



La gestion du stress infirmier face à l'urgence : entre émotion et action

Unités d'enseignement 5.06 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 19 mai 2025

Directrice de mémoire : Madame Corine VIAU

Note aux lecteurs :

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

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Madame Corine Viau, pour son accompagnement tout au long de ce travail. Merci de m'avoir guidée avec rigueur et bienveillance, de m'avoir encouragée dans les moments de doutes, et d'avoir toujours pris le temps de m'écouter. Votre patience, vos conseils et votre engagement ont été précieux tout au long de ce parcours, et je vous en suis profondément reconnaissante.

J'aimerais également adresser mes sincères remerciements à ma référente de suivi pédagogique, Madame Annie Gévaudan. Merci d'avoir été présente, notamment durant mon redoublement, à un moment où j'avais particulièrement besoin d'encadrement et d'écoute. Votre accompagnement a été d'un grand réconfort et m'a permis de garder le cap lorsque les choses étaient plus difficiles.

Je tiens aussi à remercier Madame Séverine Nicolas, qui a su être à l'écoute de mes besoins et m'a aidée à mettre en place des aménagements nécessaires pour que je puisse avancer dans de meilleures conditions. Votre implication a joué un rôle essentiel dans mon parcours.

Ces quatre années ont été riches d'expériences, d'apprentissages, mais aussi de rencontres marquantes. Elles n'auraient pas été les mêmes sans les personnes formidables qui m'ont entourée tout au long du chemin.

Merci à Lisa pour ta présence constante, ton écoute attentive et ta bienveillance. Tu as toujours été là, dans les moments de joie comme dans ceux de doute.

Un remerciement tout particulier à Rosa, qui a été un véritable rayon de soleil durant mon redoublement. Merci de m'avoir tendu la main, de m'avoir accueillie sans jugement et d'avoir su me redonner confiance et le sourire. Je suis profondément touchée par ta gentillesse et ta générosité. Grâce à toi, cette période difficile a été rendue plus légère et plus humaine.

Merci également à Aurore, Léa, Nathan, Emilie et Lara pour vos encouragements, votre présence réconfortante, et tous ces petits gestes qui ont compté plus que vous ne l'imaginez.

Je souhaite aussi remercier mes amies en dehors de l'école : Julie, Clara, Luna, Noémie, Agathe et Romane. Merci d'avoir toujours été là malgré la distance ou le rythme chargé de ces années. Votre présence a été un vrai point d'ancrage, une source d'équilibre et d'affection continue.

Un grand merci à Luna pour avoir réalisé la couverture de ce mémoire. Merci pour ton coup de crayon, ta patience et ta créativité. Ta touche rend ce travail encore plus spécial à mes yeux.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude envers ma famille, qui a été un pilier inébranlable durant ces quatre années. Merci pour votre patience, votre réconfort et votre amour inconditionnel. Vous avez toujours cru en moi, même lorsque, moi, je doutais.

Un merci tout particulier à mes parents, mes grands-parents et ma sœur : vous m'avez portée, relevée, encouragée. Votre confiance et votre présence m'ont donné la force d'aller jusqu'au bout. Rien de tout cela n'aurait été possible sans vous.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont aidée, encouragée ou inspirée, de près ou de loin, au fil de ces années. Merci à chacun et chacune d'avoir fait partie, à votre manière, de ce chemin.

Table des matières

Introduction	1
1. Situation d'appel	3
1.1. Description de la situation	3
1.2. Questionnement	5
2. Question de départ.....	8
3. Cadre de référence.....	9
3.1. Situation d'urgence.....	9
3.1.1. Définitions	9
3.1.2. L'IDE et l'urgence.....	12
3.2. Stress.....	16
3.2.1. Définition.....	16
3.2.2. Le stress.....	17
3.2.3. L'anxiété.....	21
3.3. Relation soignant / soigné	22
3.3.1. Définition.....	22
3.3.2. Relation de soin / relation d'aide	23
3.3.3. La Communication	27
4. Enquête exploratoire	30
4.1. Méthode utilisée.....	30
4.1.1. La méthode clinique.....	30
4.1.2. L'entretien semi-directif	31
4.1.3. Population et lieux d'enquête	31
4.2. Réalisation de l'enquête.....	32
4.3. Résultat de l'enquête	33
4.3.1. Présentation synthétique des entretiens	33
4.3.2. Analyse des entretiens	35
4.4. Les limites de l'enquête	43
5. Problématique.....	44
6. Question de recherche	46
Conclusion.....	47
Bibliographie	48

Annexes	50
---------------	----

Introduction

Depuis de nombreuses années, mon projet professionnel est de travailler dans les soins infirmiers. Avant d'entreprendre mes études en soins infirmiers, je n'avais pas connaissance de l'impact du stress dans les situations d'urgence. C'est en effectuant plusieurs stages que j'ai été confrontée à cette réalité. Durant mes 3 années de formation, j'ai eu l'opportunité de faire des stages en milieu hospitalier, et cela m'a permis de confirmer mon projet professionnel et ma volonté de réaliser mon travail de fin d'études sur la gestion du stress en situation d'urgence, afin d'améliorer mes connaissances et mon savoir en vue de ma future pratique. En effet, les prises en charge en contexte d'urgence se montrent différentes des situations de soins habituelles. Mais aussi, la relation entre le patient, ses proches et le soignant est très importante, et cela m'a fortement interpellée. J'ai beaucoup apprécié ces situations, car elles donnaient du sens à mon rôle de soignante. De plus, durant notre formation, nous n'avons que peu de cours théoriques portant sur la gestion du stress dans ces contextes. Ces stages m'ont permis de développer des connaissances sur le stress, ses manifestations et ses impacts sur la qualité des soins.

Au cours de mon stage de deuxième année, une situation m'a particulièrement questionnée et fait donc l'objet de ma situation d'appel. Grâce à cette situation, j'ai réalisé que la gestion des émotions est importante dans la prise en charge en urgence, et que la manière dont le soignant vit et gère son stress influence directement son efficacité. J'ai aussi remarqué que la communication et l'écoute jouent un rôle indispensable dans la relation de soin, même dans des situations à forte pression. C'est pourquoi j'ai décidé d'en apprendre davantage sur l'impact du stress et les moyens pour le réguler dans la prise en charge d'une urgence.

Cet écrit comporte ma situation d'appel qui a permis de développer mon questionnement et ma question de départ. J'explorerai celle-ci dans mon cadre de référence où je m'appuierai sur différents auteurs afin de développer ma réflexion sur les spécificités des situations d'urgence, du rôle du stress et de l'importance de la relation de soin dans ces contextes. Puis, je présenterai l'enquête exploratoire réalisée auprès de plusieurs infirmiers, dont l'objectif sera d'observer la réalité du terrain en comparaison à mes différents apports théoriques, afin d'apporter un

éclairage complémentaire à ma question de départ. Je poursuivrai mon travail grâce à l'analyse de mes différents entretiens croisés avec les éléments de mon cadre de référence. Puis, je développerai ma problématique en proposant une nouvelle question de recherche avant de conclure.

1. Situation d'appel

1.1. Description de la situation

Ma situation d'appel se déroule lors de mon 3^{ème} stage de deuxième année dans un service de chirurgie ORL en milieu hospitalier. La capacité d'accueil du service est de 15 patients.

Parmi les patients du service, il y a Monsieur B que je vais prénommer Lucas, âgé de 56 ans. C'est un patient trachéotomisé à la suite d'une résection du larynx, soit une laryngectomie. Il a subi de nombreuses interventions afin d'effectuer un lambeau, qui est un fragment de tissu prélevé sur un site donneur qui conserve une vascularisation. Ce patient n'est pas encore autonome dans la gestion de sa trachéotomie : il a besoin d'une aide totale pour effectuer les aspirations ainsi que le changement de canule et de chemise.

Ma situation se déroule dans l'après-midi, nous venons avec l'infirmière de refaire le pansement qui était complètement souillé. Nous sommes en salle de pause quand la sonnette de Lucas sonne. C'est un patient qui sonne très peu. Quand un patient trachéotomisé sonne, il faut y aller immédiatement, car cela peut être une urgence vitale. Effectivement, la trachéo permet la respiration, il pourrait y avoir un bouchon qui nécessite une aspiration rapide, sinon le patient pourrait se mettre en arrêt cardio-respiratoire. J'y suis allée avec la consigne de l'infirmière : « si c'est une urgence, sonne en urgence ». En me rendant dans la chambre de Lucas, j'entends sa femme crier : « À l'aide, il est bleu ! À l'aide, il est bleu ! ». Je me mis alors à courir et, en arrivant devant la chambre, je retrouve sa femme complètement apeurée par la situation. Face à cette femme inquiète et au patient en détresse, un sentiment de stress et d'impuissance m'a envahi. Effectivement, le patient est cyanosé, de ce fait, je sonne en urgence et j'effectue les premiers soins auprès de Lucas. Sa femme est dans la chambre au pied du lit, elle m'observe angoissée et me demande si j'ai besoin d'aide. C'est à ce moment-là que je lui demande de bien vouloir sortir de la chambre, afin de pouvoir effectuer mes soins et accéder au matériel nécessaire à la prise en charge de Lucas. Cette demande a fait émerger en moi un sentiment où je me suis sentie dépassée face à cette femme angoissée qui était face à moi et m'observait prodiguer des soins d'urgence à son mari. En lui demandant de sortir de la chambre, j'étais partagée entre deux sentiments : d'une part, cela me rassurait du fait que je n'étais plus observée dans ma pratique et donc, je me sentais plus à l'aise dans l'exécution des tâches. De l'autre,

exclure l'épouse des soins me laissait penser que cela pouvait majorer son angoisse. Avec le recul, le fait que son épouse me demande si j'ai besoin d'aide a fait émerger en moi un sentiment où je me suis sentie dépassée face à cette femme angoissée qui était face à moi et m'observait prodiguer des soins d'urgence à son mari, mais qui malgré tout voulait m'aider.

