque chose qui faut savoir, je pense gérer au mieux pour  
35 se protéger au mieux aussi.
- 36 **Benjamin : Et du coup est-ce-que vos émotions ont déjà influencer votre prise en soin au**  
37 **cours d'une situation d'urgence justement ?**
- 38 Julie : Oui je pense que oui car toute façon quand on est dans une situation d'urgence donc on  
39 va avoir plus d'adrénaline plus de stress donc on va prioriser dans notre tête ce qui faut faire  
40 rapidement, après je crois que peu importe, si on est bien ou pas, l'état d'esprit dans lequel on  
41 est, en situation d'urgence on oublie un peu tous nos tracas. On s'occupe de l'urgence mais

42 c'est vrai que dans certains soins comme je donne l'exemple de l'hypnose, y'a des jours où on  
43 peut être fatigué, stressé ben ça ne sera peut-être pas le bon jour, le bon moment pour faire de  
44 l'hypnose avec le patient parce qu'il faut déjà être bien pour apporter du bien être aux autres.

45 **Benjamin : Du coup si on prend l'exemple de la situation de la patiente la semaine**  
46 **dernière qui souffrait d'une détresse psychologique est-ce que pour vous, vous avez pu**  
47 **percevoir des émotions qui ont impactées votre prise en charge que ce soit de manière**  
48 **positive ou négative ou les deux peut-être ?**

49 Julie : Alors là c'est vrai que c'est une situation très très compliquée, donc c'est une adolescente  
50 qui a subi des agressions sexuelles et de la prostitution de la part de son père pendant des années  
51 et là elle venait parce qu'elle est suivie par une psychologue et là qui s'est rendue compte qu'elle  
52 avait des idées noires et y'a eu dernièrement une affaire avec une jeune fille qui lui a fait  
53 ressortir tout ce qu'elle a vécu depuis sa petite enfance et du coup c'est vrai que c'était assez  
54 compliqué car moi j'ai pas de formation spécifique en psychiatrie et là en plus c'est d'autant  
55 plus compliqué quand c'est des mineurs.

56 **Benjamin : D'accord, et de ce fait selon vous pensez vous que votre expérience, l'évolution**  
57 **de vos compétences cela a pu modifier vos pratiques lors de situation d'urgence ?**

58 Julie : Oui oui oui je pense qu'entre mon début de carrière et maintenant je ne réagis pas pareil  
59 oui. Déjà oui par rapport aux situations d'urgences, par rapport à mes connaissances oui parce  
60 qu'en fait c'est vrai que tout au long de notre carrière on continue à apprendre des choses et on  
61 se forme. Et puis aussi peut être prendre beaucoup plus de recul avec les années car c'est vrai  
62 qu'au début dès qu'on se fait un peu agresser par des patients des fois on le prend pour nous  
63 alors qu'en réfléchissant en fait c'est juste des gens qui souffrent et qui ont des fois peur et qui  
64 ont juste besoin d'être rassuré. Le temps et ce recul va faire qu'on va pouvoir réagir autrement.  
65 Dans les situations d'urgence, c'est vrai que déjà on n'en a pas tous les jours dans le service  
66 mais je pense que oui.

67 **Benjamin : Par exemple si on rebondit sur ce que vous avez évoqué tout à l'heure, la**  
68 **détresse respiratoire, le fait d'y avoir été confronté à de nombreuses reprises, la**  
69 **récurrence de ces situations rencontrées ben peut être que maintenant ça vous est plus**  
70 **familier ?**

71 Julie : Non, c'est ce qu'on se disait avec les collègues, c'est que, alors peut-être qu'il faut être  
72 en service de SMUR, de réanimation, mais moi, vu que ça n'arrive pas très souvent une patiente  
73 qui des sature à 60%, à deux doigts d'y passer si on faisait pas les soins nécessaires. Ben non,  
74 je ne me sens pas plus sûre qu'avant, je sais ce qui faut faire et je ne me sens pas plus à l'aise  
75 face à la personne dans le sens où je me dis qu'on fait au mieux mais qu'on ne sait pas si ça va  
76 bien se passer. Après ce qui est bien c'est d'être entouré, enfin voilà moi j'ai mes collègues qui  
77 ont pu mettre en place l'aspiration pendant que j'étais en train de faire les gaz du sang et de  
78 poser la perfusion. Voilà c'est complémentaire d'avoir aussi toujours quelqu'un pour faire les  
79 soins et puis aspirer en même temps.

80 **Benjamin : Du coup lorsqu'on évoque l'expérience et les compétences ça vous fait aussi**  
81 **un lien important avec la compétence en groupe ?**

82 Julie : Oui, enfin du coup je suis quand même plus à l'aise qu'avant avec le temps ça c'est  
83 indéniable mais c'est vrai que je ne me sens pas non plus super tout va bien, les mains dans les  
84 poches, on est en situation de stress comme tout le temps et je crois que comme mes collègues  
85 je crois que c'est pareil. Après la pression elle retombe quand le patient va mieux, quand il est  
86 parti en réanimation avec le SMUR et qu'on sait qu'il est entre bonnes mains et que voilà enfin  
87 pour ma part c'est toujours aussi stressant ses situations d'urgences mais je sais qu'en situation  
88 comme ça on peut, en travail d'équipe, on peut s'entraider.

89 **Benjamin : Voilà depuis tout à l'heure on a pas mal évoqué la notion de stress, pouvez-**  
90 **vous évoquer une situation d'urgence où le stress a eu un impact ? où le stress a vraiment**  
91 **pu impacter la prise en charge.**

92 Julie : En négatif ou en positif du coup ?

93 **Benjamin : Peu importe, négatif, positif ou les deux.**

94 Julie : Là comme ça y'a rien qui me vient...

95 **Benjamin : Même si vous voulez revenir sur celle qu'on a évoqué juste avant.**

96 Julie : Oui, celle de la dame la semaine dernière, alors, du coup... J'ai installé une dame qui  
97 était en salle d'attente pour une détresse respiratoire mais ça n'avait pas été vraiment priorisé  
98 du coup une patiente qui avait du mal à respirer finalement elle était bien encombrée. Le temps  
99 de faire son accueil, de prendre ses constantes j'ai vu qu'elle était déjà qu'à 80% je me suis dit  
100 bon on va rapidement l'installer. J'ai expliqué au médecin ce qui avait donc on a mis un peu  
101 d'oxygène. Elle a commencé à rapidement se mettre en détresse respiratoire, elle était tellement  
102 encombrée qu'elle arrivait plus à respirer, elle commençait à marbrer et à chercher son air donc  
103 je l'ai installé en chambre, j'ai demandé à mon collègue de préparer l'aspiration le temps que  
104 moi je fasse les premiers soins donc enfaite poser la voie, faire la gazométrie et puis ma collègue  
105 qui ensuite est venue l'aspirer pendant que je finissais les soins. Parce que là en plus elle était  
106 à 60% de sat donc elle n'était vraiment pas bien. Donc déjà le fait d'avoir eu tout le temps  
107 quelqu'un qui pouvait m'aider à faire les soins d'urgence pendant que moi je faisais aussi des  
108 soins car poser une voie veineuse c'était très important. Au final c'était quand même stressant  
109 car la petite fille était dans la chambre donc on l'a fait sortir après. Donc cette patiente je l'ai  
110 quand même gardé jusqu'à 14h donc je l'ai aspiré au moins une dizaine de fois car elle était  
111 très très encombrée et on était à 15l au masque pour avoir une sat à peine à 90 donc c'était  
112 plutôt stressant. Et puis après finalement on a fait tous les prélèvements qui fallait, elle a été  
113 mutée avec le SMUR en réa et j'ai eu des nouvelles quelques jours après par le médecin qui  
114 s'en était occupé donc enfaite c'était la grippe. Juste une grippe chez une patiente qui avait des  
115 facteurs de risques, diabétique et puis voilà, elle avait perdu son mari un mois avant donc elle  
116 se laissait peut-être un peu aller aussi. Du fait d'avoir eu un collègue qui m'a installé l'aspiration  
117 parce que moi j'avais vraiment les deux mains prises et puis ma collègue qui elle s'est mise à  
118 aspirer parce que là je me disais là elle va y passer quoi et voilà. Après comme on n'est pas un  
119 service de soins intensifs non plus j'ai quand même dû passer toute ma journée avec elle donc  
120 fallait quand même installer les autres patients et ça c'est vrai que c'était quand même stressant.  
121 Moi mon stress il n'a pas été négatif sur la prise en charge je pense qu'on a fait vraiment tout  
122 ce qui fallait, elle était quand même bien mieux après. Le moment où je voyais qu'elle était  
123 vraiment en train de désaturer je me disais j'aurai pas le temps de poser la voie faut l'aspirer de  
124 suite parce que là ça ne va pas du tout c'était stressant et puis ce qui m'a un peu stressé aussi  
125 c'est qu'on était au début en salle d'attente car nous on a pas de poste IOA, il faut une personne  
126 dédiée à ça et là on a juste un agent d'accueil qui n'est pas vraiment formé à ça du coup enfaite  
127 elle attendait en salle d'attente et elle aurait très bien pu faire cette détresse enfin si elle était  
128 déjà à 80% ça faisait à peine une heure qu'elle attendait donc ça c'est un peu se dire on prend  
129 comme ça quelqu'un qui dû arriver avec une ambulance.

130 **Benjamin : Du coup malgré les divers imprévus et difficultés rencontrées vous n'avez pas**  
131 **senté que le stress impacter particulièrement vos gestes ou votre prise en charge ?**

132 Julie : Non non après les soins ils ont été faits comme y fallait dans le temps rapidement et puis  
133 finalement on laisse un peu tous les trucs moins urgents derrière et puis après voilà pourquoi  
134 y'a de l'attente aux urgences c'est quand on prend en charge des choses urgentes comme là et  
135 ça met un peu de temps. Mais non moi je pense que la prise en charge était bien après juste

136 voilà l'accueil qui aurait dû être fait plus rapidement et c'est peut-être pour ça qu'on essaye de  
137 faire valoir cette importance du tri mais faut les moyens humains. Enfin voilà après y'a tout  
138 plein d'autres situations qui quand y'a des enfants qui ont des problèmes comme ça auprès de  
139 qui ça peut être des sources de stress aussi et après on a toujours la possibilité de voir avec nos  
140 collègues si on ne se sent pas, de passer la main pour certaine prise en charge voilà après en  
141 général on est quand même tous formé, on est tous complémentaire, que ce soit pour la douleur,  
142 les gestes d'urgences, pour les plaies, on a tous un peu des spécialités différentes. Mais voilà,  
143 je pense que le stress tant qu'il reste positif et qu'il apporte du positif pour la prise en charge ça  
144 va, après quand ça devient délétère c'est dangereux.  
145 **Benjamin : D'accord, j'ai terminé, merci à vous.**

- 1 **Benjamin : Bonjour, je vais vous laisser vous présenter s'il vous plaît.**  
2 Gaelle : Alors je m'appelle Gaelle, je suis IDE depuis 1990 donc ça fait 33ans. J'ai d'abord  
3 travaillé en cardiologie au CHU, en réa cardiaque pendant quelques années et après j'étais en  
4 médecine géré par des médecins libéraux puis après en SSR dans la ville d'à côté et maintenant  
5 11 ans en SSR ici.
- 6 **Benjamin : Concernant l'AFGSU est ce que vous l'avez passé après la réforme ?**  
7 Gaelle : Alors l'AFGSU je l'ai passé pendant que j'étais au SSR d'avant, mais nous à l'époque  
8 quand je faisais mes études on passait le brevet national de secouriste.
- 9 **Benjamin : Et depuis que vous l'avez passé, vous avez eu un recyclage ?**  
10 Gaelle : Oui, oui chaque année, d'ailleurs j'y vais là, la semaine prochaine. Oui, je suis recyclé  
11 régulièrement.
- 12 **Benjamin : D'accord, donc pour commencer, pour vous, qu'est-ce qu'une situation  
13 d'urgence ?**  
14 Gaelle : Une situation d'urgence c'est quand le patient ne va pas bien, quand ses constantes sont  
15 détériorées voilà.
- 16 **Benjamin : Ok, pour vous qu'est-ce qu'une émotion ?**  
17 Gaelle : Une émotion ? c'est quand quelque chose arrive et que ça peut altérer notre façon de  
18 réagir, de se comporter.
- 19 **Benjamin : Du coup justement est ce que les émotions ont déjà influencer votre prise en  
20 soin lors d'une situation d'urgence ?**  
21 Gaelle : Non, non je vois pas, je vois pas de situation où j'ai eu des émotions, c'est vrai que j'ai  
22 toujours beaucoup travaillé auprès des personnes âgées, peut-être qu'on a moins d'émotions,  
23 peut être que si c'était une situation d'urgence avec un patient qu'on connaît mais là non je ne  
24 vois pas de situation... ah si est ce qu'une situation, si j'ai une situation qui m'a... à cette  
25 époque-là j'étais étudiante et j'étais en pédiatrie et on avait eu une situation d'urgence avec un  
26 bébé prématuré mais moi j'avais assisté mais j'étais pas tellement actrice. J'avais été quand  
27 même très marqué par ce bébé qui était né prématuré, qui avait eu une hémorragie cérébrale et  
28 qui finalement était décédé dans le week-end voilà. Mais bon vraiment moi intervenir...
- 29 **Benjamin : Parce que là ici les patients ils restent un moment vous les connaissez, vous  
30 créer pas de lien à force de les prendre en charge ?**  
31 Gaelle : Non mais on n'a pas de situations d'urgences nous.
- 32 **Benjamin : Non mais ne serait-ce qu'une chute.**  
33 Gaelle : Non mais non, pas spécialement.
- 34 **Benjamin : Est-ce que vous pensez que votre expérience, votre évolution de compétences  
35 cela a pu modifier vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?**  
36 Gaelle : Oui, oui. J'ai appris à prendre beaucoup de recul, c'est-à-dire que je m'affole moins  
37 vite par rapport à mes collègues. Enfin je ne sais pas si c'est de l'émotion mais c'est-à-dire que  
38 par exemple quelqu'un de très âgé qui fait un malaise, je prends le temps de prendre ses  
39 constantes et je ne saute pas sur le téléphone tout de suite en criant allo le médecin.
- 40 **Benjamin : Du coup selon vous, en clair, c'est quoi qui différencie votre réaction à vous  
41 plutôt que celle de vos collègues ?**  
42 Gaelle : Pour moi c'est l'expérience oui qui fait ça.
- 43 **Benjamin : Et de ce fait les compétences en lien aussi d'après vous ?**

44 Gaëlle : Oui bah oui forcément d'ailleurs le médecin de garde souvent il me dit que quand c'est  
45 moi qui l'appelle il se dit y'a quelque chose de grave. Je pense que oui c'est l'expérience qui  
46 fait ça.