En attendant l'arrivée de l'infirmière, j'aspire le patient et lui enlève la chemise interne. Durant ce laps de temps, je me sens stressée, mais face à la détresse du patient et à cette situation d'urgence, je me concentre sur mes gestes et je « libère » le patient du bouchon qui l'empêchait de respirer. Je ressens dans le regard de Lucas un sentiment de gratitude et de soulagement et les signes cliniques du patient me rassurent. De plus, je ressens un sentiment de soulagement, même si la prise en soins n'est pas terminée. A ce moment-là, le stress n'a pas complètement disparu pour laisser place à toute autre émotion. L'infirmière arrive, le patient est moins cyanosé. Elle me demande d'aller chercher du matériel en salle de soins afin de refaire son pansement ainsi qu'un tensiomètre et un saturomètre. Sa saturation est à 80 %, nous décidons donc de le mettre sous oxygène. Lors de mes allers-retours entre la salle de soins et la chambre, son épouse m'a interpellée plusieurs fois. La première fois, elle me dit : « Il va bien, il respire ? ». Je lui réponds « qu'il allait mieux et qu'il respirait », mais j'étais tellement dans l'action que je n'ai pas pris le temps de la rassurer. Et je me questionne sur ma communication : était-elle adaptée vu que j'étais encore moi-même dans la gestion de l'urgence et donc stressée, et de ce fait n'ai-je pas transmis de l'angoisse à cette femme ? L'urgence passée, et le stress retombé, je décide, avec l'accord de l'infirmière, de me rendre auprès de l'épouse de Mr Lucas afin de lui donner davantage d'explications. Je lui dis « Votre mari va mieux, il respire, on l'a placé sous oxygène, car il avait une saturation basse, mais c'est normal avec ce qui vient de se passer. Votre mari avait un bouchon dans sa trachéo, ce qui l'empêchait de bien respirer ». Après ces explications, sa femme retourne auprès de son mari. À ce moment précis je me suis posé différentes questions : « est-ce que j'avais bien pris en compte l'angoisse de cette dame, ou bien est-ce que je n'ai fait que lui expliquer ce qui venait de se passer ». Effectivement lors de ma conversation avec cette dame, je me suis sentie angoissée, dans son regard, j'ai senti la détresse et l'impuissance. A cet instant-là, je me suis demandé si cela était, d'une part due au fait que je lui demande de quitter la chambre et donc de ne plus être auprès de son mari, ou bien si mes émotions influencent les émotions de la famille ? Ou vice-versa, si les émotions de la famille n'influencent pas la gestion des émotions des soignants ? Ce que j'ai ressentie c'est que cette dame attendait beaucoup de moi. À cet instant précis, la pression a complètement diminué.

Je n'ai pas immédiatement compris ce qui venait de se passer, mais face à cette femme, j'ai ressenti une immense fierté, car j'avais su gérer une situation d'urgence. Cependant, il m'a été difficile de reconstituer l'image du patient, totalement cyanosé, lorsque l'infirmières m'a demandé de lui décrire la scène. L'adrénaline ayant pris le dessus, plusieurs émotions et sensations se sont bousculées dans mon esprit.

1.2. Questionnement

Cette situation a provoqué beaucoup de questionnement. En effet, c'était ma première situation d'urgence je n'avais jamais eu l'occasion auparavant d'être confrontée à une situation d'urgence. De ce fait, il m'a fallu gérer mon stress afin de parvenir à traiter l'urgence. De plus, l'angoisse du patient et de son épouse, présente dans la chambre, a majoré mon stress et mon questionnement sur la gestion des émotions en situations d'urgence. Il s'avère aussi que la communication revêt une importance capitale dans la prise en charge d'un patient, en particulier dans mon cas où le patient ne pouvait plus communiquer verbalement. Dans le regard du patient, j'ai vu sa souffrance, tout comme celle de sa femme qui vivait aussi cette douleur à travers lui. C'est dans ce moment que j'ai compris l'importance de mon rôle, non seulement pour soigner, mais aussi pour apporter un réconfort à cette détresse partagée.

Durant cette période d'urgence j'ai ressenti une difficulté émotionnelle face à sa femme notamment du stress et de l'anxiété.

Quand sa femme a crié « à l'aide, il est bleu », la panique dans sa voix, combinée à la couleur de la peau du patient et à son souffle court, m'ont immédiatement transmis une pression, illustrant comment la communication non verbale à travers les gestes, les expressions et les signes corporels peuvent exprimer une urgence bien plus rapidement que les mots. Ce type de situation exige d'avoir une réactivité rapide, car ça pouvait entraîner un arrêt respiratoire. Dans l'instant présent, mon principal objectif était de libérer les voies respiratoires du patient.

Au cours de cette gestion d'urgence, j'ai ressenti deux sentiments, l'envie d'agir rapidement et la sensation de stress intense. Malgré le stress éprouvé j'ai néanmoins réussi à prendre les mesures d'urgence nécessaires. Est-ce que la production d'adrénaline m'a permis de dominer, répondre à mon état de stress à ce moment-là ? et ainsi d'effectuer la gestion de l'urgence ?

Je me suis aussi questionnée sur la communication avec les proches en situation d'urgence. En effet, l'épouse du patient était très inquiète et observait chacun de mes gestes. De plus elle m'a demandé si son mari allait mieux, mais étant concentrée dans l'urgence, je n'ai pas pris le temps de la rassurer complètement. De ce fait, cela m'a mené à réfléchir sur la communication avec les proches dans des situations d'urgence. A posteriori, j'ai pu me questionner sur l'importance d'inclure la famille dans le processus de soins, même en urgence. Demander à son épouse de sortir de la chambre pour me concentrer sur les gestes techniques était une décision prise sous la pression de la situation. Mais je me suis questionnée à savoir si cette décision était-elle la bonne au regard du stress accru que cela a pu lui causer ?

Après l'urgence, j'ai pris le temps de donner des explications à l'épouse, mais j'ai aussi ressenti un certain malaise dans mes réponses. Daniel Goleman dans *l'intelligence émotionnelle (1995)* explique que la capacité à comprendre et à réguler nos propres émotions et celles des autres joue un rôle clé dans l'efficacité de la communication et particulièrement en contexte de crise. Il peut expliquer dans son ouvrage que l'intelligence émotionnelle comme la capacité à reconnaître, comprendre gérer et utiliser ses propres émotions et celles des autres de manières positive et constructive.

Ce malaise m'a amené à me poser des questions. Est-ce que c'était assez suffisant pour apaiser ses inquiétudes ? Aurais-je pu lui offrir une écoute plus attentive dès le début de l'incident ? Je me suis aussi demandé s'il était nécessaire de lui demander de sortir de la chambre pendant l'intervention, ou est-ce que j'aurais pu trouver une autre solution pour l'inclure sans compromettre les soins ?

J'ai pu aussi m'interroger sur l'impact des émotions sur la gestion des soins. D'un côté, l'angoisse liée à la situation d'urgence a généré un stress intense, mais de l'autre côté, j'ai senti une forme de fierté après avoir « libéré » le patient du bouchon qui l'empêchait de respirer. Daniel Goleman, met en avant le lien entre émotion et performance, expliquant que des émotions bien régulées peuvent être bénéfiques et peut améliorer notre efficacité. J'ai ressenti un regard de reconnaissance venant de Lucas et ça m'a permis de relativiser sur mon stress, de fait la communication non-verbale prend tout son sens, et ainsi peut-on parler de relation soignant/ soigné ?. Cependant, l'intensité de cette situation a fait émerger chez moi un sentiment d'impuissance lorsque je me suis retrouvé face à l'épouse inquiète qui attendait probablement plus de ma part notamment au niveau communication et de soutien émotionnel. J'ai ressenti la

pression de devoir « tout gérer » non seulement au niveau des gestes techniques, mais aussi en termes d'émotions, à la fois les miennes et celles des autres. Tout cela a fait émerger un questionnement comme comment mes émotions ont-elles affectées ma gestion de la situation, et comment la prise en charge techniques du patient a-t-elle été influencée par mes émotions ?

2. Question de départ

Ma situation et mes différents questionnements m'amène à orienter ma question de départ sur les émotions du soignants et les conséquences sur la gestion d'une urgence.

De ce fait, ma situation vécue et le questionnement m'amène à réfléchir sur la question suivante :

En quoi l'infirmier est impacté par son stress dans la gestion d'une urgence ?

3. Cadre de référence

Pour approfondir ma question de départ, je commencerai par examiner les situations d'urgence. Ensuite, je me pencherai sur le stress, qui est une émotion souvent ressentie lors de ces situations. Enfin, je m'intéresserai plus spécifiquement à la relation soignant/ soigné.

3.1. Situation d'urgence

Pour mieux comprendre ce qu'est une situation d'urgence, je commencerai par définir les deux types d'urgence : l'urgence vitale et l'urgence relative. Je mettrai ensuite en évidence les différences entre les deux. Dans un second temps, j'examinerai le rôle de l'infirmière dans le contexte de l'urgence.

3.1.1. Définitions

La SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) qui a édité le référentiel de compétence de l'infirmier en médecine d'urgence, a défini l'urgence en citant le livre de Nicole Aubert intitulé « le culte de l'urgence » (2003 P.36-37), comme « une notion aux contours enchevêtrés. Elle désigne à la fois, d'abord, une situation (urgence contextuelle), ensuite un jugement porté sur une situation (urgence subjective) et une action tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation. D'objective en première instance, l'urgence est en réalité souvent subjective et en référence étroites a système de valeurs de la société ou de la personne qui énonce le jugement de l'urgence. Il y a là un processus de glissement qui part d'une nécessité véritable justifiant une réponse rapide pour aboutir à une manière de faire plus ou moins systématique » (SMFU, 2008, p9).

De plus, le dictionnaire Larousse définit une urgence comme une « situation *pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement* ». (Larousse, 2025). La Haute Autorité de Santé (HAS) complète cette définition en disant que l'urgence médicale est une « *situation de détresse (hémorragie sévère, asthme grave, obstruction des*

voies aériennes supérieures, réaction allergique grave...) où la vie du patient est en danger imminent faute de soins rapide et adaptés » (Haute Autorité de Santé, 2023). Par ailleurs d'après l'article (La Responsabilité de l'infirmier dans les situations d'urgence du 06/07/2023) l'urgence se définit « *par rapport à l'état de santé du patient. Si le patient est dans un état de détresse nécessitant l'intervention rapide d'un professionnel de santé, sans laquelle son pronostic vital pourrait être engagé, l'IDE se doit d'intervenir et de prodiguer les soins nécessaires* ».

L'urgence vitales est définie par 8 sous thèmes : d'après le document de la Haute Autorité de Santé du 7 décembre 2023 « Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement ».

- « Neurologique : coma : le patient ne répond pas aux stimulations douloureuses » (gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement HAS 7 décembre 2023).
- « Respiratoire : arrêt respiratoire, respiration anormale en fréquence ou en amplitude, obstruction des voies aériennes supérieures, impossibilité de parler, patient bouche ouverte, porte les mains à son cou. » (Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement HAS 7 décembre 2023).
- « Circulatoire : pression artérielle imprenable, pouls proximal non perçu » (gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement HAS 7 décembre 2023).
- « L'étouffement : en cas d'étouffement, il faut agir vite avec des claques dans le dos de la personne voire des compressions abdominales » (Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement HAS 7 décembre 2023).
- « Le saignement lorsque le sang gicle ou coule de façon continue, il convient d'exercer une pression sur la plaie afin d'arrêter le saignement » (Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement HAS 7 décembre 2023).
- « L'inconscience : si la personne est inconsciente, et que sa poitrine se soulève régulièrement, il importe de libérer ses voies aériennes et de la placer en position latérale de sécurité ; une réanimation cardiopulmonaire est nécessaire » (Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement HAS 7 décembre 2023).
- « L'arrêt cardiaque : si la personne est inconsciente et ne respire pas normalement, il faut effectuer des compressions thoraciques et des insufflations. La réanimation doit se

poursuivre jusqu'à la reprise de la respiration normale ou l'arrivée des secours » » (Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement HAS 7 décembre 2023).

- *« Le malaise cardiaque : un malaise cardiaque se manifeste par une douleur qui serre la poitrine. La personne peut aussi présenter d'autres signes comme des difficultés respiratoires, des sueurs, des nausées... Il est indispensable de questionner la personne pour le Samu puisse juger du degré d'urgence » (Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement HAS 7 décembre 2023).*

En outre, il existe une deuxième urgence qui est l'urgence relative. Effectivement, l'urgence relative *« nécessite une prise en charge, mais sans que le facteur temps soit prédominant. La vie du patient n'est pas en danger imminent. Cette urgence relative est le reflet d'une évaluation à un instant T et peut évoluer à tout moment. En effet, l'état du malade peut se dégrader brutalement et passer en urgence vitale. Ainsi, l'urgence relative nécessite une surveillance régulière de l'état clinique du patient »*. (Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement HAS 7 décembre 2023). De plus, il existe plusieurs types d'urgence relative qui sont les suivants :

- Le malaise *« sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans que le sujet qui l'éprouve puisse en identifier obligatoirement l'origine. Il peut être fugace ou durable, de survenue brutale ou progressive. »* qui est une *« traduction d'une défaillance, temporaire ou durable, d'une partie de l'organisme sans perte de conscience ni d'arrêt cardiorespiratoire initiaux »* (article infirmiers.com AFGSU 2 Les urgences potentielles ou relatives du 09/05/2011).
- Les traumatismes *« ensemble de lésions locales provoquées par l'action violente d'un agent extérieur »* (article infirmiers.com AFGSU 2 Les urgences potentielles ou relatives du 09/05/2011).
 - Traumatismes osseux : fractures ouvertes ou fermées, luxation, entorse
 - Traumatismes abdominaux : Lésions viscérales masquées ou apparentes
 - Traumatismes cutanés : contusion, hématome, écorchure, coupure brûlure

- Traumatismes psychologiques
- Immobilisation « *toute lésion de l'appareil locomoteur est génératrice de douleurs et peut aggraver l'état d'une victime par la survenue de complication* » (article infirmiers.com AFGSU 2 Les urgences potentielles ou relatives du 09/05/2011).
- Les brûlures « *destruction totale ou partielle de la peau, des tissus ou même des os provoquée par* » : (article infirmiers.com AFGSU 2 Les urgences potentielles ou relatives du 09/05/2011).
 - La chaleur (liquide, gaz chaud)
 - Des substances chimique (caustiques)
 - L'électricité (courant électrique)
 - Frottement (chaussures, vêtements)
 - Radiation (soleil, UV)

À travers mes différentes lectures, j'ai pu mieux comprendre la distinction entre l'urgence vitale, qui désigne des situations où la vie du patient est en danger immédiat et nécessite une intervention rapide. Elle comprend des cas comme le coma, l'arrêt respiratoire, l'arrêt cardiaque ou des saignements abondants. Ces situations exigent des actions urgentes pour éviter des conséquences graves. Et l'urgence relative qui nécessite également une prise en charge, mais sans que le facteur temps soit crucial. Dans ce cas, la vie du patient n'est pas menacée de manière imminente, bien que son état puisse évoluer rapidement. Ces cas incluent des situations comme des malaises, des traumatismes ou des brûlures, où une surveillance régulière est essentielle pour prévenir une dégradation vers une urgence vitale.

3.1.2. L'IDE et l'urgence

Dans notre avenir en tant qu'infirmières, nous serons confrontées à de nombreuses situations d'urgence, chacune unique et exigeante. Il est donc primordial de maîtriser les bonnes pratiques

et les réflexes à adopter pour intervenir efficacement. Être capable de réagir avec sang-froid et expertise dans ces moments critiques est essentiel pour assurer la sécurité et le bien-être des patients.

Au cours de notre formation, nous avons des unités d'enseignement consacrées à l'urgence. En effet, dès la première année, au semestre 2, nous suivons l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU), qui se déroule sur une semaine. Cette formation est essentielle pour acquérir les compétences nécessaires à la gestion des situations d'urgences. Lors de cette unité d'enseignement, nous acquérons à la fois des connaissances théoriques et des compétences pratiques. Nous commençons par apprendre à identifier les dangers et à assurer la protection. Cela implique d'analyser la situation et de reconnaître les risques afin de garantir la sécurité du soignant de la victime et des personnes présentes. Ensuite, nous étudions comment alerter les services d'urgence en utilisant les numéros les plus importants tels que le 15, le 18, le 112 et le 114. De plus, nous réalisons un bilan qui comprend quatre points : le bilan circonstancier, le bilan fonctionnel, le bilan lésionnel et la surveillance. Dans notre formation, il est important de connaître le composant d'un chariot d'urgence, il contient tout le matériel nécessaire à la bonne prise en charge d'une urgence vitale ou potentielle. Par la suite, nous étudions les gestes à adapter en cas d'urgences vitales telles que l'obstruction des voies aériennes, les hémorragies, l'inconscience, l'arrêt cardiorespiratoire et l'arrêt cardio respiratoire chez l'enfant. Puis nous abordons aussi les urgences potentielles telles que les malaises, les traumatismes cutanés, les traumatismes osseux (fractures, luxation, entorse), l'accouchement inopiné et le relevage / brancardage.

Ces apprentissages nous enseignent à réagir rapidement et efficacement dans des situations d'urgence. Cela nous prépare à identifier les dangers, à assurer la protection des patients et à alerter les services d'urgence de manière appropriée. Toutes ces différentes compétences sont essentielles pour garantir la sécurité et le bien-être des patients, qui font de nous des professionnelles prêtes à intervenir dans des moments critiques. Cette formation d'AFGSU est reconduite en 3^{ème} année afin de faire un rappel avant qu'on devienne des professionnels de santé.

De plus, en deuxième année, au semestre 4, nous avons une unité d'enseignement, de soins d'urgence. Durant cette unité d'enseignement nous voyons les états de choc. Effectivement, lors d'un état de choc, il est important de reconnaître les différents signes d'un état de choc.

Dans un premier temps, il y a les signes d'hypoperfusion d'organes, les signes biologiques, l'hypercalcémie. Il existe cinq types de choc qui sont les suivants :

- Choc septique
- Choc cardiogénique
- Choc hypovolémique
- Choc hémorragique
- Choc anaphylactique

Cette unité d'enseignement nous permet d'acquérir de nouvelles compétences théoriques. Ces connaissances sont cruciales pour notre future profession d'infirmière, car elles nous permettent d'identifier rapidement les situations d'urgence et d'intervenir efficacement. En comprenant les mécanismes et les signes associés aux états de choc, nous serons mieux préparées à évaluer l'état des patients, à mettre en place des soins appropriés.

Par ailleurs, au regard de l'article R4311-14 du code de santé publique « *l'IDE est compétente pour détecter une situation relevant de l'urgence, s'il existe un protocole de soins d'urgence il se doit de l'appliquer; s'il n'existe pas de protocole, il est compétent pour prodiguer les premiers soins en attendant qu'un médecin puisse intervenir. Si l'IDE n'est pas un établissement de santé, il doit contacter les urgences afin que le patient soit transféré dans une structure de soins adapté à ses besoins.* » (L'article la responsabilité de l'infirmier dans les situations d'urgence)

Il est important d'avoir conscience qu'en situation d'urgence l'infirmier doit agir en priorité pour prodiguer les soins nécessaires à l'intérêt du patient, sans se limiter à des compétences. Si l'infirmier choisit de ne pas intervenir, il est important de savoir que sa responsabilité peut être engagée.