47 **Benjamin : Concernant le stress, est-ce-que vous pouvez me raconter une situation**  
48 **d'urgence où le stress a eu un impact ?**

49 Gaëlle : Déjà ça fait super longtemps que je n'ai pas eu de situation d'urgence mais oui, je vois  
50 pas vraiment de situation stressante. Après, ah si l'autre jour on a eu un Monsieur qui est tombé  
51 et qui saignait beaucoup et oui on a appelé le médecin et ce qui m'a un peu stressé c'est que le  
52 médecin n'était pas réactif voilà. Enfaite c'est plus nous qui avons géré l'urgence à faire un  
53 point de compression au niveau de cette plaie-là voilà.

54 **Benjamin : D'accord et du coup ce stress que vous avez ressenti ça a eu un impact positif**  
55 **et plus négatif dans la prise en soin ?**

56 Gaëlle : Peut-être un peu négatif par rapport au fait que voilà moi j'étais un peu plus stressé  
57 voilà je suis moins bien arrivé à le piquer. Ça m'a un peu perturbé oui.

58 **Benjamin : D'accord et du coup vous avez une autre situation où ça a pu avoir un impact ?**

59 Gaëlle : Non non c'est vrai qu'on n'a pas trop de situation d'urgence nous aussi. Ça fait  
60 longtemps mais si des fois un peu d'adrénaline ça booste et on repart... Ça c'était plus quand  
61 j'étais en cardiologie sur le CHU où on avait des arrêts et tout ça. On était dans une dynamique  
62 différente voilà, on était épaulé, y'avait l'interne et tout le monde était là au bout du couloir. Le  
63 fait qu'il y est plus de monde, et des gens compétent y'a du stress mais du bon stress.

64 **Benjamin : Ok d'accord, vous avez quelque chose à rajouter ?**

65 Gaëlle : Non mais voilà c'est vrai que nous les situations d'urgences on en a très peu au final,  
66 enfin ça fait des années que je n'ai pas sorti le chariot d'urgence. Après je pense qu'avec les  
67 années on arrive à prendre du recul. C'est-à-dire que le boulot c'est le boulot et qu'un patient  
68 reste un patient mais ce n'est pas avec un membre de la famille voilà. Après moi j'ai eu des  
69 situations qui m'ont posées question où ça a été difficile mais je pense que le fait que je prenne  
70 de l'âge et du coup j'arrive plus facilement à me détacher des patients. Mais j'ai un souvenir  
71 quand j'étais en médecine avant il y a eu un monsieur assez jeune qui est décédé d'un cancer et  
72 on avait avec nous sa fille d'une dizaine d'année qui était là et qui nous demandait pourquoi  
73 son papa allait mourir à de nombreuses reprises. Et ça c'était difficile à entendre, après ici on  
74 n'a pas de situations comme ça en ce moment au vu de la population, on est un SSR gériatrique  
75 donc c'est plus la continuité de la vie.

76 **Benjamin : Et là du coup par rapport à ça c'est quoi qui était le plus dur ?**

77 Gaëlle : C'est la petite fille, c'est la petite, c'était plus ça car on se répercute vers ses enfants,  
78 on pense à nos enfants, c'est plus l'environnement. Malgré le fait que j'avais déjà pas mal  
79 d'années diplômes mais bon je pense que cette petite fille elle avait à peu près l'âge de mes  
80 enfants donc c'est vraiment la projection qui fait. Voilà.

81 **Benjamin : Merci à vous.**

1 **Benjamin : Pour commencer je te laisse te présenter s'il te plaît.**

2 Michel : Alors Michel, infirmier chez les sapeurs-pompiers depuis 2010 et infirmier hospitalier  
3 depuis 2007. Je bosse en réanimation, j'ai quasiment fait toute ma carrière dans ses services là.  
4 Réanimation cardiaque, neurologie et polyvalence médicale dans un CHU actuellement.

5 **Benjamin : Du coup une petite question sur l'AFGSU, est-ce que tu l'as passé à l'école ?  
6 est-ce que tu es recyclé ?**

7 Michel : Alors oui, je l'ai passé au CESU lorsque je travaillais dans un autre CHU et le recyclage  
8 je l'ai fait, en plus ça tombe bien j'ai regardé dernièrement, je l'ai fait en 2014. Donc en gros il  
9 était valable jusqu'en 2018 mais bon enfin il ne m'est pas utile on va dire dans mon activité  
10 quotidienne parce que je travaille dans un service déjà aigu donc voilà, on ne m'a pas demandé  
11 de nouveau recyclage donc voilà.

12 **Benjamin : D'accord ok, du coup quand tu as le statut d'ISP est ce que tu peux faire un  
13 aparté sur le départ en intervention, tu es accompagné de qui ?**

14 Michel : Alors déjà dans l'activité SSSM il y a déjà l'activité opérationnelle (gardes infirmiers  
15 CODIS et à la VSM), le coté formation et le coté visite médicale. Sur le plan opérationnel du  
16 coup on intervient dans tous les cas à la demande du centre 15 soit avec une ambulance privée  
17 soit en renfort d'un VSAV voilà ça c'est pour l'aide médicale urgente. Après nous on peut  
18 également décaler pour du soutien sanitaire sur des interventions à risque, de grande ampleur  
19 avec beaucoup de personnels sur les lieux, là l'objectif c'est plus du soutien, de la prévention  
20 et assurer la sécurité des agents.

21 **Benjamin : Et sur intervention tu intervies dans quelles conditions ?**

22 Michel : Alors avec un conducteur qui est équipier « secours à personne » à minimas. En  
23 fonction de la gravité de la situation on peut avoir un SMUR pour qu'il y est un médecin sur  
24 les lieux, en fonction du délai de route du SMUR on va être engagé nous aussi.

25 **Benjamin : Voilà donc maintenant on a fini ta présentation, on va commencer avec les  
26 questions. Qu'est-ce que pour toi une situation d'urgence ?**

27 Michel : Une situation d'urgence c'est une situation où le pronostic vital est engagé, alors, en  
28 gros, y'a plusieurs domaines. Le pronostic vital peut être engagé sur le plan respiratoire, sur le  
29 plan neurologique et sur le plan cardiaque. C'est à peu près les trois grands items de la détresse  
30 vitale. Alors tout ça ça comprend multiples pathologies mais en gros voilà c'est une pathologie,  
31 s'il n'y a pas d'action immédiate, qui va mettre en péril la vie du patient.

32 **Benjamin : D'accord, qu'est-ce que pour toi une émotion ?**

33 Michel : Une émotion, alors comment la définir, je dirai que c'est un affect plutôt et elle est  
34 variable en fonction de l'individu et c'est un ressenti, par le biais du contexte, du vécu, voilà.  
35 C'est difficile cette question

36 **Benjamin : Est-ce que tes émotions ont déjà impacter ta prise en soin lors d'une situation  
37 d'urgence ?**

38 Michel : Non, enfin, non, j'ai envie de dire non parce que dans l'urgence, comment dire, t'as  
39 un peu la tête dans le guidon. Tu sais ce que tu dois faire, je ne dis pas que ça te touche pas mais  
40 t'es concentré, t'as forcément une décharge adrénérurgique qui se fait et qui fait que ton émotion  
41 est un peu mise en stand-by parce voilà, tu agis pour le bien de la victime. Il y a pleins de  
42 situations délicates où nos émotions sont mises à rude épreuve mais c'est sûr que l'émotion  
43 arrive plutôt après, quand on fait le débriefing ou oui quand on se pose un petit peu, qu'on prend  
44 du recul sur la situation, c'est là qu'on se dit ah merde ça touchait un gosse, ça touchait une

45 famille entière enfin voilà. Genre j'ai vu des trucs pas drôles en intervention et c'est vrai que  
46 voilà quand t'as un gamin mineur en arrêt cardio, oui, tu te dis c'est un jeune, tu te projette  
47 quelque part mais tu restes professionnel et tu bosses quoi puis c'est après coup que tu réalises.

48 **Benjamin : Et du coup selon toi ton expérience, l'évolution de tes compétences cela peut  
49 modifier tes pratiques lors d'une situation d'urgence ?**

50 Michel : Ah bah oui forcément l'expérience fait que tu te sens plus à l'aise, bon après moi je  
51 travaille dans un domaine plus aigu alors forcément ça aide beaucoup il ne faut pas le nier. Mais  
52 oui l'expérience te permet d'avoir des bagages, d'être plus posé face à des situations, d'avoir  
53 du recul face à des situations que t'as déjà vécues donc voilà ça aide, j'avoue que si je n'avais  
54 pas mon cursus actuel y'a des situations où je me sentirai nettement moins à l'aise. Alors je ne  
55 dis pas que je suis à l'aise sur tout, quand je décale sur de la pédiatrie, tout dépend ce que c'est  
56 mais ce n'est jamais très évident car c'est une spécialité à part entière. Alors la pédiatrie c'est  
57 une chose mais la néonatalogie c'est encore autre chose alors heureusement qu'on fait très peu de  
58 néonatalogie mais c'est compliqué. Après voilà quand on reste chez l'adulte, généralement c'est des  
59 choses qu'on sait faire voilà, après on a tous un peu nos vitesses d'actions en fonction de ce que  
60 c'est, en fonction de notre expérience.

61 **Benjamin : Donc par exemple si on prend l'exemple de la prise en charge d'un arrêt  
62 cardio-respiratoire.**

63 Michel : Bah voilà, l'arrêt cardio-respiratoire que je prends en charge actuellement je pense que  
64 je ne le prenais pas pareil il y a cinq ans et pas pareil il y a dix ans parce que j'avais moins  
65 d'expérience et puis on a aussi un protocole qui nous sécurise et qui nous permet de bien cadrer  
66 les choses.

67 **Benjamin : D'accord, du coup est-ce que tu peux me raconter une situation d'urgence où  
68 le stress avait un impact ?**

69 Michel : Déjà quelque part t'es stressé parce que t'as la situation complexe en face de toi, je  
70 repense par exemple à un AVP que j'ai fait y'a pas si longtemps que ça, c'était au plein milieu  
71 de la nuit, on avait notion que c'était un AVP grave, que des jeunes dans une voiture, deux  
72 équipes SMUR engagées avec moi. Déjà le premier stress que j'ai eu c'était de perdre du temps  
73 sur la route, ce qui était un peu le cas parce que c'était dans les montagnes donc on n'avait pas  
74 vraiment d'adresse précise donc voilà moi c'est souvent ça qui me stress, quand tu sais que  
75 c'est urgent je n'ai pas envie de perdre du temps sur la route. Une fois arrivée sur les lieux on  
76 s'est assez vite orienté, qui fait quoi, le SMUR qui était déjà en train de médicaliser le premier  
77 gamin qui était en arrêt mais voilà le stress, enfin ce n'est pas vraiment du stress c'est de la  
78 concentration peut être stressant je ne sais pas mais je pense que le stress a aussi un côté positif  
79 car il t'aide enfin pour mon cas à me concentrer et à rester vigilant sur plein de choses voilà.  
80 Après sur le côté négatif je ne peux pas dire que le stress a déjà été pour moi trop négatif en  
81 soit je n'ai pas d'exemple négatif. Après aussi le stress il faut savoir le gérer, y'a des gens qui  
82 gèrent très mal le stress, je ne sais pas si je le gère bien mais j'arrive en tout cas à travailler avec.

83 **Benjamin : Tu penses que cette capacité que tu peux avoir à savoir gérer le stress comme  
84 tu dis elle est liée à ton expérience justement ?**

85 Michel : Ah bah oui, je me souviens quand j'étais jeune diplômé on m'a foutu au déshock il  
86 fallait faire des choses, des médicaments que je ne maîtrisais pas parce que t'es un pioupiou, tu  
87 sors de l'école tu ne sais rien faire de tes dix doigts donc effectivement on te confie une mission  
88 qui te stresse, tu te dis mince j'ai peur de faire une erreur de calcul de dose, j'ai peur de mal  
89 dilué voilà. Tout ça parce que t'a pas de bagage, quand tu as notion, quand tu as de l'expérience,  
90 tu comprends les choses et du coup ça te sécurise quelque part toi en te disant voilà si y se passe

91 aujourd'hui une situation je saurai réagir et ça, ça marche avec l'expérience, avec la formation,  
92 au final plusieurs choses. Je ne sais pas si j'ai répondu à la question du coup.