En outre, la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) est utilisée pour prioriser les soins, optimiser les ressources, améliorer la communication, assurer le suivi et évaluer l'état des patients. Elle se divise en 7 niveaux différents qui sont les suivants :

- CCMU P : « *patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable* »

- CCMU 1 : « état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences. »
- CCMU 2 : « Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences »
- CCMU 3 : « Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital. »
- CCMU 4 : « Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate. »
- CCMU 5 : « Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation. »
- CCMU D : « Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences. »

Cette Classification Cliniques des Malades des Urgences est un outils précieux pour garantir une prise en charge efficace et rapide des patients dans des situations d'urgences.

Outre l'apprentissage théorique, il est primordial de développer des compétences pratiques, c'est-à-dire des habiletés techniques et une dextérité fine, qui s'obtiennent essentiellement à travers l'expérience. Dans le contexte de notre formation d'infirmière, les stages revêtent une importance cruciale dans cette acquisition. En étant directement confrontée à des situations réelles, nous avons la chance d'appliquer les techniques enseignées en cours, d'apprendre à utiliser correctement le matériel médical et à réaliser avec précision les gestes de soins fondamentaux. Chaque expérience de stage nous permet d'améliorer nos aptitudes, d'affiner notre coordination et de renforcer notre assurance personnelle.

Puis, les compétences interpersonnelles sont tout aussi essentielles, car elles représentent nos principes et nos processus individuels. En cas de situation critique, savoir manifester de l'empathie, maintenir son sang-froid et communiquer de manière efficace devient essentiel pour instaurer un lien de confiance avec les patients et gérer la situation d'urgence. L'apprentissage

en milieu pratique nous confronte à des situations émotionnelles intenses, où il est essentiel de maîtriser nos réactions personnelles tout en apportant du soutien aux patients et à leurs proches. Ces expériences nous apprennent à prêter attention aux besoins des patients, à pratiquer une écoute active et à réagir de façon pertinente, renforçant ainsi notre capacité à travailler dans un milieu médical actif et parfois tendu. En développant également nos aptitudes techniques et interpersonnelles, nous nous préparons pour devenir des professionnelles qualifiées et empathiques, aptes à gérer toutes les circonstances.

3.2. Stress

Dans un second temps, je vais me concentrer sur le stress. En effet, lors de situations d'urgence, nous pouvons ressentir des émotions différentes selon les individus, mais le stress en fait souvent partie. C'est pourquoi je vais tout d'abord proposer une définition globale, avant de m'attarder plus précisément sur le stress, puis sur l'anxiété qui sont deux émotions fréquemment ressenties lors de situations d'urgence.

3.2.1. Définition

Tout d'abord, je tiens à définir ce qu'est une émotion. En effet, d'après l'ouvrage *Les 30 grandes notions en psychologie*, une émotion est « *une réaction de l'organisme à un événement extérieur, qui comporte des aspects physiologiques, cognitifs et comportementaux* ».

Parmi ces émotions, le stress occupe une place particulière. Le mot *stress* vient du latin *stringere*, qui signifie « resserrement », un terme lié à l'angoisse et à la sensation d'étouffement (Cairn.info, s.d.-h). Selon le dictionnaire Larousse le stress est défini comme « *un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque* » (Larousse)

Les facteurs déclencheurs du stress peuvent être très variés : ils peuvent être d'ordre physique, psychologique ou sensoriel, comme la douleur. Ces situations peuvent entraîner différentes réactions dans le corps, telles que la tachycardie, la vasoconstriction ou encore une montée d'adrénaline.

Le stress a cependant une fonction importante : il permet à l'organisme de mobiliser rapidement ses ressources pour faire face à un danger ou à un risque perçu.

De plus, le stress est défini par le Docteur S. Bensabat comme « *la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite* » (livre soignants : stress, apprendre à le gérer). Cela signifie que, quelle que soit la nature de la situation, qu'elle soit positive ou négative, le corps réagit toujours de façon similaire pour s'adapter.

3.2.2. Le stress

Le stress évolue en trois étapes, selon le syndrome général d'adaptation (SGA) proposé par le docteur Hans Selye. Ce modèle explique comment l'organisme réagit face à une situation stressante, en passant par trois phases : la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement.

La phase d'alarme : C'est la réaction immédiate du corps face à une situation stressante. Dès que le cerveau perçoit une menace, le corps se prépare à réagir en libérant de l'adrénaline et du cortisol, ce qui entraîne une augmentation du rythme cardiaque, une respiration plus rapide et une montée d'énergie. C'est une réponse instinctive qui prépare à fuir ou à faire face.

La phase de résistance : Si le stress continue, le corps entre dans une phase d'adaptation. Il reste en état d'alerte, mobilise ses ressources et tente de s'ajuster à la situation. Le niveau de stress reste élevé, mais l'organisme essaie de maintenir un certain équilibre. Cela peut fonctionner un temps, mais les réserves d'énergie commencent à s'user.

La phase d'épuisement : Quand le stress se prolonge sans pause, le corps finit par s'épuiser. Les ressources physiques et mentales sont vidées, ce qui peut entraîner une fatigue importante, des troubles du sommeil, de la concentration ou même des maladies. À ce stade, le stress devient nocif pour la santé.

Le stress, lorsqu'il devient chronique, peut entraîner de nombreux symptômes à la fois physiques, émotionnels et cognitifs, qui affectent directement la qualité de vie des soignants ainsi que leur efficacité professionnelle. Selon le livre Soignants : stress, apprendre à le gérer

de Stella et Jacques Choque, ces manifestations sont fréquentes dans les milieux de soins où la pression, l'urgence et la charge émotionnelle sont constantes.

Parmi les symptômes les plus souvent observés, on retrouve une fatigue persistante, qui ne disparaît pas malgré le repos. Cette fatigue peut être physique, mais aussi mentale, rendant les journées de travail de plus en plus difficiles à supporter. S'ajoutent à cela des troubles du sommeil, comme des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes ou un sommeil peu réparateur, qui aggravent l'état de fatigue général.

Le stress prolongé peut aussi engendrer une anxiété constante et un état d'angoisse, pouvant se manifester par une inquiétude excessive face à des tâches simples ou des situations habituellement maîtrisées. À cela s'ajoute une instabilité émotionnelle, avec des sautes d'humeur, de l'irritabilité, et une nervosité accrue, qui peuvent détériorer les relations professionnelles et la communication avec les patients.

Sur le plan cognitif, le stress affecte également la concentration et la mémoire, rendant les prises de décision plus laborieuses, voire risquées dans un contexte où la vigilance est essentielle. Enfin, des troubles digestifs tels que douleurs abdominales, ballonnements ou troubles du transit sont également fréquents et traduisent l'impact du stress sur le fonctionnement global de l'organisme.

Ces symptômes ne doivent pas être négligés, car leur accumulation peut conduire à un état d'épuisement professionnel, voire à un burn-out. Il est donc essentiel pour les soignants de reconnaître les signes du stress et de mettre en place des stratégies pour mieux le gérer au quotidien.

Alors que le modèle du syndrome général d'adaptation de Selye permet de comprendre les différentes phases physiopathologiques du stress, il est tout aussi crucial d'examiner comment ces mécanismes se manifestent concrètement dans le vécu quotidien des soignants, comme en témoigne l'article *Infirmières, entre implication et stress au travail*, qui met en lumière les facteurs de stress spécifiques à cette profession.

Ce qui ressort de manière significative de cette étude, c'est la tension constante entre un engagement professionnel fort et une usure psychologique progressive. Les infirmières interrogées expriment à la fois leur attachement à leur métier, qu'elles décrivent comme « porteur de sens, de relations humaines et de moments de joie », et les difficultés qu'elles

rencontrent au quotidien, liées à la charge de travail, au rythme effréné, et au manque de reconnaissance. Cette contradiction souligne le caractère ambivalent de la pratique infirmière, à la fois passionnante et épuisante.

Le manque de reconnaissance institutionnelle est un facteur de stress fréquemment cité. Plusieurs participantes dénoncent une absence de valorisation de leur travail, se sentant souvent « *invisibles* » aux yeux de leur hiérarchie ou réduites à de simples exécutantes. Ce ressenti est en cohérence avec le modèle de Siegrist (1996), qui met en évidence le lien entre stress chronique et déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses perçues.

Je vais maintenant mettre en lien le stress et l'adrénaline qui se rejoignent.

Le stress et l'adrénaline sont deux éléments indissociables dans la réponse de l'organisme face à une situation perçue comme menaçante. L'adrénaline, hormone libérée par les glandes surrénales lors d'un stress aigu, joue un rôle central dans la préparation du corps à réagir face à un danger immédiat. Cette réponse est en accord avec la théorie du stress de Lazarus, qui a été formulée en 1984. Selon Lazarus, le stress ne résulte pas seulement d'une situation objective, mais de l'interprétation subjective que l'individu en fait. En d'autres termes, le stress émerge de l'évaluation cognitive de la situation, ce qu'il appelle la « transaction » entre l'individu et son environnement.

L'adrénaline agit principalement sur le système nerveux sympathique, entraînant une augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la respiration. Elle prépare ainsi le corps à une réaction immédiate, que ce soit pour fuir ou pour affronter la situation (réaction « *fight or flight* »). Cependant, la théorie de Lazarus, bien qu'importante dans la compréhension du stress, a été critiquée par plusieurs chercheurs, dont Bruchon-Scheitzer et Ai en 1994, ainsi que Pronost en 1997. Ces derniers ont souligné certaines limites du modèle.

Bruchon-Scheitzer et Ai ont pointé que la théorie de Lazarus se concentre trop sur l'évaluation cognitive de la situation au détriment d'autres facteurs influençant le stress. Ils ont suggéré que la réponse au stress est également modulée par des éléments émotionnels, sociaux et culturels qui ne sont pas toujours pris en compte dans le modèle de Lazarus. En effet, les individus ne réagissent pas toujours de manière uniforme face à une même situation stressante. Par exemple, la perception d'un stress peut être influencée par l'histoire personnelle de l'individu, son réseau de soutien social, et même son environnement culturel. Ces éléments extérieurs à l'évaluation

cognitive du stress peuvent jouer un rôle crucial dans l'intensité de la réponse physiologique, y compris la libération d'adrénaline.

Pronost, quant à lui, a critiqué le fait que le modèle de Lazarus ne prend pas suffisamment en compte la dimension physiologique et biologique du stress, qui est pourtant essentielle pour comprendre les mécanismes hormonaux en jeu. Selon lui, bien que l'évaluation cognitive soit fondamentale, il est nécessaire d'intégrer davantage les réponses biologiques et hormonales à l'étude du stress. Par exemple, l'adrénaline n'est pas simplement libérée par une évaluation consciente, mais aussi par des processus automatiques et inconscients du corps, qui échappent à la seule analyse cognitive. En d'autres termes, le stress ne découle pas uniquement d'une évaluation consciente d'une situation, mais aussi d'une interaction complexe entre des facteurs physiologiques et psychologiques.

En résumé, la théorie du stress de Lazarus a permis de mieux comprendre comment l'individu évalue et réagit face au stress. Cependant, elle a été critiquée par des chercheurs comme Bruchon-Scheitzer, Ai et Pronost. Ces derniers ont souligné qu'il était important de prendre en compte d'autres facteurs, comme les émotions, les relations sociales et les aspects physiologiques, notamment l'impact des hormones comme l'adrénaline. Ainsi, ces critiques ont permis d'élargir la compréhension du stress, en intégrant des éléments plus complets sur la manière dont le corps et l'esprit réagissent au stress.

Par ailleurs, l'article de Marc Lorient, *La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière*, explore l'impact du stress sur les infirmières, en particulier le stress émotionnel lié à leur travail. Lorient explique que le stress ne vient pas seulement de la charge de travail physique, mais aussi de l'effort émotionnel constant que les infirmières doivent fournir pour gérer leurs émotions et répondre aux besoins émotionnels des patients. Ce travail émotionnel, selon l'auteur, « *nécessite de réguler ses émotions et d'adopter des attitudes émotionnelles spécifiques en réponse aux besoins des patients* ».

Il souligne que ce stress émotionnel, combiné à la fatigue physique, peut mener à un épuisement professionnel, avec des symptômes comme « *des troubles du sommeil, de l'anxiété et un sentiment général de perte de sens dans leur travail* ». Le manque de reconnaissance, aussi bien institutionnelle que sociale, aggrave cette situation, rendant encore plus difficile la gestion du stress et la fatigue.

En résumé, l'article montre que le stress des infirmières n'est pas seulement lié à la surcharge de travail, mais aussi à un stress émotionnel constant, qui peut avoir de graves conséquences sur leur bien-être physique et psychologique. Il est crucial d'apporter plus de soutien à ces professionnelles pour prévenir l'épuisement et améliorer leur qualité de vie au travail.

Le stress, particulièrement dans des environnements à haute pression comme les soins de santé, est amplifié par l'urgence constante et la charge émotionnelle qui pèsent sur les soignants. L'interaction entre les phases du stress, telles que définies par Selye, et les réponses physiologiques induites par l'adrénaline souligne l'importance d'une gestion proactive du stress pour éviter l'épuisement professionnel et améliorer la qualité de vie au travail des soignants confrontés quotidiennement à des situations urgentes et stressantes. Dans ces moments d'urgence, l'anxiété peut émerger en réponse à l'intensité de la pression, et devient un élément essentiel à prendre en compte pour comprendre l'impact de ces situations.

3.2.3. L'anxiété

L'anxiété est une émotion que tout le monde expérimente à un moment ou à un autre, mais elle prend une dimension particulière lorsqu'elle survient dans des situations extrêmes ou de grande pression. Dans le domaine des soins, elle peut concerner aussi bien les patients que les soignants, et c'est pourquoi il est essentiel de bien la comprendre pour mieux y faire face. François Molières, dans *Les concepts en sciences infirmières*, décrit l'anxiété comme une sensation d'insécurité intérieure, difficile à définir, qui se manifeste sans qu'un danger concret soit nécessairement identifié. Contrairement à la peur, qui est généralement dirigée vers quelque chose de précis, l'anxiété est plus diffuse, mais tout aussi perturbante. Elle peut provoquer une tension mentale, une agitation physique, et dans certains cas, bloquer la capacité de réfléchir ou d'agir de manière adaptée. C'est un phénomène que nous, professionnels de santé, pouvons rencontrer régulièrement, autant chez les patients notamment dans les contextes de diagnostic difficile ou d'intervention chirurgicale que dans notre propre vécu de soignant, surtout en contexte de stress aigu.

Mais cette émotion n'est pas uniquement un frein. Gabriel Sala et Christophe Haag, dans leur article *Comment vaincre l'anxiété en situation extrême*, proposent une approche intéressante qui montre que l'anxiété peut aussi devenir une force si elle est bien maîtrisée. Ils rappellent la

loi de Yerkes-Dodson, qui explique que lorsqu'elle est présente à un niveau modéré, l'anxiété peut améliorer la performance en augmentant la vigilance et la concentration. Le danger survient lorsqu'elle devient trop forte ou, au contraire, lorsqu'elle est totalement absente, car dans ces deux cas, l'efficacité diminue. Pour mieux gérer cette émotion dans des contextes extrêmes comme une situation d'urgence ou un environnement hospitalier sous tension Sala et Haag suggèrent une méthode structurée en quatre étapes : la préparation, la confiance, la concentration et le partage. Cette démarche aide à transformer l'énergie négative liée à l'anxiété en quelque chose de plus utile.

Dans la pratique infirmière, cette approche fait particulièrement sens. Face à un patient anxieux, ou lorsqu'on est soi-même confronté à une situation déstabilisante, savoir identifier les signes de l'anxiété, les comprendre, et mettre en place des techniques de régulation (comme la respiration, le recentrage sur l'instant présent ou l'échange verbal) peut vraiment faire la différence. C'est une compétence qui va au-delà des gestes techniques. Cela fait appel à notre capacité d'écoute, à notre présence, et à notre propre équilibre émotionnel. En ce sens, travailler sur sa propre gestion de l'anxiété est aussi une manière d'améliorer la qualité de la relation de soin. Comprendre que l'anxiété fait partie intégrante de l'expérience humaine et qu'elle peut être apprivoisée plutôt que subie, c'est une posture professionnelle mais aussi profondément humaine.

3.3. Relation soignant / soigné

3.3.1. Définition

Pour commencer, la relation soignant-soigné occupe une place centrale dans le domaine de la santé. D'après le livre *La relation soignant-soigné* de D. Naudin, C. Salomon-Legrand, A. Margat et C. Heuzé. Effectivement, « *La relation soignant-soigné est construite autour d'un lien que le patient et le professionnel de santé élaborent. Cette relation est particulière, car elle s'initie le plus souvent dans une relation asymétrique issue de la demande d'un patient souffrant (et de ses proches) qui a besoin de la compétence des professionnels de la santé. De cette relation peuvent naître des incompréhensions liées à la communication pouvant nourrir*

des inquiétudes et des doutes chez le patient et/ou ses proches qui souffrent déjà du fait de la maladie et de ses conséquences. La souffrance se résume et se condense dans la formulation faite par le patient au soignant. Parfois les attentes sont bien au-delà des capacités de l'équipe soignante et les réponses peuvent être complexes et prendre du temps. Il peut y avoir un écart entre les perspectives du patient et celles de ses proches (souhait de guérison) et les possibilités réelles de guérison (limites thérapeutiques, efficacité des traitements). La médiatisation des avancées technologiques et scientifiques dans le domaine de la santé incite le grand public et les patients à penser la médecine comme toute-puissante et capable de guérir toutes les maladies ». Ainsi, cette relation humaine, bien qu'essentielle dans le parcours de soins, peut aussi être à l'origine de tensions émotionnelles et de stress, tant pour le soigné que pour le soignant, en raison des attentes, des limites médicales et des enjeux communicationnels qu'elle implique.

3.3.2. Relation de soin / relation d'aide

Relation de soin :

Le soin, tel que défini par le CNRTL, est « *une préoccupation relative à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse* ». Frédéric Worms précise que le soin consiste en « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même* ». Il s'agit donc d'une attention portée à autrui dans le but de soulager ses souffrances. Philippe Svandra va plus loin en soulignant que le soin ne se limite pas aux professionnels de santé : tout individu, à un moment de sa vie, peut être amené à prendre soin d'un autre. Il parle d'ailleurs du soin comme étant « *une activité humaine essentielle* », insistant sur le fait que nous veillons constamment sur notre propre vie et sur celle des autres, tout au long de notre existence. Dans cette perspective, il associe le soin à une responsabilité morale envers autrui. F. Worms rejoint cette vision en présentant le soin comme une manière d'être attentif à l'autre, de se comporter vis-à-vis de lui avec considération.

Cette approche fait écho à la conception de Walter Hesse, pour qui prendre soin signifie « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière, c'est-à-dire*

unique ». Hesbeen place le malade, et non la maladie, au centre du soin, en tenant compte de son histoire personnelle.