93 **Benjamin : D'accord, en tout cas pour moi au niveau des questions c'est bon, est-ce-que**  
94 **peut être tu as quelque chose à rajouter ?**

95 Michel : Alors, oui, l'émotion, t'en a tout le temps ou alors c'est enfin, une réaction d'être  
96 humain, ça m'est déjà arrivé et même là, de temps en temps quand t'a des situations qui te  
97 touchent. Là où t'as l'émotion qui peut vraiment plus monter c'est quand tu fais une projection.  
98 Moi je sais que j'ai perdu mon père et y'a des situations où y'a de la similitude et tout ça et bah  
99 y'a un moment donné je décroche parce que je pense à lui. Je me dis ah tiens cette situation elle  
100 me fait penser à lui et forcément t'as l'émotion personnelle qui agit. Après des situations, moi  
101 je vois ça m'ai déjà arrivé une fois en entretien, t'as la famille, le gars était en train de partir et  
102 t'as les gamins qui ont moins de quinze ans et qui te disent, qui te balancent en pleine tête « bon  
103 ben on y va faut que j'aïlle lui dire au revoir » bah oui tu sors de la pièce t'as les larmes aux  
104 yeux, tu te dis surtout quand tu les vois faire je sors de la chambre je les laisse entre eux parce  
105 que franchement t'as envie de pleurer avec eux. Après ça c'est humain parce que dans les  
106 situations difficiles voilà... après en préhospitalier ce n'est pas pareil parce que t'es déjà un peu  
107 plus dans le feu de l'action, puis quand t'as des décès en préhospitalier bon ben tu n'as pas eu  
108 le temps d'avoir cette promiscuité avec la victime. T'arrives, il est en arrêt, tu essaies de le  
109 réanimer ça ne marche pas, le médecin SMUR déclare le décès voilà, t'es venu, t'as été un  
110 maillon de la chaîne médicale, t'as essayé ça n'a pas marché mais tu n'as pas eu le temps même  
111 si après t'as la famille qui est peinée forcément. Ils sont peines et encore des fois ils mettent du  
112 temps à réaliser enfin voilà ce n'est pas la même émotion que quand ça fait quinze jours que tu  
113 soignes le patient et que d'un coup y part où là t'as eu le temps de discuter avec les gens, pas  
114 s'attacher mais lier une relation avec eux ce n'est pas pareil.

115 **Benjamin : Donc là ce que t'es en train de me dire que déjà quand tu as le statut**  
116 **d'infirmier sapeur-pompier et infirmier de réanimation seulement le fait d'avoir connu le**  
117 **patient ne serait-ce qu'un peu ça change vraiment beaucoup de choses ?**

118 Michel : Alors oui, ça a un impact, ça a une influence sur ton émotion propre parce que tu as le  
119 temps de discuter avec le patient, avec sa famille et du coup quelque part si t'es humain, t'a un  
120 petit peu de lien qui se crée et ce lien-là va finalement in fine te perturber plus par la suite parce  
121 que tu te rends compte que c'est des gens super sympa, voilà ils te racontent pleins de choses  
122 et tu te dis bah merde ils n'ont vraiment pas de chances dans leurs vies. Qu'en pré hospitalier  
123 c'est plus brut, t'arrive, généralement tu dis bonjour et encore des fois tu te dis est ce que c'est  
124 vraiment nécessaire parce que pour eux ce n'est pas un bon jour. Du coup voilà, t'es la tête dans  
125 le guidon finalement tu fais tes trucs, tu les occulte, voir même moi ça m'arrive d'occulter les  
126 sapeurs-pompiers tellement que je suis lancé dans mon truc. J'espère d'ailleurs qui ne le prenne  
127 pas pour eux mais c'est vrai que nous aussi on a des comptes à rendre donc voilà ça nécessite  
128 une concentration importante et c'est après coup qu'on réalise qu'une famille est là par exemple.  
129 Donc voilà, pour revenir à la question, une émotion va être différente entre le pré hospitalier et  
130 l'hôpital parce que voilà il n'y a pas ce critère d'attachement, la connaissance. Finalement  
131 t'intervient dans un laps de temps très court donc quand t'arrives que le gars il est en arrêt bah  
132 voilà tu viens pour essayer de le réanimer mais si tu n'y arrives pas ben tu repars et c'est tout.

133 **Benjamin : D'accord ça marche merci à toi.**

1 **Benjamin : Du coup je te laisse te présenter s'il te plait.**

2 Marie : Alors je m'appelle Marie, j'ai 42 ans, je suis diplômée depuis 2003, je suis dans un  
3 service d'urgence depuis 2007 et je fais du SMUR depuis 2011. Je suis infirmière sapeur-  
4 pompier depuis 2016, je fais des visites d'aptitudes et de la VSM.

5 **Benjamin : Concernant l'AFGSU où te situe-tu ?**

6 Marie : Alors je l'avais passé il y a quelques années quand j'étais aux urgences, j'aurai dû passer  
7 le recyclage en 2020 mais comme il y avait le COVID et que toutes les formations étaient  
8 annulées et après du coup j'ai refait mon AFGSU là il n'y a pas très longtemps, en fin d'année  
9 2022. J'ai refait trois jours de formations complètes. Et j'ai aussi passé une autre branche de  
10 l'AFGSU pour les situations exceptionnelles, donc ça concerne les plans NOVI etc. Ils me l'ont  
11 proposé à l'hôpital car quand on fait du SMUR c'est fortement recommandé.

12 **Benjamin : D'accord, ça marche, bon du coup je vais attaquer les questions.**

13 Marie : Ouai vas-y pas de soucis.

14 **Benjamin : Pour toi qu'est-ce qu'une situation d'urgence ?**

15 Marie : C'est une situation où faut réfléchir et agir vite et dans laquelle le pronostic vital ou  
16 fonctionnel du patient ou victime peut être engagé à plus ou moins court terme.

17 **Benjamin : Qu'est-ce-que pour toi une émotion ?**

18 Marie : Une émotion, alors comment je pourrai te décrire ça, je ne sais pas, un ressenti ou, ce  
19 n'est pas très facile à décrire, plus un ressenti, qui peut être intense et je ne voudrais pas dire  
20 handicapant mais tu vois le truc qui peut te bloquer si par exemple c'est quelque chose de fort,  
21 parasiter les actions voilà, demander un petit temps de réflexion, 2/3 sec pour se dire mes  
22 émotions faut que je les mette de côté pour continuer de faire ce que je suis en train de faire.  
23 Après dans le boulot ou les pompiers c'est plus souvent négatif du fait de la situation après y'a  
24 des moments où ça peut être une émotion... tu vois par exemple dans le cadre de  
25 l'accouchement c'est une émotion heureuse parce que y'a... enfin je ne veux pas dire positif  
26 ou négatif mais l'accouchement inopiné si ça se passe bien tout le monde est content. Même en  
27 tant que soignant on va aussi avoir des émotions positives mais quand même dans les situations  
28 d'urgences c'est plus là où il faut qu'on se dise aller je mets tout ça de côté et j'avance, on met  
29 un peu une barricade.

30 **Benjamin : Est-ce-que tes émotions ont déjà influencer ta prise en soin lors d'une situation  
31 d'urgence ?**

32 Marie : Alors ma première mort subite du nourrisson, en fait je venais de reprendre de mon  
33 congés maternité, alors l'intervention se déroulait chez une nounou et le bébé s'appelait Lucas  
34 et mon fils s'appelait Lucas et il avait trois jours d'écart donc voilà. Alors de base quand ça  
35 touche les enfants c'est particulier et en plus la mort subite du nourrisson c'est souvent une  
36 évolution défavorable. La situation en elle-même voilà, retour de congés maternité ce n'est pas  
37 forcément l'intervention qui fallait faire tu vois et après quand j'ai eu le prénom du bébé et la  
38 date de naissance. Alors sur le moment j'ai eu des émotions seulement par rapport à la situation  
39 et une fois fini qu'on a pris les données tout ça y'a eu d'autres émotions qui se sont mise en  
40 place du fait des différents trucs, le prénom, l'âge etc. Alors sur le moment y'avais l'émotion  
41 dû au fait que j'étais confronté à un bébé et de savoir que voilà on le sauvera très certainement  
42 pas mais après ça doit être un mécanisme de défense qui fait que sur le moment on fait les gestes  
43 un peu de manière automatique tu vois enfin je savais qu'il fallait que je perfuse le bébé, que je  
44 prépare les drogues, que le médecin intube mais voilà tu réfléchis pas trop à ce moment-là, tu

45 te mets dans ta bulle, tu fais ce que t'as à faire sans te laisser parasiter par le reste enfaite. Pour  
46 moi, y'a vraiment le moment pendant où j'essaie de ne pas faire le transfert c'est un bébé voilà,  
47 je suis dans ma bulle mais par contre après généralement y'à ce moment qui est un peu  
48 compliqué. Après sinon après chez les adultes je peux aussi faire un transfert c'est humain  
49 seulement je pense que déjà notre avantage si je peux le dire comme ça c'est qu'étant dans un  
50 service de court séjour comme on dit nous on n'a pas forcément d'affection qui se met en place,  
51 y'a pas d'impact enfin si l'affection médicale mais je veux dire pour nous au niveau émotionnel  
52 bah voilà. Par exemple tu compares à une infirmière qui bosse en EHPAD et qui connaît son  
53 patient depuis deux ou trois ans. Dans ces moments-là pour elle je pense que y'a des relations  
54 d'affection qui se mettent en place que nous on ne retrouve pas dans notre travail.

55 **Benjamin : D'accord, ensuite est-ce-que selon toi ton expérience et l'évolution de tes**  
56 **compétences ont pu modifier ta pratique lors de situations d'urgences ?**

57 Marie : Alors oui c'est avec l'expérience et la pratique qu'on aborde plus, enfin je ne peux pas  
58 dire qu'il y a plus le stress mais c'est plus avec la pratique et l'expérience je pense que le stress  
59 est plus constructif qu'handicapant, je ne sais pas si c'est très clair ce que j'essaie de t'expliquer.  
60 Enfaite tu vois le premier jour aux urgences j'étais tétaniser parce que voilà mais avec  
61 l'expérience tu sais un peu comment les choses se passent et t'as moins cette appréhension qui  
62 favorise un stress négatif. Y'a plus la même appréhension de la situation mais après je pense  
63 qu'avec l'expérience on arrive à se forger une carapace et on se prend plus les mêmes choses à  
64 chaque situation mais je pense que l'expérience et la pratique y sont pour beaucoup oui. Après  
65 je pense que y'a des émotions qui restent, y'a des situations qui tu vois par exemple pour moi  
66 quand ça concerne les enfants ça restent hyper compliqué, alors, pas à gérer mais plus sur le  
67 ressenti et ça je pense que même avec l'expérience ça peut rester compliqué. Je pense que là-  
68 dedans y'a une histoire de transfert, certainement inconscient oui.

69 **Benjamin : Est-ce-que tu peux me raconter une situation d'urgence où le stress a eu un**  
70 **impact ?**

71 Marie : Alors ouai y-a pas très très longtemps on part pour un Monsieur relativement jeune qui  
72 avait une douleur thoracique, on fait l'ECG, il avait un SCA et du coup enfaite dans le sac  
73 d'intervention on a une pochette cardio où y'a tout le nécessaire pour le traitement du SCA,  
74 aspegic, brilique, ... et enfaite quand on rentre d'intervention on fait l'inventaire et on scelle  
75 les pochettes et enfaite quand j'ai sorti la pochette cardio elle n'était pas scellée et du coup  
76 automatiquement le stress est monté, il m'a fallu quelque seconde pour me dire j'ai pas l'aspegic  
77 mais j'en ai ailleurs, j'ai pas ça mais j'en ai pas ailleurs enfin tu vois les secondes de stress le  
78 fait de voir que ce n'est pas scellé, qu'il manque des choses voilà. Alors oui en soit ça n'a pas  
79 beaucoup impacté la prise en charge mais je pense que ça peut quand même nous apporter  
80 quelque chose de négatif et ça peut rapidement joindre du négatif à la situation et nous parasiter.  
81 Par contre c'est vrai qu'à l'inverse y'a des situations où tu sais t'es sur une prise en charge où  
82 t'as un patient plutôt grave et où enfaite tu sais que le truc qui te faut c'est ta voie veineuse et  
83 de manière générale, je parle pour moi mais c'est le même ressenti pour certaines collègues,  
84 enfaite on sait qu'il nous faut une voie veineuse et c'est dans cette situation où même si le  
85 patient il n'a pas de veine bah la seule veine qu'il a on ne la rate pas. Je pense que ça c'est un  
86 effet du stress qui te dit il me la faut, il ne faut pas que je la rate et bingo je pose mon cathé et  
87 ça passe donc je pense que y'a quelque chose, du stress positif. Puis clairement par contre je  
88 vais prendre le truc banal : la douleur abdo aux urgences où y'a aucun caractère d'urgence le  
89 patient il a des boulevards tu poses ton cathé tu le foire tu vois. Je pense que c'est aussi un truc  
90 inconscient.

91 **Benjamin : D'accord, c'est bon pour moi, je te remercie.**

1 **Benjamin : Du coup je te laisse te présenter s'il te plait.**

2 Marion : Du coup je m'appelle Marion, je suis infirmière depuis 2015, à ce moment-là mon but  
3 final était de soit travailler avec les enfants soit d'être libérale. J'ai fait plusieurs services et  
4 quand j'ai eu ma fille j'ai décidé de goûter au libéral et depuis je veux plus retourner à l'hôpital,  
5 je pense que c'est question de caractère voilà. Je suis infirmière libérale depuis 2019.

6 **Benjamin : Concernant l'AFGSU où-en es-tu ?**

7 Marion : Alors non, pas encore, enfaite-t-on ne te propose pas de recyclage donc bêtement  
8 quand t'es lancé dans la profession tu n'y pense pas systématiquement et maintenant que je suis  
9 dans le libéral on me propose pas mal de formation et oui je pense que ça pourrait être pas mal  
10 de faire un recyclage au niveau de l'AFGSU parce que ça tu le vois une fois et c'est fini quoi.

11 **Benjamin : Du coup on va commencer les questions, qu'est-ce-que pour toi une situation  
12 d'urgence ?**

13 Marion : Une situation d'urgence, basique, pour moi c'est quelqu'un en détresse voilà peu  
14 importe la détresse mais c'est une situation où faut agir rapidement et pour le coup  
15 professionnellement on est seuls quand il faut agir en urgence donc soit on fait appel à nos  
16 collègues ou alors d'autres collègues type pompiers tout ça.

17 **Benjamin : Qu'est-ce-que pour toi une émotion ?**

18 Marion : Une émotion, pour moi c'est une réaction face à une situation et on réagit tous de  
19 manière différente. Moi face aux patients c'est surtout soit de la tristesse soit de la colère.

20 **Benjamin : Est-ce-que tes émotions ont déjà influencer ta prise en soin lors d'une situation  
21 d'urgence ?**

22 Marion : Non, non je ne pense pas mais je pense que ça pourrait être le cas si j'avais une attache  
23 particulière avec la personne. C'est pour ça que nous dans le libéral on peut avoir à faire à des  
24 gens qu'on connaît et quand on est plusieurs on délègue voilà parce que c'est le risque et je n'ai  
25 pas envie de faire face à ça. Je prends l'exemple d'une situation toute bête, rien que faire une  
26 prise de soin à quelqu'un qu'on connaît c'est pas pareil, la prise de soin c'est un acte banal que  
27 tu fais tous les jours mais quand tu le fais à ton frère, ta sœur, ton beau-père bah ce n'est pas  
28 pareil que le faire à quelqu'un à qui tu n'es pas attaché quoi donc avoir affaire à une situation  
29 d'urgence face à quelqu'un à qui tu as des attaches ça peut vite être émotionnellement  
30 compliqué je pense donc je préfère éviter en déléguant les soins si je connais le patient. Lorsque  
31 c'est par rapport à mes patients normaux si je peux dire ça comme ça, il y a un travail à faire  
32 pour ne pas s'attacher, enfin on s'attache forcément mais il ne faut pas autant, il faut savoir faire  
33 la différence entre un patient et la famille et faire attention à ne pas franchir le cap au risque de  
34 rencontrer des difficultés dans la prise en charge et notamment celle de la prise en charge de  
35 l'urgence. Par exemple dans le libéral comme dans l'hospitalier on peut prendre en charge un  
36 patient du début à la fin jusqu'au décès et là si tu t'es trop attaché c'est compliqué et tu peux  
37 avoir une grosse période où tu te remets en question, où les soins deviennent compliqués car  
38 même avec les autres tu as peur de t'attacher après. Donc je pense qu'il y a un gros travail à  
39 faire là-dessus surtout en début de carrière car après je pense qu'au fil des années ça se fait tout  
40 seul. Je vois la différence avec mes débuts où j'ai notamment travaillé en oncologie et je  
41 m'attacher très rapidement aux gens et quand on les passer en soins palliatifs pour moi c'était  
42 hyper compliqué. Alors que maintenant j'ai des décès voilà même quand j'arrive chez les gens  
43 c'est moi qui les retrouve décédés et j'arrive à prendre assez de recul et à « le vivre bien » et  
44 c'est vrai que c'est un peu pareil pour les urgences que je peux rencontrer.

45 **Benjamin : D'accord, selon toi, ton expérience et l'évolution de tes compétences ont pu**  
46 **modifier tes pratiques lors d'une situation d'urgence ?**

47 Marion : Alors oui clairement, alors déjà au début tu n'es pas sûr de toi donc t'as forcément  
48 besoin même si t'as des compétences, d'être soutenu et c'est pour ça que c'est bien de  
49 commencer par l'hospitalier et ne pas te balancer direct dans le libéral. Et puis au fur et à mesure,  
50 en fonction des situations auxquelles t'as eu affaire tu prends, tu agrandis tes compétences et  
51 donc tu fais plus facilement face aux urgences qu'au début. Moi je vois au début je n'aurai pas  
52 géré une situation d'urgence seule au domicile comme aujourd'hui je peux les gérer mais ça y'a  
53 que les années qui peuvent te le permettre. Déjà au début je ne comprenais pas mais quand j'ai  
54 commencé à travailler déjà tu vois que le travail d'équipe il est vraiment important pour  
55 t'apporter des compétences qui après seul te permettront de faire face à des situations difficiles  
56 comme les situations d'urgences seul. Moi maintenant, ça fait quelques années que je fais  
57 maintenant, cela ne m'inquiète pas de travailler seul mais je suis quand même toujours que je  
58 ne suis jamais vraiment seule, qu'on est toujours plusieurs même si je suis seule au domicile je  
59 sais toujours que je peux passer un coup de fil à mes collègues et c'est là l'importance d'avoir  
60 une bonne équipe.

61 **Benjamin : Du coup une dernière, est-ce-que tu peux me raconter une situation d'urgence**  
62 **où le stress a eu un impact ?**

63 Marion : Alors, avec mes patients je ne me souviens pas mais on va revenir à la première  
64 question un peu. Une situation où le stress a eu un impact beh mes émotions étaient liées aussi,  
65 c'était avec ma fille. Une situation où chez un patient je n'aurai pas été en difficulté car c'est  
66 vrai que ça m'arrive régulièrement et au final je les gère sans problème. Au domicile le patient  
67 est inconscient bah je le met en PLS je prends les constantes et j'appelle le 15 quoi. J'ai trouvé  
68 ma fille inconsciente sur le canapé juste pour une hyperthermie donc en soit voilà mais tout de  
69 suite je n'ai pas su quoi faire, j'étais toute seule bêtement je me suis dit merde qu'est-ce-qui  
70 faut que je fasse. La première chose c'est que j'ai appelé quelqu'un pour venir m'aider parce  
71 que j'étais toute seule avec elle. Après j'ai appelé le 15 et même encore comme ça je paniquais.  
72 Par contre voilà avec un patient je ne crois pas que le stress ai déjà pris le dessus. Après je pense  
73 que y'a toujours du stress forcément mais t'arrive plus ou moins à prendre sur toi. Même au  
74 début, si j'étais dans une situation d'urgence et que je ne gérais pas toutes mes compétences  
75 j'avais mes collègues étant donné que j'étais à l'hôpital. Après je pense que y'a aussi selon le  
76 caractère, t'as des personnes qui sont plus sujettes à stresser de suite et d'autres non, qui vont  
77 plus prendre sur elles. Je t'avoue moi j'arrive y'a quelqu'un qui est en train de faire l'arrêt ça  
78 va me mettre en situation de stress quand même vu que t'es seul et c'est toi qui dois gérer mais  
79 voilà. Moi je pense que le stress que je peux avoir avec mes patients c'est un stress positif parce  
80 que ça fait devenir réactif, tu sais qui faut agir vite puis quand t'as les bases tu les appliques  
81 bêtement et tu t'aides avec tes collègues si tu peux. Après pour revenir au fait que le fait de  
82 l'attachement peut être que ça va certainement y jouer, je pense qui faut faire ce travail de ne  
83 pas s'attacher. À domicile c'est vrai que c'est sûrement plus compliqué qu'à l'hôpital car là-bas  
84 y'a plus de vas et viens quoi alors que nous c'est beaucoup de patients chroniques que tu vois  
85 tous les jours. Nous c'est vrai qu'on devient quand même proche d'eux, ils s'attachent à nous,  
86 nous font des cadeaux, on voit qu'on est plus seulement l'infirmière qui vient tous les jours  
87 mais un peu un membre de la famille. Du coup c'est à nous de savoir mettre la petite distance  
88 qui fait que ça n'impactera pas les soins. Il faut savoir mettre des limites pour ne pas justement  
89 ou du moins éviter au maximum d'arriver à ce moment-là où ta prise en soin sera impactée. Au  
90 début je ne savais pas y faire, moi c'est mes collègues sur un cas qui m'avait dit stop cette dame  
91 tu ne vas plus la voir. Lors de ma première année en oncologie, une dame la quarantaine, fin de

92 vie sur un cancer du poumon, bêtement je faisais un transfert avec ma mère et du coup je  
93 m'attachais à elle et son entourage et c'est là que mes collègues m'ont dit attention là ça va trop  
94 loin, mais pour toi enfaite tu vas mal le vivre le jour où elle va partir. Pour moi y'a qu'avec les  
95 années que t'apprends à couper en rentrant à la maison pour savoir te protéger. Les émotions  
96 des autres ne peuvent pas t'impacter sinon tu vas appréhender les autres situations c'est obligé.  
97 Je reviens sur le fait que j'ai dit des années, peut être que non au final, quelques mois peuvent  
98 certainement suffire si l'on rencontre les « bonnes situations » mais au final c'est toujours  
99 l'expérience. Moi par exemple quand j'ai eu ma première fille j'ai compris que je ne pourrai  
100 plus travailler avec les enfants, j'ai arrêté car sinon si j'allais au-delà de ses limites qu'on doit  
101 se poser en tant qu'infirmière c'est forcé qu'à un moment on risque d'altérer notre prise en  
102 charge parce qu'on sera confronté à des choses. Après c'est sûr qu'on peut tout faire des  
103 transferts et là si on ne peut pas déléguer aux collègues c'est sûr que ça peut rapidement devenir  
104 compliqué et on peut se prendre une claque. Toute notre carrière il faut qu'on fasse ce travail  
105 sur soi et essayer de couper une fois à la maison mais c'est sûr que ce n'est pas facile.  
106 **Benjamin : D'accord c'est bon pour moi merci.**

- 1 **Benjamin : Du coup je vous laisse vous présenter s'il vous plait.**  
2 Laure : Je m'appelle Laure, je suis infirmière dans le service depuis 2008, diplômée de 2007.  
3 Ma principale carrière est dans le médico-social oui.  
4 **Benjamin : Ok, du coup en 2007 l'AFGSU n'était pas inclus dans la formation donc vous**  
5 **l'avez passé après ?**  
6 Laure : Alors j'ai passé un module urgence avec pratique à l'école, à l'hôpital on le fait tous les  
7 ans mais avec le covid ça a été décalé et du coup là je suis en attente de le refaire le recyclage.  
8 **Benjamin : Ok ça marche, du coup ma première question, pour vous, qu'est-ce qu'une**  
9 **situation d'urgence ?**  
10 Laure : Alors, c'est une situation qui doit être traitée dans les meilleurs délais, y'a plusieurs  
11 degrés, les urgences relatives, les urgences vitales mais voilà quelque chose qui nécessite de  
12 prendre des décisions, de travailler en collaboration, avec le médecin ou en appliquant un  
13 protocole. Il faut aussi une analyse rapide de la situation.  
14 **Benjamin : D'accord, ensuite qu'est-ce que pour vous une émotion ?**  
15 Laure : Ah ça c'est une belle question, une émotion c'est un sentiment qui s'impose à nous, une  
16 sensation, y'a quelque chose du sens dans l'émotion.  
17 **Benjamin : Ok et du coup est-ce que les émotions ont déjà influencées votre prise en**  
18 **charge dans une situation d'urgence ?**  
19 Laure : Alors y'a des situations qu'on estime qui avec du recul on a géré mieux que d'autres  
20 et c'est vrai qu'on peut se laisser déborder par les émotions et ça peut venir des fois retarder  
21 l'analyse oui ça fait partie. Là je ne vois pas de situation en particulier on pourra revenir là-  
22 dessus peut être ? Après je pense qu'en plus c'est inconscient.  
23 **Benjamin : Alors ensuite, selon vous, votre expérience, l'évolution de vos compétences ont-**  
24 **elles pu modifier vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?**  
25 Laure : Alors oui, forcément avec l'expérience, on a des automatismes, c'est surtout évaluer la  
26 priorité et prioriser ça vient avec le temps, et tout ce qui est les signes de gravité etc. c'est avec  
27 l'expérience qu'on y acquiert, on peut être moins déstabiliser que lorsqu'on est jeune diplômé,  
28 on est plus serein. Puis, ce qui compte dans une situation d'urgence c'est la collaboration avec  
29 le médecin et ça c'est facilitant. Pour moi le travail d'équipe est très important. Et par rapport  
30 aux émotions et l'équipe, lorsqu'on se fait déborder par les émotions ce qui peut être bien c'est  
31 de faire intervenir les collègues, passer la main. J'ai peut-être une situation du coup je crois.  
32 **Benjamin : Allez-y si vous voulez.**  
33 Laure : J'ai eu une résidente avec qui j'avais des liens très forts qui faisait un OAP et c'était  
34 assez réciproque. Cette dame elle connaissait ma famille et c'est une dame qui tout le matin  
35 m'a suppliée de l'aspirer. Ce matin-là elle m'interpellait personnellement, pas comme  
36 l'infirmière, elle me disait « aspire moi, je connais ta grand-mère elle aurait honte, aides moi ». J'ai  
37 pu me sentir d'avantage proche et il avait fallu que je passe le relais au collègue car c'était  
38 impossible pour moi de poser une voie ou autre. Elle était angoissée et elle m'appelait sans  
39 cesse et je me suis bien rendu compte que c'était plus possible d'intervenir moi. Donc elle me  
40 parlait comme à une petite fille et elle m'a fait perdre le sens de ma posture de soignante. L'autre  
41 infirmière avec qui elle avait moins de lien, elle s'est moins permise de déborder  
42 émotionnellement. Au final les émotions sont venues perturber la situation qui était enfaite une  
43 situation d'urgence car je n'ai pas pu assurer les soins moi, j'ai dû faire appel à une collègue  
44 car je ne me sentais pas en capacité de prodiguer moi les soins techniques dans cette prise en

45 charge. En plus j'ai fini en pleurs, c'était l'usure, c'était horrible et du coup voilà. J'ai été  
46 déstabilisée totalement.

47 **Benjamin : Ok d'accord, et une autre question, est-ce que vous avez une situation où le**  
48 **stress a eu un impact ?**

49 Laure : Alors le stress, y'a du bon stress parce que des fois on est surpris de ce qu'on peut faire  
50 quand on est stressé, la rapidité à laquelle on peut poser une voie quand ça presse et qu'on ne  
51 pensait pas en être capable. On a plus de dextérité, je me suis surprise quelque fois, on ne pense  
52 pas avoir ses ressources là. Le stress négatif lui va plus intervenir lorsque je vais du coup pas  
53 arriver à analyser la situation, quand je n'arrive pas à joindre le médecin ou que je sens que ça  
54 cafouille, que je n'arrive pas à mettre quelque chose en place rapidement.