Pour approfondir cette notion, Philippe Svandra s'appuie sur la langue anglaise, qui distingue deux verbes : « to cure » et « to care ». Le premier fait référence aux soins médicaux à visée thérapeutique, tandis que le second désigne l'attention portée au bien-être global de la personne, aussi bien sur le plan physique que psychologique, social et spirituel. Ainsi, le soin intègre ces deux dimensions : il vise autant la guérison que le soulagement et l'accompagnement de la personne.

De cette conception découle une implication affective incontournable. En effet, Svandra affirme qu'une « *forme de mobilisation affective* » est intrinsèquement liée à l'acte de soin. Virginie Pirard confirme l'importance de cette dimension affective, qui influence l'état psychologique du patient. En situation de vulnérabilité, le malade perd souvent sa capacité à prendre soin de lui-même. Selon Philippe Svandra, l'une des fonctions du soin est alors de lui redonner cette capacité, cette « puissance d'agir ». Le soin devient ainsi un moyen d'accompagner la personne vers une reconquête de son autonomie.

Concernant la notion de relation, le CNRTL la définit comme « *un rapport entre deux personnes, entre deux choses que l'on considère ensemble, et respectivement l'une à l'autre* ». Alexandre Manoukian précise que la relation est avant tout « *une rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Elle est donc singulière, influencée par de multiples facteurs. Dans le cadre des soins, cette relation occupe une place centrale.

Monique Formarier décrit la relation de soin comme « *des éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations, en interdépendance avec l'environnement* ». Autrement dit, la relation n'est pas figée, elle se transforme selon les circonstances et les personnes impliquées. Elle repose sur le partage, l'échange et la communication. Corine Isnard Bagnis souligne d'ailleurs le rôle fondamental de l'écoute dans cette relation. L'écoute active permet au soignant de mieux s'adapter aux besoins du patient et de gérer les difficultés relationnelles éventuelles, par exemple en modulant la manière de transmettre une information sensible.

Dans le contexte du soin, Monique Formarier parle de la relation comme « *l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée* ». Elle se

manifeste dans l'acte soignant, centré sur le présent. La qualité de cette relation dépend directement de l'investissement du soignant. Corine Isnard Bagnis rappelle que cette qualité relationnelle peut influencer sur l'efficacité du traitement : un patient en confiance sera davantage impliqué dans sa prise en charge. Frédéric Worms insiste également sur ce point, affirmant que la relation est indissociable du soin : « *il n'y a pas de soin sans relation* ».

Cependant, l'organisation actuelle des soins, encadrée par de nombreux protocoles et procédures, tend à réduire le temps et la disponibilité du soignant pour une véritable relation. Monique Formarier évoque alors une évolution vers de simples interactions. C. Isnard Bagnis souligne que la technicité croissante de la prise en charge laisse parfois peu de place à la relation humaine, éloignant les soignants du lien direct avec leurs patients.

Hartup distingue d'ailleurs les interactions comme étant « *des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles* », tandis qu'une relation est « *une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien* ». La relation, contrairement à l'interaction, est durable et engage des dimensions cognitives et affectives. Elle répond aux attentes du patient, et le soignant doit s'y ajuster. Toutefois, si le professionnel n'est pas disponible sur le plan psychique ou émotionnel, il ne pourra entretenir qu'une simple interaction.

La capacité relationnelle du soignant se construit avec le temps, nourrie par l'expérience et le savoir professionnel. Dans *La pleine conscience au service de la relation de soin*, C. Isnard Bagnis rappelle que cette relation repose autant sur les compétences techniques du soignant que sur les attentes du patient. Kornhaber la définit comme « *une relation perçue par le patient comme apportant un soutien, un accompagnement sans jugement, dans un environnement sûr et confortable, au moment d'une situation de vie difficile* ». Elle crée ainsi un espace propice à une communication efficace, centrée sur le respect et la confiance.

Enfin, De Biasi qualifie la relation de soin de « *relation de soin émotionnelle et cognitive* ». Elle comprend deux dimensions complémentaires : la dimension émotionnelle, marquée par l'empathie, la sympathie et la volonté d'aider, et la dimension cognitive, axée sur l'information, l'éducation, le conseil et la gestion des attentes. Cette distinction rejoint la dualité du *to cure* et *to care* évoquée précédemment. On comprend alors combien le soin et la relation sont indissociablement liés.

Relation d'aide :

La relation d'aide se définit comme une rencontre entre deux personnes dans le but de favoriser l'aide et le soutien. Elle se distingue de la relation de soin, dont l'objectif principal est de soigner. Dans *Le développement de la personne*, Carl Rogers décrit cette relation comme « *des relations dans lesquelles l'un au moins des protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie.* » (P27).

Cependant, cette relation peut être mise à mal dans le contexte des soins, notamment lorsque certaines attitudes professionnelles y font obstacle. Il persiste en effet des comportements inadaptés de la part de certains soignants, allant de l'indifférence à l'agressivité, voire à la réalisation de soins imposés. Dans ce cadre, la non-directivité devient un principe central de la relation d'aide. Elle valorise l'autonomie et la liberté de choix de la personne aidée, lui permettant ainsi de se responsabiliser dans son parcours. Carl Rogers affirme dans *La relation d'aide et la psychothérapie* qu'il ne faut pas orienter le processus thérapeutique : « *Le client a le droit de choisir ses propres buts vitaux* » (p.132). Autrement dit, le rôle du soignant n'est pas de résoudre un problème à la place du patient, mais d'entrer dans une relation profonde, empreinte d'empathie et de respect. Selon Rogers, trois attitudes fondamentales favorisent une relation d'aide efficace, telles qu'il les expose dans *Le développement de la personne*. La première est l'empathie, qu'il définit comme : « *sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité du "comme si" telle est l'empathie* » (p.208). La seconde est la considération positive inconditionnelle, qui consiste à accueillir l'autre sans jugement. Rogers la décrit ainsi : « *un vrai succès quand nous pouvons apprendre dans certaines relations ou à certains moments de ces relations qu'il nous est permis en toute sécurité d'éprouver de l'intérêt pour autrui et d'accepter d'être lié à lui comme à une personne pour qui nous avons des sentiments positifs* » (p.41). Enfin, la congruence représente l'authenticité du soignant, sa capacité à rester en accord avec lui-même. Rogers explique : « *mon attitude ou le sentiment que j'éprouve, quels qu'ils soient, seraient en accord avec la conscience que j'en ai. Quand tel est le cas, je deviens intégré et unifié, et c'est alors que je puis être ce que je suis au plus profond de moi-même* » (p.39).

La relation d'aide repose donc sur une base de confiance, de respect et d'écoute empathique. Monique Formarier, dans son article *La relation de soin, concepts et finalités*, souligne que cette

relation permet au soignant d'« *aider la personne à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui : Annonce d'un diagnostic difficile, aggravation de la maladie, fin de vie, perte, deuil, souffrance, maladie chronique, accident,...* » (p.38). Elle précise également que « l'aide dont la personne a besoin, est singulière, définie par la personne elle-même et située dans un espace-temps » (p.38).

En somme, la relation d'aide est essentielle pour instaurer une relation de confiance, condition indispensable pour atteindre les objectifs thérapeutiques du soin.

3.3.3. La Communication

Tout d'abord, la communication, telle qu'elle est définie dans le livre *La relation soignant-soigné* de D. Naudin, C. Salomon-Legrand, A. Margat et C. Heuzé, est « *tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu* ».

En pratique, on distingue différents types de communication : la gestuelle (comme la langue des signes utilisée par les personnes sourdes), la communication verbale (orale ou écrite) et la communication non verbale. Dès qu'on analyse les interactions verbales et non verbales, les dimensions sociales et linguistiques sont étroitement liées.

La communication dépend de l'interrelation entre les personnes. Trois éléments essentiels sont à considérer : le contexte, la forme et le contenu du message. L'émetteur formule (ou encode) un message destiné à un récepteur, en mobilisant à la fois des éléments verbaux et paraverbaux. Le récepteur interprète ce message, puis construit à son tour une réponse. Toutefois, plusieurs types d'interférences peuvent altérer la qualité des échanges.

Ces interférences, appelées bruits parasites, peuvent intervenir dès l'encodage si, par exemple, l'émetteur est émotionnellement perturbé et peine à s'exprimer. Le canal utilisé pour transmettre le message peut également fausser la communication (un SMS ne permet pas de percevoir l'intonation, par exemple). Enfin, le récepteur peut lui aussi mal comprendre le message en raison de ses propres filtres ou distractions.

Ces obstacles incluent notamment les rumeurs, la surcharge d'informations, les malentendus, les croyances personnelles, les différences culturelles, etc. D'autres difficultés peuvent venir d'un langage imprécis, de mots qui n'ont pas la même signification pour chacun, ou encore de la voix elle-même, notamment en cas de mauvaise articulation, d'un ton inadapté ou d'une intensité mal maîtrisée.

La communication verbale :

Selon Bruno Joly, dans *La communication*, la communication se définit comme « *l'action de communiquer, de transmettre, d'informer* » (2009, p.7). Jean-Claude Abric propose une définition plus complète en affirmant qu'elle constitue « *l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes dans une situation sociale donnée* ». Elle représente ainsi la base de toute interaction humaine. Margot Phaneuf va plus loin en précisant que « *c'est un besoin fondamental de l'être humain et une nécessité pour vivre* » (2011, p.3). L'être humain est naturellement un être de communication.

Communiquer permet non seulement de transmettre des informations, mais aussi de créer un lien entre les individus. Toujours selon Margot Phaneuf, la communication « *permet d'entrer en contact avec une personne et de leur transmettre un message* » (2011, p.59). Elle ajoute que cet échange vise « *à faire connaître ce que l'on perçoit, ce que l'on pense ou ressent* » (2011, p.4). En ce sens, la communication est essentielle dans la relation de soin.