55 **Benjamin : Vous avez une situation peut être ?**

56 Laure : C'est dur de trouver une situation : J'étais toute jeune diplômée, à l'époque on était  
57 seule infirmière en poste le matin et seule le soir. Ce jour-là, je dois prendre en charge une sub-  
58 occlusion, je n'avais jamais pratiqué la pose de sonde naso-gastrique et j'avais rapidement vu  
59 ça à l'école. De plus j'étais seule, c'était très important pour le résident et dans les meilleurs  
60 délais, il était hypertendu etc. Alors là du coup le manque d'expérience, de compétence dans ce  
61 geste, le fait d'être à la hauteur du médecin de garde, des collègues en face. Donc au final en  
62 plus du geste y'a aussi l'environnement à côté qui participe à ça. Je pense qu'en tant  
63 qu'infirmier c'est lorsqu'on se sent dépassé, qu'on a peur du geste qu'on ne maîtrise pas. Dans  
64 une équipe qui fonctionne bien, qu'on est soudé je pense que ça peut changer la donne mais  
65 quand on est seul, jeune diplômé voilà. Aujourd'hui, j'aborderai une situation similaire  
66 beaucoup plus sereinement car déjà on a la pratique, l'expérience du coup et des connaissances,  
67 des réflexes en lien, je connais mieux la structure dans laquelle je bosse et je sais vers qui me  
68 tourner si j'ai un souci. Pour moi en tout cas j'associe vraiment le facteur de stress à une équipe  
69 qui dysfonctionne. Après en ce qui concerne le stress positif en tout cas c'est porteur, les idées  
70 se clarifient alors que d'habitude voilà, enfaite tout s'enchaîne. J'ai une situation magique qui  
71 me vient en tête que j'espère tu vivras peut-être, la prise en charge d'une hypoglycémie. Alors  
72 le patient à 0.30 qui est en état d'inconscience et qui s'enfonce alors là faut faire vite, on  
73 applique le protocole en l'occurrence du g30 en ampoule. Là la voie on ne se pose pas la  
74 question de si y faut rater ou pas et c'est juste magique quand on le voit se réveiller. En tout cas  
75 c'était une situation qui a roulé, j'étais avec une aide-soignante avec qui j'ai l'habitude de  
76 travailler. Je savais ce qui fallait faire car j'avais notamment rencontré plusieurs fois ce genre  
77 de situation, j'avais déjà pratiqué. Ce jour-là je m'étais étonné de la vitesse à laquelle tout c'était  
78 enchaîné sans embuche, ça c'est le bon stress. Après ce qui a fait c'est aussi que peut être je  
79 n'ai pas eu plusieurs problèmes en même temps, le contexte était un peu facilitateur malgré la  
80 situation d'urgence, j'ai fait abstraction de ce qui a autour, j'étais dans ma bulle, je ne pensais  
81 pas aux autres résidents. Voilà les situations où ça se passe bien je n'ai pas été parasité, par des  
82 émotions par exemple par rapport à l'autre situation.

83 **Benjamin : D'accord ça marche c'est ok pour moi.**

## ANNEXE IV : GRILLE D'ANALYSE VIERGE

### ANNEXE IV.I : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Questions	Cadre de référence	Verbatim
Qu'est-ce-que pour vous une situation d'urgence ?		
Qu'est-ce-que pour vous une émotion ?		
Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?		
Selon vous, est-ce-que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?		
Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.		

*ANNEXE IV.II : GRILLE D'ANALYSE DES QUESTIONS*

Qu'est-ce-que pour vous une situation d'urgence ?	Cadre de référence	Verbatim
Qu'est-ce-que pour vous une émotion ?	Cadre de référence	Verbatim
Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?	Cadre de référence	Verbatim
Selon vous, est-ce-que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?	Cadre de référence	Verbatim
Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.	Cadre de référence	Verbatim

## ANNEXE V : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

### ANNEXE V.I : ENTRETIEN IDE AU CENTRE DE CONSULTATION NON PROGRAMMÉE (URGENCES)

Questions	Cadre de référence	Verbatim
Qu'est-ce-que pour vous une situation d'urgence ?	4.1 « <i>Les situations d'urgence</i> » 4.1.1. « <i>Définitions</i> » avec principalement : -La définition d'une urgence selon l'INSERM -Les quatre degrés d'urgence selon l'hôpital Fribourgeois 4.1.2. « <i>Législatif</i> » 4.1.5 « <i>l'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes</i> »	« <i>on va avoir plusieurs degrés</i> » (1.14) « <i>un patient en détresse vitale</i> » (1.14) « <i>c'est aussi quelque chose qui peut mal tourner si on ne prend pas en compte rapidement la demande</i> » (1.22) « <i>en situations d'urgence on oublie un peu tous nos tracas</i> » (1.41) « <i>pour ma part c'est toujours aussi stressant ses situations d'urgences</i> » (1.87)
Qu'est-ce-que pour vous une émotion ?	4.3 « <i>Les émotions</i> » 4.3.1 « <i>Définitions</i> » 4.3.2 « <i>Modes de survenue</i> »	« <i>ça peut être un sentiment</i> » (1.24) « <i>qui peut être positive ou négative</i> » (1.25) « <i>tout le monde normalement constitué ressent des émotions</i> » (1.25) « <i>les émotions ça fait partie de notre métier</i> » (1.33) « <i>il faut pouvoir nous canaliser</i> » (1.30) « <i>c'est quelque chose qui faut savoir gérer au mieux pour se protéger au mieux aussi</i> » (1.34) « <i>on peut aussi avoir beaucoup de stress dans certaines situations</i> » (1.33)
Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?	4.1 « <i>Les situations d'urgences</i> » 4.1.5. « <i>L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes</i> » 4.3 « <i>Les émotions</i> » 4.3.2 « <i>Modes de survenue</i> » 4.3.4 « <i>Les stratégies de coping</i> »	« <i>oui je pense que oui</i> » (1.38) « <i>la pression elle retombe quand le patient va mieux, quand il est parti en réanimation avec le SMUR et qu'on sait qu'il est entre de bonnes mains</i> » (1.85)
Selon vous, est-ce-que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont	4.1 « <i>Les situations d'urgence</i> » 4.1.3 « <i>La formation initiale</i> » 4.1.4 « <i>La formation continue</i> » 4.2 « <i>L'expérience</i> »	« <i>oui, je pense qu'entre mon début de carrière et maintenant je ne réagis pas pareil</i> » (1.58) « <i>par rapport à mes connaissances</i> » (1.59) « <i>c'est vrai que tout au long de notre carrière on continue à apprendre des choses et on se forme</i> » (1.60)

<p>modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?</p>	<p>4.2.1 « Définitions »  4.2.2 « Les apprentissages informels »  4.2.3 « La compétence »  4.2.4 « L'impact de l'expérience sur la survenue du stress »</p>	<p>« prendre beaucoup plus de recul avec les années » (1.61)  « le temps et ce recul va faire qu'on va pouvoir réagir autrement » (1.64)  « c'était assez compliqué car moi je n'ai pas de formation spécifique » (1.53)  « vu que ça n'arrive pas très souvent [...] je ne me sens pas plus sûre qu'avant » (1.72)  « après ce qui est bien c'est d'être entouré » (1.76)  « c'est complémentaire d'avoir toujours quelqu'un pour faire les soins » (1.78)  « je suis quand même plus à l'aise qu'avant ça c'est indéniable » (1.82)</p>
<p>Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.</p>	<p>4.3 « Les émotions »  4.3.3 « Le stress »  4.3.4 « Les stratégies de coping »</p>	<p>« quand on est dans une situation d'urgence on va avoir plus d'adrénaline, plus de stress donc on va prioriser » (1.38)  « en négatif ou en positif » (1.92)  « déjà le fait d'avoir eu tout le temps quelqu'un qui pouvait m'aider à faire les soins d'urgence » (1.106)  « c'était quand même stressant car la petite fille était dans sa chambre donc on l'a fait sortir » (1.108)  « on était à 15l au masque pour avoir une sat à peine à 90 donc c'était plutôt stressant » (1.111)  « j'ai dû passer toute ma journée avec elle donc fallait quand même installer les autres patients et ça c'est vrai que c'était stressant » (1.120)  « mon stress n'a pas été négatif sur la prise en charge » (1.121)  « quand elle était vraiment en train de désaturer je me disais j'aurai pas le temps de poser la voie faut l'aspirer de suite parce que là ça ne va pas du tout c'était stressant » (1.123)  « ce qui m'a stressé aussi au début c'est qu'on était en salle d'attente » (1.124)  « on est tous complémentaire » (IDE 1, l. 141)</p>

ANNEXE V.II : ENTRETIEN IDE EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Questions	Cadre de référence	Verbatim
Qu'est-ce-que pour vous une situation d'urgence ?	4.1 « <i>Les situations d'urgence</i> » 4.1.1. « <i>Définitions</i> » avec principalement : -La définition d'une urgence selon l'INSERM -Les quatre degrés d'urgence selon l'hôpital Fribourgeois 4.1.2. « <i>Législatif</i> » 4.1.5 « <i>L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes</i> »	« <i>c'est quand le patient ne va pas bien</i> » (1.14) « <i>c'est quand ses constantes sont détériorées</i> » (1.14) « <i>on n'a pas de situations d'urgence nous ici</i> » (1.31)
Qu'est-ce-que pour vous une émotion ?	4.3 « <i>Les émotions</i> » 4.3.1 « <i>Définitions</i> » 4.3.2 « <i>Modes de survenue</i> »	« <i>c'est quand quelque chose arrive et peut altérer notre façon de réagir, de se comporter</i> » (1.17)
Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?	4.1 « <i>Les situations d'urgences</i> » 4.1.5. « <i>L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes</i> » 4.3 « <i>Les émotions</i> » 4.3.2 « <i>Modes de survenue</i> » 4.3.4 « <i>Les stratégies de coping</i> »	« <i>non je ne vois pas</i> » (1.21) « <i>je ne vois pas de situations où j'ai eu des émotions</i> » (1.21) « <i>j'ai toujours beaucoup travaillé auprès de personnes âgées, peut-être qu'on a moins d'émotions</i> » (1.21) « <i>moi j'étais un peu stressé voilà je suis moins bien arrivé à le piquer. Ça m'a un peu perturbé</i> » (1.56) « <i>sa fille d'une dizaine d'années était là et qui nous demandait pourquoi son papa allait mourir, ça c'était difficile à entendre</i> » (1.72) « <i>c'était plus ça car on se répercute vers ses enfants</i> » (1.77) « <i>c'est plus l'environnement</i> » (1.78) « <i>c'est vraiment la projection</i> » (1.80)
Selon vous, est-ce-que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?	4.1 « <i>Les situations d'urgence</i> » 4.1.3 « <i>La formation initiale</i> » 4.1.4 « <i>La formation continue</i> » 4.2 « <i>L'expérience</i> » 4.2.1 « <i>Définitions</i> »	« <i>oui oui</i> » (1.36) « <i>oui j'ai appris à prendre beaucoup de recul</i> » (1.36) « <i>je m'affole moins vite par rapport à mes collègues</i> » (1.36) « <i>avec les années on arrive à prendre du recul, le boulot c'est le boulot, un patient reste un patient</i> » (1.67)

	<p>4.2.2 « <i>Les apprentissages informels</i> »</p> <p>4.2.3 « <i>La compétence</i> »</p> <p>4.2.4 « <i>L'impact de l'expérience sur la survenue du stress</i> »</p>	<p>« <i>le fait que je prenne de l'âge et du coup j'arrive plus facilement à me détacher des patients</i> » (1.69)</p>
<p><b>Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.</b></p>	<p>4.3 « <i>Les émotions</i> »</p> <p>4.3.3 « <i>Le stress</i> »</p> <p>4.3.4 « <i>Les stratégies de coping</i> »</p>	<p>« <i>on a appelé le médecin et ce qui m'a un peu stressé c'est que le médecin n'était pas réactif</i> » (1.51)</p> <p>« <i>le fait qu'il y est plus de monde, et des gens compétent y'a du stress mais du bon stress</i> » (1.63)</p>

ANNEXE V.III : ENTRETIEN INFIRMIER SAPEUR-POMPIER ET INFIRMIER EN RÉANIMATION

Questions	Cadre de référence	Verbatim
Qu'est-ce-que pour vous une situation d'urgence ?	4.1 « <i>Les situations d'urgence</i> » 4.1.1. « <i>Définitions</i> » avec principalement : -La définition d'une urgence selon l'INSERM -Les quatre degrés d'urgence selon l'hôpital Fribourgeois 4.1.2. « <i>Législatif</i> » 4.1.5 « <i>L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes</i> »	« <i>une situation d'urgence c'est une situation où le pronostic vital est engagé</i> » (IDE 3, 1.27). « <i>le pronostic vital peut être engagé sur le plan respiratoire, sur le plan neurologique et sur le plan cardiaque</i> » (IDE 3, 1.28). « <i>s'il n'y a pas d'action immédiate, qui va mettre en péril la vie du patient</i> » (IDE 3, 1.31).
Qu'est-ce-que pour vous une émotion ?	4.3 « <i>Les émotions</i> » 4.3.1 « <i>Définitions</i> » 4.3.2 « <i>Modes de survenue</i> »	« <i>c'est un affect</i> » (IDE 3, 1.33). « <i>elle est variable en fonction de l'individu</i> » (IDE 3, 1.34). « <i>c'est un ressenti</i> » (IDE 3, 1.34). « <i>par le biais du contexte, du vécu</i> » (IDE 3, 1.34). « <i>il y a pleins de situations où nos émotions sont mises à rude épreuve</i> » (IDE 3, 1.41). « <i>l'émotion, t'en a tout le temps</i> » (IDE 3, 1.95). « <i>une réaction d'être humain</i> » (IDE 3, 1.95).
Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?	4.1 « <i>Les situations d'urgences</i> » 4.1.5. « <i>L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes</i> » 4.3 « <i>Les émotions</i> » 4.3.2 « <i>Modes de survenue</i> » 4.3.4 « <i>Les stratégies de coping</i> »	« <i>j'ai envie de dire non parce que dans l'urgence, comment dire, t'as un peu la tête dans le guidon</i> » (IDE 3, 1.38). « <i>t'as forcément une décharge adrénérergique qui se fait et qui fait que ton émotion est un peu mise en stand-by parce que voilà, tu agis pour le bien de la victime</i> » (IDE 3, 1.40). « <i>l'émotion arrive plutôt après, quand on fait le debriefing ou quand on se pose un peu, qu'on prend du recul sur la situation</i> » (IDE 3, 1.42). « <i>tu restes professionnel, tu bosses quoi puis c'est après coup que tu réalises</i> » (IDE 3, 1.47). « <i>en préhospitalier ce n'est pas pareil parce que t'es déjà un peu plus dans le feu de l'action puis tu n'as pas eu le temps d'avoir cette promiscuité avec le patient</i> » (IDE 3, 1.106). « <i>ça a une influence sur ton émotion propre parce que tu as le temps de discuter avec le patient, avec sa famille et t'as un petit peu de lien qui se créer et ce lien-là, in fine va te perturber plus par la suite</i> » (IDE 3, 1.118).

		<p>« qu'en pré hospitalier t'as la tête dans le guidon finalement tu fais tes trucs, tu les occulte » (IDE 3, 1.122).</p> <p>« c'est vrai que quand t'as un mineur en arrêt cardio, tu te projette quelque part » (IDE 3, 1.46).</p> <p>« là ou t'as une émotion qui peut vraiment plus monter c'est quand tu fais une projection » (IDE 3, 1.97).</p> <p>« en préhospitalier c'est différent car tu n'as pas eu le temps d'avoir cette promiscuité avec la victime » (IDE 3, 1).</p> <p>« c'est pas la même émotion que quand ça fait quinze jours que tu le soignes » (IDE 3, 1.107).</p> <p>« lier une relation » (IDE 3, 1.114).</p> <p>« une émotion va être différente entre le préhospitalier et l'hôpital parce que voilà il n'y a pas ce critère d'attachement, la connaissance » (IDE 3, 1.130).</p> <p>« j'ai perdu mon père, y'a des situations où y'a des similitudes et tout ça bah y'a un moment donné je décroche parce que je pense à lui » (IDE 3, 1.98).</p>
<p>Selon vous, est-ce-que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?</p>	<p>4.1 « Les situations d'urgence »</p> <p>4.1.3 « La formation initiale »</p> <p>4.1.4 « La formation continue »</p> <p>4.2 « L'expérience »</p> <p>4.2.1 « Définitions »</p> <p>4.2.2 « Les apprentissages informels »</p> <p>4.2.3 « La compétence »</p> <p>4.2.4 « L'impact de l'expérience sur la survenue du stress »</p>	<p>« l'expérience fait que tu te sens plus à l'aise » (IDE 3, 1.50).</p> <p>« moi je travaille dans un domaine plus aigu donc ça m'aide beaucoup il ne faut pas le nier » (IDE 3, 1.51).</p> <p>« l'expérience te permet d'avoir des bagages, d'être plus posé face à des situations » (IDE 3, 1.52).</p> <p>« d'avoir du recul face à des situations que t'as déjà vécues » (IDE 3, 1.52).</p> <p>« c'est des choses qu'on sait faire voilà » (IDE 3, 1.59).</p> <p>« après on a un peu tous nos vitesses d'actions en fonction de ce que c'est, en fonction de notre expérience » (IDE 3, 1.59).</p> <p>« par exemple, l'arrêt cardio que je prends en charge actuellement, je ne le prenais pas pareil il y a cinq ans et pas pareil il y a dix ans parce que j'avais moins d'expérience »</p> <p>« on a aussi un protocole qui nous permet de bien cadrer les choses » (IDE 3, 1.63).</p> <p>« je me souviens quand j'étais jeune diplômé qu'on m'a foutu au déchoic il fallait faire des choses que je ne maîtrisais pas parce que t'es un pioupiou, on te confie une mission qui te stresse, tout ça parce que t'as pas de bagage » (IDE 3, 1.85).</p> <p>« quand tu as de l'expérience tu comprends les choses et du coup ça te sécurise » (IDE 3, 1.89).</p> <p>« si il se passe aujourd'hui une situation je saurai réagir et ça, ça marche avec l'expérience, avec la formation » (IDE 3, 1.90).</p>

<p>Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.</p>	<p>4.3 « <i>Les émotions</i> »  4.3.3 « <i>Le stress</i> »  4.3.4 « <i>Les stratégies de coping</i> »</p>	<p>« déjà t'es stressé parce que t'as la situation complexe en face de toi » (IDE 3, 1.69).  « on avait notion que c'était un AVP grave » (IDE 3, 1.71).  « le premier stress que j'ai eu c'était de perdre du temps sur la route » (IDE 3, 1.72).  « ce n'est pas vraiment du stress sur le moment c'est de la concentration » (IDE 3, 1.77).  « je pense que le stress a aussi un côté positif car il t'aide enfin pour mon cas à rester concentré et vigilant » (IDE 3, 1.78).  « après aussi le stress je pense qu'il faut savoir le gérer, y'a des gens qui gèrent très mal le stress, je ne sais pas si je le gère bien mais j'arrive en tout cas à travailler avec » (IDE 3, 1.82).  « j'étais jeune diplômé, il me fallait faire des médicaments que je ne maîtrisais pas, on te confie une mission qui te stresse, tu te dis mince j'ai peur de mal faire » (IDE 3, 1.85).</p>
--	---	---

ANNEXE V.IV : ENTRETIEN INFIRMIÈRE SAPEUR-POMPIER ET INFIRMIÈRE AUX URGENCES ADULTES/SMUR

Questions	Cadre de référence	Verbatim
Qu'est-ce-que pour vous une situation d'urgence ?	4.1 « Les situations d'urgence » 4.1.1. « Définitions » avec principalement : -La définition d'une urgence selon l'INSERM -Les quatre degrés d'urgence selon l'hôpital Fribourgeois 4.1.2. « Législatif » 4.1.5 « L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes »	« c'est une situation où faut réfléchir et agir vite » (1.15) « dans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel du patient peut être engagé à plus ou moins court terme » (1.15)
Qu'est-ce-que pour vous une émotion ?	4.3 « Les émotions » 4.3.1 « Définitions » 4.3.2 « Modes de survenue »	« un ressenti » (1.18) « qui peut être intense » (1.19) « je ne voudrais pas dire handicapant mais le truc qui peut te bloquer si c'est quelque chose de fort » (1.19) « qui peut parasiter les actions » (1.21) « demander un petit temps de réflexion » (1.21) « au boulot ou aux pompiers c'est plus souvent négatif du fait de la situation » (1.23)
Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?	4.1 « Les situations d'urgences » 4.1.5. « L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes » 4.3 « Les émotions » 4.3.2 « Modes de survenue » 4.3.4 « Les stratégies de coping »	« dans les situations d'urgences c'est plus là où il faut qu'on se dise aller je mets tout ça de côté et j'avance, on met un peu une barricade » (1.27) « ma première mort subite du nourrisson je venais de reprendre de congés maternité, le bébé s'appelait Lucas comme mon fils et ils avaient trois jours d'écart. Sur le moment j'ai eu des émotions seulement par rapport à la situation et une fois fini qu'on a pris les données tout ça, y'a eu d'autres émotions qui se sont mises en place du fait des différents trucs, le prénom, l'âge etc » (1.32) « y'avais l'émotion dû au fait que j'étais confronté à un bébé et de savoir que voilà on le sauvera très certainement pas » (1.40) « mais ça doit être un mécanisme de défense qui fait que sur le moment on fait les gestes un peu de manière automatique » (1.42) « tu réfléchis pas trop à ce moment-là, tu te mets dans ta bulle, tu fais ce que tu as à faire sans te laisser parasiter par le reste enfaite » (1.44)

		<p>« pour moi, y'a vraiment le moment pendant où j'essaie de ne pas faire le transfert, je suis dans ma bulle mais par contre après généralement y'a ce moment qui est un peu compliqué » (1.46)</p> <p>« étant dans un service de court séjour comme on dit on n'a pas forcément d'affection qui se met en place, y'a pas d'impact pour nous au niveau émotionnel » (1.49)</p> <p>« par exemple du compares à une infirmière qui bosse en EHPAD et qui connaît son patient depuis deux ou trois ans, dans ses moments-là pour elle je pense que y'a des relations d'affection qui se mettent en place que nous on retrouve pas dans notre travail » (1.52)</p>
<p>Selon vous, est-ce-que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?</p>	<p>4.1 « Les situations d'urgence »</p> <p>4.1.3 « La formation initiale »</p> <p>4.1.4 « La formation continue »</p> <p>4.2 « L'expérience »</p> <p>4.2.1 « Définitions »</p> <p>4.2.2 « Les apprentissages informels »</p> <p>4.2.3 « La compétence »</p> <p>4.2.4 « L'impact de l'expérience sur la survenue du stress »</p>	<p>« alors oui c'est vrai avec l'expérience et la pratique qu'on aborde plus, enfin je ne peux pas dire qu'il y a plus le stress mais c'est plus avec la pratique et l'expérience je pense que le stress est plus constructif qu'handicapant » (1.57)</p> <p>« tu vois le premier jour aux urgences j'étais tétaniser » (1.60)</p> <p>« avec l'expérience tu sais un peu comment les choses se passent et t'as moins cette appréhension qui favorise un stress négatif » (1.61)</p> <p>« qu'avec l'expérience on arrive à se forger une carapace et on se prend plus les mêmes choses à chaque situation » (1.63)</p> <p>« je pense que l'expérience et la pratique y sont pour beaucoup oui » (1.64)</p> <p>« après je pense que y'a des émotions qui restent. Pour moi quand ça concerne les enfants ça reste hyper compliqué, pas à gérer mais sur le ressenti » (1.65)</p> <p>« je pense que même avec l'expérience ça peut rester compliqué » (1.67)</p> <p>« là-dedans il y a une histoire de transfert, certainement inconscient » (1.68)</p>
<p>Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.</p>	<p>4.3 « Les émotions »</p> <p>4.3.3 « Le stress »</p> <p>4.3.4 « Les stratégies de coping »</p>	<p>« on part pour un monsieur relativement jeune [...] il avait un SCA [...] quand j'ai sorti la pochette cardio elle n'était pas scellée et du coup automatiquement le stress est monté » (1.71)</p> <p>« alors oui en soit ça n'a pas beaucoup impacté la prise en charge mais je pense que ça peut quand même nous apporter quelque chose de négatif et ça peut rapidement joindre du négatif à la situation et nous parasiter » (1.78)</p> <p>« à l'inverse y'a des situations où tu sais t'es sur une prise en charge où t'as un patient plutôt grave [...] on sait qu'il nous faut une voie veineuse et c'est dans cette situation où même si le patient il n'a pas de veine bah la seule veine qu'il a on ne la rate pas, je pense que ça c'est un effet du stress » (1.81)</p>

ANNEXE V.V : ENTRETIEN IDE LIBÉRALE

Questions	Cadre de référence	Verbatim
Qu'est-ce-que pour vous une situation d'urgence ?	<p>4.1 « Les situations d'urgence »</p> <p>4.1.1. « Définitions » avec principalement :</p> <p>-La définition d'une urgence selon l'INSERM</p> <p>-Les quatre degrés d'urgence selon l'hôpital Fribourgeois</p> <p>4.1.2. « Législatif »</p> <p>4.1.5 « L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes »</p>	<p>« c'est quelqu'un en détresse » (1.13)</p> <p>« c'est une situation où faut agir rapidement » (1.14)</p> <p>« professionnellement on est seuls » (1.15)</p> <p>« on fait appel à nos collègues ou alors à d'autres collègues type pompiers » (1.15)</p>
Qu'est-ce-que pour vous une émotion ?	<p>4.3 « Les émotions »</p> <p>4.3.1 « Définitions »</p> <p>4.3.2 « Modes de survenue »</p>	<p>« c'est une réaction face à une situation et on réagit tous de manière différente » (1.18)</p> <p>« face à mes patients c'est surtout soit de la tristesse soit de la colère » (1.19)</p>
Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?	<p>4.1 « Les situations d'urgences »</p> <p>4.1.5. « L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes »</p> <p>4.3 « Les émotions »</p> <p>4.3.2 « Modes de survenue »</p> <p>4.3.4 « Les stratégies de coping »</p>	<p>« non je ne pense pas mais je pense que ça pourrait être le cas si j'avais une attache particulière avec la personne » (1.22)</p> <p>« avoir affaire à une situation d'urgence face à quelqu'un à qui tu as des attaches ça peut vite être émotionnellement compliqué » (1.28)</p> <p>« je préfère éviter en déléguant les soins si je connais le patient » (1.30)</p> <p>« par rapport à mes patients normaux, il y a un travail à faire pour ne pas s'attacher » (1.31)</p> <p>« faire attention à ne pas franchir le cap » (1.33)</p> <p>« dans le libéral comme dans l'hospitalier on peut prendre en charge un patient du début à la fin jusqu'au décès et là si tu t'es trop attaché c'est compliqué et tu peux avoir une grosse période où tu te remet en question, où les soins deviennent compliqués » (1.35)</p> <p>« même avec les autres tu as peur de t'attacher après » (1.38)</p> <p>« à domicile c'est vrai que c'est sûrement plus compliqué qu'à l'hôpital car là -bas y'a plus de vas et viens quoi alors que nous c'est beaucoup plus de patients chroniques que tu vois tous les jours » (1.83)</p> <p>« nous c'est vrai qu'on devient quand même proches d'eux » (1.85)</p> <p>« ils s'attachent à nous [...] on voit qu'on est plus seulement l'infirmière qui vient tous les jours mais un peu un membre de la famille » (1.86)</p>