La communication repose sur la présence de deux acteurs, un émetteur et un récepteur, dont les rôles peuvent alterner. Selon Shannon, l'émetteur est celui qui envoie le message et « *va devoir traduire en un langage compréhensible pour le destinataire* ». Le langage est donc central dans le processus, et la compréhension mutuelle dépend d'un code commun. La communication verbale a pour objectif principal la transmission d'une information.

Le vécu personnel, les besoins et les attentes influencent fortement la manière de communiquer et la qualité de la relation qui peut s'installer. Dans la relation soignant-soigné, la communication constitue un fondement essentiel et peut influencer positivement ou négativement sur la qualité des échanges.

Margot Phaneuf insiste sur l'importance du contexte, affirmant qu'il peut modifier à la fois le sens du message et la façon dont il est exprimé. Ce contexte, qu'il soit favorable ou non, impacte la communication, tout comme les émotions, le vécu ou la personnalité des interlocuteurs.

La théorie de l'École de Palo Alto, telle que présentée par Margot Phaneuf, affirme que la communication est « *intimement liée au contexte dans lequel elle se déroule [...] elle n'est jamais neutre dans la mesure où tout est communication* » (2011, p.4). En d'autres termes, il est impossible de ne pas communiquer.

Enfin, Margot Phaneuf distingue deux dimensions dans la communication : « *l'un est informatif, lié à la partie cognitive du message* » (2011, p.60), représentant le « contenu », tandis que « *l'autre est fait d'une partie plus expressive : c'est la manière dont il est transmis* ». Cela montre que la communication est un processus complexe, qui combine le langage avec des éléments non verbaux.

La communication non verbale :

Selon l'approche de Palo Alto, « *nous ne pouvons pas ne pas communiquer, même lorsque nous ne disons rien, notre corps parle, l'absence même d'expressivité a du sens* ». Cela signifie que même le silence ou l'immobilité transmettent un message. Ainsi, la communication non verbale englobe tous les moyens d'expression qui ne passent pas par l'usage de la parole.

Au quotidien, nous utilisons la parole pour transmettre des informations et dialoguer, mais la majorité de notre communication passe en réalité par le non verbal. À ce sujet, Barrier Guy affirme que la communication non verbale représente 90 % de nos échanges. Dans cette même logique, Bruno Joly souligne que la communication dépasse largement la parole et « *déborde l'expression verbale et utilise de nombreux signaux mimiques ou gestuels, des techniques nouvelles et de nouveaux supports* » (2009, p. 7).

Jean-Claude Abric confirme cette idée en précisant que la communication « *est plurimodale et multicanaux* » et qu'elle « *déborde donc largement le seul système verbal* » (2019, p. 59). Cela signifie que de nombreux éléments non verbaux interviennent dans l'échange et influencent la réception du message.

Dans *La communication soignant-soigné*, les auteurs évoquent même l'existence d'un « *langage du corps* » (p. 53), ce qui montre que le non verbal constitue une forme de langage à

part entière. Margot Phaneuf partage cet avis en décrivant la communication non verbale comme une forme d'expression « *qui n'utilise pas la parole* » et qui « *privilégie les attitudes et les comportements qui révèlent nos significations profondes* » (2011, p. 73). Autrement dit, le corps devient un vecteur de communication, apportant des nuances et des compléments à ce qui est dit verbalement.

Selon *La communication soignant-soigné*, la communication non verbale comprend des éléments tels que « *la distance physique, l'expression faciale, le contact des yeux, le contact physique, la posture, les gestes, l'apparence ainsi que les odeurs* » (p. 53). Elle enrichit donc le message verbal en y ajoutant une dimension émotionnelle ou contextuelle. Guy Barrie affirme même qu'elle peut « *renforcer les mots, de les compléter, de les remplacer ou de les contredire* » (p. 12).

D'après Margot Phaneuf, les « *signaux non verbaux possèdent plusieurs utilités* » (2011, p. 73), notamment pour faciliter la compréhension. Elle souligne également que « *nos yeux, notre visage et notre corps expriment nos pensées et nos émotions de manière souvent plus éloquente que nos paroles* ». Ainsi, l'ensemble de notre attitude influence la façon dont notre message est perçu par les autres.

4. Enquête exploratoire

4.1. Méthode utilisée

Dans un premier temps, je présenterai la méthode de recherche qui m'a paru la plus adaptée pour mener cette enquête exploratoire. J'aborderai ensuite l'entretien semi-directif, l'outil méthodologique retenu, avant d'expliquer les raisons ayant motivé le choix de la population enquêtée ainsi que des différents lieux où l'enquête a été réalisée.

4.1.1. La méthode clinique

La méthodologie de recherche utilisée pour ce travail de fin d'étude est la méthode clinique. En effet elle « *s'applique aussi bien aux conduites adaptées qu'aux désordres de la conduite*,

qu'elle est une méthode de recherche propre à accroître nos connaissances générales en psychologie, et non pas seulement la méthode d'une certaine catégorie de praticien »

Cette méthode est choisie en mettant l'accent sur l'individu, la singularité, le total et l'engagement. Elle permettra une analyse des individus spécifiques pour les comprendre. Par conséquent, le chercheur va collecter des informations auprès de l'individu et obtenir ce qu'il accepte de lui communiquer. La sélection de ce procédé souligne la singularité, la globalité et l'engagement de chaque individu. Elle offre la possibilité de mener une analyse détaillée des individus précis pour les appréhender davantage. Le chercheur recueille des informations directement auprès de la personne.

4.1.2. L'entretien semi-directif

Pour réaliser mon enquête exploratoire sur le terrain j'ai décidé d'utiliser l'entretien semi-directif. Celui-ci représente pour moi le moyen le plus adapté afin de recueillir des informations auprès des professionnels. Un entretien semi directifs se définit comme *« une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien »*. Ce type d'entretien me semble la meilleure méthode afin d'établir un échange avec les infirmiers. Ces entretiens ont été structurés par un guide d'entretien à l'aide de question ouverte préparées au préalable autour d'un thème. (Annexe 3)

4.1.3. Population et lieux d'enquête

La population que j'ai choisis d'interroger était constituée d'infirmiers. Parmi ces soignants, l'un travaillait dans un service de neurologie, un autre en gériatrie et le dernier en chirurgie. J'ai ainsi réalisé trois entretiens semi-directifs au sein d'un même centre hospitalier. Il m'a semblé pertinent de sélectionner ces différents services car je souhaitais comprendre comment chacun d'eux pouvait réagir face à une situation d'urgence, en fonction de ses particularités, de ses

habitudes de travail et du type de patient pris en charge. En effet, la fréquence, la nature et la gravité des situations d'urgence varient d'un service à un autre.

4.2. Réalisation de l'enquête

Pour réaliser mon enquête, j'ai fait la demande d'autorisation auprès de l'établissement concerné. (Annexe 1). Après avoir reçu l'autorisation de l'établissement (Annexe 2), j'ai pu contacter les différents cadres des services. Cela s'est avéré assez facile et rapide. Le plus compliqué a été de trouver des dates communes avec les services concernés et mon emploi du temps de stage. L'ensemble des entretiens a été réalisé lors de la prise de poste des soignants, dans leur lieu d'exercice.

A chaque entretien, j'ai précisé que l'anonymat des lieux et des personnes serait respecté. Pour cela, j'ai attribué des prénoms fictifs aux infirmières interrogées. J'ai également demandé à chaque soignant la permission d'enregistrer l'entretien pour faciliter ma retranscription, tous ont accepté sans problème.

Lors de mon premier entretien, dans le service de neurologie, je suis arrivée au moment de la relève de 14h. L'infirmière que je devais interroger n'était donc pas disponible. Une fois sa relève terminée, elle est partie manger. J'étais un peu embêtée, car j'avais un deuxième entretien ensuite et je ne voulais pas être en retard. L'infirmière a gentiment interrompu sa pause pour réaliser l'entretien. Celui-ci a été fluide, l'infirmière répondant facilement à mes questions.

Pour mon deuxième entretien, en service d'USLD, je me suis sentie plus à l'aise car j'avais déjà effectué un stage dans ce service et je connaissais l'infirmière. C'était une infirmière très dynamique, qui n'avait pas beaucoup de temps à m'accorder, mais elle a malgré tout réussi à répondre à mes attentes.

Pour mon troisième entretien, en service de chirurgie l'infirmière n'était pas au courant de ma venue. J'ai senti que je la dérangeais, car elle allait partir en pause repas. De plus, nous avons été interrompus plusieurs fois par des appels extérieurs, ce qui a compliqué la conduite de l'entretien.

4.3. Résultat de l'enquête

Les différents entretiens réalisés ont permis d'obtenir des résultats, référencés en annexe 5. Je vais tout d'abord présenter de manière synthétique les différents entretiens effectués. Ensuite, je développerai l'analyse croisée de mes entretiens en fonction des différents thèmes abordés dans mon cadre de référence.

4.3.1. Présentation synthétique des entretiens

Entretien 1 : Anomalie service de Neurologie

La Première infirmière interrogée s'appelle Anomalie. Elle travaille dans un service de neurologie depuis son diplôme obtenu en 2021. L'entretien a duré 18 minutes. Elle exerce au sein d'une unité neuro-vasculaire (UNV) et gère régulièrement des situations d'urgences, notamment des AVC ou des états de mal épileptiques. Elle définit l'urgence comme la nécessité d'agir rapidement, en hiérarchisant les priorités selon la gravité. Elle évoque le stress vécu lors de ces situations, particulièrement en début de carrière, mais souligne que ce stress est aujourd'hui un moteur positif qui l'aide à rester vigilante. Elle insiste sur l'importance du travail en équipe, qui permet de sécuriser les soins et de mieux gérer les imprévus. La relation soignant-soigné est, selon elle, primordiale, même dans l'urgence : elle prend toujours le temps de parler au patient, de le rassurer et de l'informer, même s'il ne peut pas répondre. Elle accorde également une attention particulière à la famille, parfois source de tension, mais qu'il faut aussi accompagner pour le bien du patient.