		<p>« bêtement je faisais un transfert avec ma mère et du coup je m'attachais à elle et son entourage » (1.92)</p> <p>« les émotions des autres ne peuvent pas t'impacter sinon tu vas appréhender les autres situations » (1.95)</p> <p>« c'est à nous de savoir mettre la petite distance qui fait que ça n'impactera pas les soins » (1.87)</p>
<p>Selon vous, est-ce-que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?</p>	<p>4.1 « Les situations d'urgence »</p> <p>4.1.3 « La formation initiale »</p> <p>4.1.4 « La formation continue »</p> <p>4.2 « L'expérience »</p> <p>4.2.1 « Définitions »</p> <p>4.2.2 « Les apprentissages informels »</p> <p>4.2.3 « La compétence »</p> <p>4.2.4 « L'impact de l'expérience sur la survenue du stress »</p>	<p>« alors oui clairement, au début tu n'es pas sur de toi donc t'as forcément besoin même si tu as des compétences d'être soutenu et c'est pour ça que c'est bien de commencer par l'hospitalier et ne pas te balancer direct dans le libéral » (1.47)</p> <p>« au fur et à mesure, en fonction des situations auxquelles t'as eu affaire tu prends, tu agrandis tes compétences » (1.49)</p> <p>« moi je vois au début je n'aurai pas gérer une situation d'urgence seule au domicile comme aujourd'hui mais ça y a que les années qui peuvent te le permettre » (1.51)</p> <p>« je vois la différence avec mes débuts [...] je m'attachais très rapidement aux gens et quand on les passer en soins palliatifs pour moi c'était hyper compliqué » (1.40)</p> <p>« il y a un gros travail à faire la dessus en début de carrière car après je pense qu'au fil des années ça se fait tout seul » (1.38)</p> <p>« maintenant j'arrive à prendre assez de recul et à « le vivre bien » et c'est vrai que c'est un peu pareil pour les urgences que je peux rencontrer » (1.43)</p> <p>« le travail d'équipe il est vraiment important pour t'apporter des compétences » (1.54)</p> <p>« je ne suis jamais vraiment seule [...] c'est là l'importance d'avoir une bonne équipe » (1.58)</p> <p>« même au début, si j'étais dans une situation d'urgence et que je ne gérais pas toutes mes compétences j'avais mes collègues » (1.74)</p> <p>« au début je ne savais pas y faire, moi c'est mes collègues sur un cas qui m'avait dit stop cette dame tu ne pas plus la voir » (1.90)</p> <p>« pour moi y'a qu'avec les années que tu apprends à couper pour savoir te protéger » (1.94)</p> <p>« j'ai dit des années, peut être que non au final, quelques mois peuvent certainement suffire si l'on rencontre les « bonnes situations » mais au final c'est toujours l'expérience » (1.97)</p>
<p>Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.</p>	<p>4.3 « Les émotions »</p> <p>4.3.3 « Le stress »</p> <p>4.3.4 « Les stratégies de coping »</p>	<p>« une situation où le stress a eu un impact beh mes émotions étaient liées aussi » (1.64)</p> <p>« c'était avec ma fille, une situation où chez un patient je n'aurai pas été en difficulté » (1.65)</p>

		<p>« j'ai trouvé ma fille inconsciente tout de suite je n'ai pas su quoi faire [...] au domicile, le patient est inconscient bah je le met en PLS je prends les constantes et j'appelle le 15 quoi » (1.67)</p> <p>« par contre avec un patient je ne crois pas que le stress ai déjà pris le dessus » (1.72)</p> <p>« après je pense que y'a toujours du stress forcément mais t'arrive plus ou moins à prendre sur toi » (1.72)</p> <p>« y'a aussi selon le caractère, t'as des personnes qui sont plus sujettes à stresser de suite et d'autres non qui vont plus prendre sur elles » (1.75)</p> <p>« je t'avoue moi j'arrive y'a quelqu'un qui est en train de faire l'arrêt ça va me mettre en situation de stress quand même vu que t'es seul et c'est toi qui doit gérer » (1.77)</p> <p>« moi je pense que le stress que je peux avoir avec mes patients c'est un stress positif parce que ça fait devenir réactif, tu sais qui faut agir vite » (1.79)</p> <p>« quand t'as les bases tu les appliques bêtement et tu t'aides avec tes collègues si tu peux » (1.80)</p>
--	--	--

ANNEXE V.VI : ENTRETIEN IDE EN EHPAD

Questions	Cadre de référence	Verbatim
Qu'est-ce-que pour vous une situation d'urgence ?	<p>4.1 « <i>Les situations d'urgence</i> »</p> <p>4.1.1. « <i>Définitions</i> » avec principalement :</p> <p>-La définition d'une urgence selon l'INSERM</p> <p>-Les quatre degrés d'urgence selon l'hôpital Fribourgeois</p> <p>4.1.2. « <i>Législatif</i> »</p> <p>4.1.5 « <i>L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes</i> »</p>	<p>« <i>alors c'est une situation qui doit être traitée dans les meilleurs délais</i> » (1.10)</p> <p>« <i>y'a plusieurs degrés, les urgences relatives, les urgences vitales</i> » (1.10)</p> <p>« <i>quelque chose qui nécessite de prendre des décisions, de travailler en collaboration</i> » (1.11)</p> <p>« <i>il faut une analyse rapide de la situation</i> » (1.13)</p> <p>« <i>c'est surtout évaluer la priorité et prioriser</i> » (1.25)</p> <p>« <i>ce qui compte dans une situation d'urgence c'est la collaboration et ça c'est facilitant</i> » (1.28)</p>
Qu'est-ce-que pour vous une émotion ?	<p>4.3 « <i>Les émotions</i> »</p> <p>4.3.1 « <i>Définitions</i> »</p> <p>4.3.2 « <i>Modes de survenue</i> »</p>	<p>« <i>c'est un sentiment qui s'impose à nous</i> » (1.15)</p> <p>« <i>une sensation, y'a quelque chose du sens dans l'émotion</i> » (1.16)</p>
Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?	<p>4.1 « <i>Les situations d'urgences</i> »</p> <p>4.1.5. « <i>L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes</i> »</p> <p>4.3 « <i>Les émotions</i> »</p> <p>4.3.2 « <i>Modes de survenue</i> »</p> <p>4.3.4 « <i>Les stratégies de coping</i> »</p>	<p>« <i>c'est vrai qu'on peut se laisser déborder par les émotions et ça peut venir retarder l'analyse oui</i> » (1.20)</p> <p>« <i>je pense qu'en plus c'est inconscient</i> » (1.22)</p> <p>« <i>lorsqu'on se fait déborder par les émotions ce qui peut être bien c'est de faire intervenir les collègues, passer la main</i> » (1.30)</p> <p>« <i>une résidente avec qui j'avais des liens très forts qui faisait un OAP et c'était assez réciproque [...] ce matin-là elle m'interpellait personnellement, pas comme l'infirmière</i> » (1.33)</p> <p>« <i>il avait fallu que je passe le relais au collègue car c'était impossible pour moi de poser une voie ou autre</i> » (1.37)</p> <p>« <i>elle me parlait comme à une petite fille et elle m'a fait perdre le sens de la posture de soignante</i> » (1.40)</p> <p>« <i>l'autre infirmière avec qui elle avait moins de lien, elle s'est moins permise de déborder émotionnellement</i> » (1.41)</p> <p>« <i>au final les émotions sont venues perturber la situation qui était enfaite une situation d'urgence car je n'ai pas pu assurer les soins moi</i> » (1.42)</p> <p>« <i>j'ai fini en pleurs, c'était l'usure, c'était horrible</i> » (1.45)</p> <p>« <i>j'ai été déstabilisé totalement</i> » (1.46)</p>

		« j'ai fait abstraction de ce qui a autour, j'étais dans ma bulle, je ne pensais pas aux autres résidents » (1.80)
<p>Selon vous, est-ce-que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?</p>	<p>4.1 « Les situations d'urgence »  4.1.3 « La formation initiale »  4.1.4 « La formation continue »  4.2 « L'expérience »  4.2.1 « Définitions »  4.2.2 « Les apprentissages informels »  4.2.3 « La compétence »  4.2.4 « L'impact de l'expérience sur la survenue du stress »</p>	<p>« oui forcément avec l'expérience on a des automatismes » (1.25)  « évaluer la priorité et priorisé ça vient avec le temps » (1.26)  « tout ce qui est signe de gravité etc. c'est avec l'expérience qu'on y acquiert » (1.26)  « on peut être moins déstabiliser que lorsqu'on est jeune diplômé, on est plus serein » (1.27)  « pour moi le travail d'équipe est très important » (1.29)  « aujourd'hui, j'aborderai une situation similaire beaucoup plus sereinement car déjà on a la pratique, l'expérience du coup et des connaissances, des réflexes en lien » (1.65)  « je connais mieux la structure dans laquelle je bosse et je sais vers qui me tourner si j'ai un souci » (1.67)</p>
<p>Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.</p>	<p>4.3 « Les émotions »  4.3.3 « Le stress »  4.3.4 « Les stratégies de coping »</p>	<p>« y'a du bon stress parce que des fois on est surpris de ce qu'on peut faire quand on est stressé, la rapidité à laquelle on peut poser une voie quand ça presse » (1.49)  « on a plus de dextérité » (1.51)  « le stress négatif lui va plus intervenir lorsque je vais du coup pas arriver à analyser la situation, quand je n'arrive pas à joindre le médecin ou que je sens que ça cafouille, que je n'arrive pas à mettre quelque chose en place rapidement » (1.52)  « j'étais seule » (1.59)  « c'était très important pour le résident et dans les meilleurs délais » (1.59)  « le manque d'expérience, de compétence » (1.60)  « le fait d'être à la hauteur du médecin, des collègues » (1.61)  « au final en plus du geste y'a aussi l'environnement à coté qui participe à ça » (1.62)  « lorsqu'on se sent dépassé, qu'on a peur du geste qu'on ne maîtrise pas » (1.63)  « dans une équipe qui fonctionne bien, qu'on est soudé je pense que ça peut changer la donne » (1.64)  « moi en tout cas j'associe vraiment le facteur de stress à une équipe qui dysfonctionne » (1.68)  « le stress positif en tout cas c'est porteur, les idées se clarifient, enfaite tout s'enchaîne » (1.69)  « j'étais avec une aide-soignante avec qui j'ai l'habitude de travailler, je savais ce qui fallait faire car j'avais notamment rencontré plusieurs fois ce genre de situation, j'avais déjà pratiqué » (1.75)  « le contexte était facilitateur » (1.79)</p>

		<i>« les situations où ça se passe bien je n'ai pas été parasité, par des émotions par exemple par rapport à l'autre situation » (1.81)</i>
--	--	---

## ANNEXE VI : GRILLE D'ANALYSE DES QUESTIONS

### ANNEXE VI.II : QUESTION N°1

Question 1	Cadre de référence	Verbatim
<p>Qu'est-ce-que pour vous une situation d'urgence ?</p>	<p>4.1 « Les situations d'urgence »            4.1.1. « Définitions » avec principalement :            -La définition d'une urgence selon l'INSERM            -Les quatre degrés d'urgence selon l'hôpital Fribourgeois            4.1.2. « Législatif »            4.1.5 « L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes »</p>	<p><b>IDE 1 :</b> « on va avoir plusieurs degrés » (1.14)            « un patient en détresse vitale » (1.14)            « c'est aussi quelque chose qui peut mal tourner si on ne prend pas en compte rapidement la demande » (1.22)            « pour ma part c'est toujours aussi stressant ses situations d'urgences » (1.87)  <b>IDE 2 :</b> « c'est quand ses constantes sont détériorées » (1.14)  <b>IDE 3 :</b> « une situation d'urgence c'est une situation où le pronostic vital est engagé »            « le pronostic vital peut être engagé sur le plan respiratoire, sur le plan neurologique et sur le plan cardiaque »            « s'il n'y a pas d'action immédiate, qui va mettre en péril la vie du patient »  <b>IDE 4 :</b> « c'est une situation où faut réfléchir et agir vite » (1.15)            « dans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel du patient peut être engagé à plus ou moins court terme » (1.15)  <b>IDE 5 :</b> « c'est quelqu'un en détresse » (1.13)            « c'est une situation où faut agir rapidement » (1.14)            « on fait appel à nos collègues ou alors à d'autres collègues type pompiers » (1.15)  <b>IDE 6 :</b> « alors c'est une situation qui doit être traitée dans les meilleurs délais » (1.10)            « y'a plusieurs degrés, les urgences relatives, les urgences vitales » (1.10)            « quelque chose qui nécessite de prendre des décisions, de travailler en collaboration » (1.11)            « il faut une analyse rapide de la situation » (1.13)            « c'est surtout évaluer la priorité et prioriser » (1.25)            « ce qui compte dans une situation d'urgence c'est la collaboration et ça c'est facilitant » (1.28)</p>

ANNEXE VI.III : QUESTION N°2

Question 2	Cadre de référence	Verbatim
<p>Qu'est-ce-que pour vous une émotion ?</p>	<p>4.3 « Les émotions »            4.3.1 « Définitions »            4.3.2 « Modes de survenue »</p>	<p><b>IDE 1 :</b> « ça peut être un sentiment » (1.24)            « qui peut être positive ou négative » (1.25)            « il faut pouvoir nous canaliser » (1.30)  <b>IDE 2 :</b> « c'est quand quelque chose arrive et peut altérer notre façon de réagir, de se comporter » (1.17)  <b>IDE 3 :</b> « c'est un affect »            « c'est un ressenti »            « elle est variable en fonction de l'individu »            « par le biais du contexte, du vécu »            « il y a pleins de situations où nos émotions sont mises à rude épreuve »            « une réaction d'être humain »  <b>IDE 4 :</b> « un ressenti » (1.18)            « qui peut être intense » (1.19)            « je ne voudrais pas dire handicapant mais le truc qui peut te bloquer si c'est quelque chose de fort » (1.19)            « qui peut parasiter les actions » (1.21)            « demander un petit temps de réflexion » (1.21)  <b>IDE 5 :</b> « c'est une réaction face à une situation et on réagit tous de manière différente » (1.18)  <b>IDE 6 :</b> « c'est un sentiment qui s'impose à nous » (1.15)            « une sensation, y'a quelque chose du sens dans l'émotion » (1.16)</p>

ANNEXE VI.IV : QUESTION N°3

Question 3	Cadre de référence	Verbatim
<p>Est-ce-que vos émotions ont influencé votre prise en soin lors d'une situation d'urgence ?</p>	<p>4.1 « Les situations d'urgences »            4.1.5. « L'impact des situations d'urgences potentiellement traumatogènes »            4.3 « Les émotions »            4.3.2 « Modes de survenue »            4.3.4 « Les stratégies de coping »</p>	<p><b>IDE 1 :</b> « oui je pense que oui » (1.38)  <b>IDE 2 :</b> « non je ne vois pas » (1.21)            « je ne vois pas de situations où j'ai eu des émotions » (1.21)  <b>IDE 3 :</b> « j'ai envie de dire non parce que dans l'urgence, comment dire, t'as un peu la tête dans le guidon »            « t'as forcément une décharge adrénergique qui se fait et qui fait que ton émotion est un peu mise en stand-by parce que voilà, tu agis pour le bien de la victime »            « en préhospitalier ce n'est pas pareil parce que t'es déjà un peu plus dans le feu de l'action puis tu n'as pas eu le temps d'avoir cette promiscuité avec le patient »            « ça a une influence sur ton émotion propre parce que tu as le temps de discuter avec le patient, avec sa famille et t'as un petit peu de lien qui se créer et ce lien-là, in fine va te perturber plus par la suite »  <b>IDE 4 :</b> « ma première mort subite du nourrisson je venais de reprendre de congés maternité, le bébé s'appelait Lucas comme mon fils et ils avaient trois jours d'écart. Sur le moment j'ai eu des émotions seulement par rapport à la situation et une fois fini qu'on a pris les données tout ça, y'a eu d'autres émotions qui se sont mises en place du fait des différents trucs, le prénom, l'âge etc » (1.32)            « mais ça doit être un mécanisme de défense qui fait que sur le moment on fait les gestes un peu de manière automatique » (1.42)            « tu réfléchis pas trop à ce moment-là, tu te mets dans ta bulle, tu fais ce que tu as à faire sans te laisser parasiter par le reste enfaite » (1.44)            « étant dans un service de court séjour comme on dit on n'a pas forcément d'affection qui se met en place, y'a pas d'impact pour nous au niveau émotionnel » (1.49)            « par exemple du compares à une infirmière qui bosse en EHPAD et qui connaît son patient depuis deux ou trois ans, dans ses moments-là pour elle je pense que y'a des relations d'affection qui se mettent en place que nous on retrouve pas dans notre travail » (1.52)  <b>IDE 5 :</b> « non je ne pense pas mais je pense que ça pourrait être le cas si j'avais une attache particulière avec la personne » (1.22)            « à domicile c'est vrai que c'est sûrement plus compliqué qu'à l'hôpital car là -bas y'a plus de vas et viens quoi alors que nous c'est beaucoup plus de patients chroniques que tu vois tous les jours » (1.83)</p>

		<p><i>« bêtement je faisais un transfert avec ma mère et du coup je m'attachais à elle et son entourage » (1.92)</i></p> <p><b>IDE 6 :</b> <i>« c'est vrai qu'on peut se laisser déborder par les émotions et ça peut venir retarder l'analyse oui » (1.20)</i></p> <p><i>« il avait fallu que je passe le relais au collègue car c'était impossible pour moi de poser une voie ou autre » (1.37)</i></p> <p><i>« au final les émotions sont venues perturber la situation qui était enfaite une situation d'urgence car je n'ai pas pu assurer les soins moi » (1.42)</i></p>
--	--	--

ANNEXE VI.V : QUESTION N°4

Question 4	Cadre de référence	Verbatim
<p>Selon vous, est-ce-que l'expérience et l'évolution de vos compétences ont modifié vos pratiques lors d'une situation d'urgence ?</p>	<p>4.1 « Les situations d'urgence »            4.1.3 « La formation initiale »            4.1.4 « La formation continue »            4.2 « L'expérience »            4.2.1 « Définitions »            4.2.2 « Les apprentissages informels »            4.2.3 « La compétence »            4.2.4 « L'impact de l'expérience sur la survenue du stress »</p>	<p><b>IDE 1 :</b> « oui, je pense qu'entre mon début de carrière et maintenant je ne réagis pas pareil » (1.58)            « par rapport à mes connaissances » (1.59)            « c'est vrai que tout au long de notre carrière on continue à apprendre des choses et on se forme » (1.60)            « prendre beaucoup plus de recul avec les années » (1.61)            « le temps et ce recul va faire qu'on va pouvoir réagir autrement » (1.64)</p> <p><b>IDE 2 :</b> « oui oui » (1.36)            « oui j'ai appris à prendre beaucoup de recul » (1.36)            « avec les années on arrive à prendre du recul, le boulot c'est le boulot, un patient reste un patient » (1.67)            « le fait que je prenne de l'âge et du coup j'arrive plus facilement à me détacher des patients » (1.69)</p> <p><b>IDE 3 :</b> « d'avoir du recul face à des situations que t'as déjà vécues »            « c'est des choses qu'on sait faire voilà »            « par exemple, l'arrêt cardio que je prends en charge actuellement, je ne le prenais pas pareil il y a cinq ans et pas pareil il y a dix ans parce que j'avais moins d'expérience »            « je me souviens quand j'étais jeune diplômé qu'on m'a foutu au déchoc il fallait faire des choses que je ne maîtrisais pas parce que t'es un pioupiou, on te confie une mission qui te stresse, tout ça parce que t'as pas de bagage »            « quand tu as de l'expérience tu comprends les choses et du coup ça te sécurise »            « si il se passe aujourd'hui une situation je saurai réagir et ça, ça marche avec l'expérience, avec la formation »</p> <p><b>IDE 4 :</b> « alors oui c'est vrai avec l'expérience et la pratique qu'on aborde plus, enfin je ne peux pas dire qu'il y a plus le stress mais c'est plus avec la pratique et l'expérience je pense que le stress est plus constructif qu'handicapant » (1.57)            « avec l'expérience tu sais un peu comment les choses se passent et t'as moins cette appréhension qui favorise un stress négatif » (1.61)            « qu'avec l'expérience on arrive à se forger une carapace et on se prend plus les mêmes choses à chaque situation » (1.63)            « je pense que l'expérience et la pratique y sont pour beaucoup oui » (1.64)</p>

		<p><b>IDE 5 :</b> « au fur et à mesure, en fonction des situations auxquelles t'as eu affaire tu prends, tu agrandis tes compétences » (1.49)  « moi je vois au début je n'aurai pas gérer une situation d'urgence seule au domicile comme aujourd'hui mais ça y a que les années qui peuvent te le permettre » (1.51)  « j'ai dit des années, peut être que non au final, quelques mois peuvent certainement suffire si l'on rencontre les « bonnes situations » mais au final c'est toujours l'expérience » (1.97)</p> <p><b>IDE 6 :</b> « oui forcément avec l'expérience on a des automatismes » (1.25)  « évaluer la priorité et priorisé ça vient avec le temps » (1.26)  « tout ce qui est signe de gravité etc. c'est avec l'expérience qu'on y acquiert » (1.26)  « on peut être moins déstabiliser que lorsqu'on est jeune diplômé, on est plus serein » (1.27)  « aujourd'hui, j'aborderai une situation similaire beaucoup plus sereinement car déjà on a la pratique, l'expérience du coup et des connaissances, des réflexes en lien » (1.65)</p>
--	--	---

ANNEXE VI.VI : QUESTION N°5

Question 5	Cadre de référence	Verbatim
<p>Racontez-moi une situation d'urgence où le stress a eu un impact.</p>	<p>4.3 « Les émotions »            4.3.3 « Le stress »            4.3.4 « Les stratégies de coping »</p>	<p><b>IDE 1 :</b> « en négatif ou en positif » (1.92)            « déjà le fait d'avoir eu tout le temps quelqu'un qui pouvait m'aider à faire les soins d'urgence » (1.106)            « on est tous complémentaire » (IDE 1, l. 141)            « c'était quand même stressant car la petite fille était dans sa chambre donc on l'a fait sortir » (1.108)            « j'ai dû passer toute ma journée avec elle donc fallait quand même installer les autres patients et ça c'est vrai que c'était stressant » (1.120)            « quand elle était vraiment en train de désaturer je me disais j'aurai pas le temps de poser la voie faut l'aspirer de suite parce que là ça ne va pas du tout c'était stressant » (1.123)            « ce qui m'a stressé aussi au début c'est qu'on était en salle d'attente » (1.124)  <b>IDE 2 :</b> « moi j'étais un peu stressé voilà je suis moins bien arrivé à le piquer. Ça m'a un peu perturbé » (1.56)            « on a appelé le médecin et ce qui m'a un peu stressé c'est que le médecin n'était pas réactif » (1.51)            « le fait qu'il y est plus de monde, et des gens compétent y'a du stress mais du bon stress » (1.63)  <b>IDE 3 :</b> « déjà t'es stressé parce que t'as la situation complexe en face de toi »            « on avait notion que c'était un AVP grave »            « le premier stress que j'ai eu c'était de perdre du temps sur la route »            « je pense que le stress a aussi un côté positif car il t'aide enfin pour mon cas à rester concentré et vigilant »  <b>IDE 4 :</b> « on part pour un monsieur relativement jeune [...] il avait un SCA [...] quand j'ai sorti la pochette cardio elle n'était pas scellée et du coup automatiquement le stress est monté » (1.71)            « alors oui en soit ça n'a pas beaucoup impacté la prise en charge mais je pense que ça peut quand même nous apporter quelque chose de négatif et ça peut rapidement joindre du négatif à la situation et nous parasiter » (1.78)            « à l'inverse y'a des situations où tu sais t'es sur une prise en charge où t'as un patient plutôt grave [...] on sait qu'il nous faut une voie veineuse et c'est dans cette</p>

		<p>situation où même si le patient il n'a pas de veine bah la seule veine qu'il a on ne la rate pas, je pense que ça c'est un effet du stress » (1.81)</p> <p><b>IDE 5 :</b> « je t'avoue moi j'arrive y'a quelqu'un qui est en train de faire l'arrêt ça va me mettre en situation de stress quand même vu que t'es seul et c'est toi qui dois gérer » (1.77)</p> <p>« quand t'as les bases tu les appliques bêtement et tu t'aides avec tes collègues si tu peux » (1.80)</p> <p><b>IDE 6 :</b> « le manque d'expérience, de compétence » (1.60)</p> <p>« lorsqu'on se sent dépassé, qu'on a peur du geste qu'on ne maîtrise pas » (1.63)</p> <p>« je savais ce qui fallait faire car j'avais notamment rencontré plusieurs fois ce genre de situation, j'avais déjà pratiqué » (1.75)</p>
--	--	--

## ANNEXE VII : AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

**Je soussigné** Benjamin ISERN

Promotion : 2020 / 2023

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

### *Les émotions et l'expérience dans l'urgence.*

**En version papier** (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

**En version numérique - PDF** (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné, déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 16 mai 2023

Signature :

Benjamin Isern

### *Les émotions et l'expérience dans l'urgence*

La gestion de situations d'urgence est quelque chose qui m'a toujours attiré. Cela fait de nombreuses années que je me questionne sur les différentes prises en charge en lien avec cette notion « d'urgence ». Une situation vécue en stage lors de ma deuxième année de formation en soins infirmiers m'a amené à me questionner sur « comment les émotions et l'expérience vont-elles influencer la prise en charge d'un patient lors d'une situation d'urgence ». J'ai ensuite rassemblé de nombreuses lectures : ouvrages et articles afin de les comparer avec des témoignages de soignants. J'ai ainsi décidé d'interroger six infirmiers travaillant dans différents services. En revanche, il semble important de rappeler que l'intérêt n'est pas de donner une réponse normée mais de questionner une pratique professionnelle. En effet, dans leur singularité, les professionnels ont fait émerger de nombreuses similitudes mais aussi des divergences. J'ai ainsi pu m'apercevoir à travers ces entretiens que les « émotions » et « l'expérience » sont étroitement liées en « situation d'urgence ». Cela m'a également permis de mettre en évidence de nouvelles notions. Les plus évoquées par les infirmiers sont « le travail d'équipe et la collaboration ».

*194 mots*

**Mots clés :** situation d'urgence, émotions, expérience, collaboration, travail d'équipe.

---

### *The emotions and the experience in an emergency*

Dealing with emergency situations is something which has always appealed to me. I've been questioning myself for numerous years about the different handlings in link with this notion of « emergency ». A situation lived during an internship while I was having my second year of nursing training has led me to wonder about « how emotions and experience are going to influence the handling of a patient during an emergency situation ». Then I have gathered a lot of readings: books and articles in order to compare them with carers testimonies. Thus, I have decided to interview six nurses working in different departments. However, it seems important to remind that the interest is not to give a standard response but to question a professional practice. Indeed, in their singularity professionals have made numerous similarities but also differences emerge. Thus, I could see through these interviews that emotions and experience are closely linked in an emergency situation. It has also allowed me to highlight new notions. The most evoked by the nurses are « team work and team cooperation ».

*180 words*

**Key words:** emergency situations, emotions, experience, cooperation, team work.