Entretien 2 : Impérative service d'USLD

La deuxième infirmière interrogée s'appelle Impérative. Elle est infirmière depuis 40 ans, diplômée en 1985. Après avoir débuté sa carrière dans le secteur privé, elle a intégré la fonction hospitalière où elle a travaillé dans différents services : hématologie, greffe, psychiatrie, pneumologie, rééducation fonctionnelle, et enfin la gériatrie, où elle exerce actuellement en long séjour. L'entretien a duré environ 13 minutes. Elle définit l'urgence comme une situation

ne pouvant être différée et nécessitant une action immédiate. Elle distingue l'urgence vitale, qui engage directement la vie du patient, de l'urgence relative, qui nécessite une surveillance accrue mais dont le pronostic vital n'est pas immédiatement menacé. Elle évoque une situation marquante d'étouffement sévère ayant nécessité l'intervention du SAMU, illustrant l'importance d'une réaction rapide et coordonnée. Elle explique que le stress lié à ces situations ne la paralyse pas mais la pousse à agir de manière efficace, en mobilisant rapidement ses collègues et le matériel nécessaire. Elle insiste sur l'importance de la relation soignant-soigné même en situation d'urgence, notamment à travers la parole, le toucher, la communication adaptée.

Entretien 3 : Alerte service de chirurgie

La troisième infirmière interrogée se prénomme Alerte. Elle exerce dans un service de chirurgie depuis plusieurs années et l'entretien a duré environ 13 minutes. Elle a commencé sa carrière en tant qu'ASH il y a 20 ans, avant de devenir aide-soignante, puis infirmière diplômée d'Etat en 2017. Elle a travaillé dans de nombreux services tels que la gastroentérologie, la cardiologie, la réanimation ou encore l'infectiologie. Lors de l'entretien, elle décrit l'urgence comme une situation nécessitant une réaction immédiate, citant en exemple un patient ayant fait un malaise évocateur d'un AVC et une fausse route survenue en dehors de l'hôpital. Alerte insiste sur le fait que l'expérience et le travail en équipe sont des atouts majeurs pour gérer le stress dans ce type de situation. Elle évoque également l'évolution de sa propre gestion émotionnelle au fil des années, en expliquant qu'elle se sent aujourd'hui plus posée et efficace, bien que certaines situations hors cadre hospitalier puissent encore générer de l'angoisse. Concernant la relation soignant-soigné, elle souligne son caractère individuel et la nécessité d'établir un lien basé sur la communication et la confiance. Elle affirme qu'il est possible de concilier relation humaine et soins d'urgence, notamment en rassurant le patient avec des mots simples, même en situation critique.

4.3.2. Analyse des entretiens

Pour examiner mes entretiens sur la base des divers données obtenues, j'ai décidé d'effectuer une analyse thématique. Il en est ressorti des réponses des soignants, des thèmes en lien avec mon cadre de référence, mais aussi des sous thèmes. Ainsi pour réaliser cette analyse je m'aiderai d'un tableau situé en annexe 5.

Situation d'urgence

Définition du terme urgence

Toutes les soignantes s'accordent à dire que l'urgence implique une réaction immédiate, rapide et non différable. Anomalie résume de manière très directe « *Qu'il faut aller vite* » (IDE 1 1.18). Cette définition, bien que brève, traduit un sentiment de pression et rapidité d'exécution. Impérative, elle, développe davantage sa pensée et apporte une définition plus construite : « *L'urgence, c'est un truc qui est immédiat, qu'on ne peut pas différer. C'est un problème à traiter de suite.* » (IDE 2, 1 14,15). J'ai pu sentir dans son discours l'expérience d'une soignante qui perçoit l'urgence comme une situation critique mais encadrée, exigeant une réponse rapide, pensée et sécurisée. Alerte reprend cette même logique en disant « *Il faut réagir de suite* » (IDE 3 1 28), « *C'est immédiat* » (IDE 3 1 30) et « *C'est un danger* » (IDE 3 1 32). Malgré des formulations différentes toutes partagent une conception de l'urgence comme un moment important où le temps joue contre le patient, nécessitant une action immédiate.

Différence entre urgence vitale et relative

Concernant cette partie les soignantes établissent une hiérarchie claire entre l'urgence vitale et l'urgence relative bien qu'elles insistent sur leurs liens entre les deux.

Dans un premier temps Anomalie explique que dans une urgence vitale « *il faut aller vite* », et qu'il faut « *catégoriser, trier, pour se dire ça en priorité* » (IDE 1 1 22-23). Cela peut montrer une connaissance du triage, et une capacité à poser des priorités en fonction de la gravité. Impérative va plus loin dans cette logique : elle dit que l'urgence vitale « *est la priorité majeure* » (IDE 2 118). De plus elle nous dit « *Les choses sont faites immédiatement. Il n'y a*

pas de temps de latence. C'est immédiat » (IDE 2 1 26-27). De plus elle dit que l'urgence relative « on va essayer de le stabiliser, mais on ne fera pas tout en premier » (IDE 1 1 23-24). Si un patient a une urgence relative est un autre une urgence vitale elle choisiras de « prendre l'urgence vitale en priorité » (IDE 1 24-25). Impérative va plus loin dans cette logique : elle dit que l'urgence vitale « est la priorité majeure » (IDE 2 1 18) et qu' « il n'y a pas de temps de latence » (IDE 2 1 27). En revanche, l'urgence relative demande une « une surveillance continue est serrée » (IDE 2 1 30). De plus elle nous dit « qu'une urgence relative peut devenir une urgence absolue ». Alerte complète cette approche avec des exemples concrets : « Urgence vitale, comme par exemple ça peut être un arrêt cardiaque, donc il va falloir réagir maintenant. L'hypoglycémie est une urgence relative, mais qui peut devenir vitale par la suite » (IDE 3 1 36-37). Pour Alerte il n'y pas vraiment de différence entre les deux « Il faut agir. Quoi qu'il en soit, je me dépêcherai. Dans les deux cas c'est pareil » (IDE 3 1 42).

Ce croisement montre que si Anomalie choisi d'agir vite selon la gravité. Impérative y ajoute la notion de temporalité et de surveillance et Alerte illustre via des exemples. Deux infirmières s'accordent pour dire à qu'une urgence relative peut se transformer en urgence vitale et qu'il faut prêter attention à cela.

Situation d'urgence vécu

Les témoignages des infirmières révèlent à la fois la variété des situations d'urgence rencontrées et les répercussions émotionnelles et organisationnelles qu'elles entraînent.

Anomalie raconte un épisode complexe : « un état de mal épileptique [...] il a fallu le perfuser, faire le Rivotril [...] Dépakine [...] il tachycardait ++ [...] la SAT à 70. » (IDE 1 1 29-35). Elle détaille la succession d'actions, les décisions thérapeutiques et les signes vitaux instables. Ce récit technique montre son engagement actif, malgré le stress d'une situation critique. De plus elle raconte les urgences spécifiques de service de neurologie avec les alerte AVC. « Qui prévient le labo, l'IRM et c'est tout c'est déjà bien. Et l'accueil des urgences, puisque quand il arrive aux urgences, il n'attend pas. Tu as quelqu'un avec lui qui fait les étiquettes, et nous, on le récupère direct à l'IRM. » (IDE 1 1 42-46). Impérative décrit une fausse route particulièrement grave : « on a beau aspirer [...] le patient désature [...] le médecin retire ce qui avait obstrué la trachée. » (IDE 2 1 34-37).

Alerte-t-elle, raconte une situation d'AVC en service de chirurgie en lien avec un protocole bien rodé : « *Et en fait, d'un coup, il a arrêté de parler. Il n'arrivait plus à parler, il n'arrivait plus à bouger.* » (IDE 3 1 49-50) « *Donc, c'était le week-end. Donc, pas évident. On a dû contacter très rapidement l'interne, la réa, prendre un rendez-vous pour un scanner, pour voir si c'était un AVC* » (IDE 3 1 52-53). Elle partage aussi un souvenir personnel très marquant : « *je me suis vue à l'allonger par terre, à lui faire l'arrêt, le massage... là j'ai eu peur.* » (IDE 3 1.94-95). Cette phrase exprime la brutalité émotionnelle de l'urgence en contexte non hospitalier. Elle souligne la difficulté de rester professionnelle face à l'urgence vitale d'un inconnu dans un lieu public.

Dans c'est 3 récit de situation d'urgence vécue en milieu hospitalier il en ressort qu'il y a un savoir-faire collectif très important. Et que chaque professionnelle a une place très importante dans l'urgence vécue. Ces récits montrent que les infirmières, quelle que soit leur ancienneté, doivent mobiliser rapidement leurs savoirs techniques et émotionnels.

Le stress / anxiété

Emotions particulière lors de ces situations

Toutes les infirmières interrogées rapportent que les situations d'urgence génèrent des émotions intenses, aussi bien pour elles que pour les patients. Le stress est le mot qui revient le plus fréquemment, mais il se manifeste différemment selon les professionnelles et les contextes.

Anomalie reconnaît d'emblée que le stress est omniprésent dans les situations d'urgence : « *C'est vrai qu'il y a toujours du stress* » (IDE 1, 1.56). Elle décrit ce stress comme difficile à gérer, notamment lors de ses premières alertes : « *Mes premières alertes c'était compliqué* » (IDE 1 1.56-57). Elle évoque également la frustration qu'elle peut ressentir lorsqu'elle n'arrive pas à comprendre les attentes ou les besoins de certains patients, notamment ceux atteints de troubles neurologiques : « *Parfois, ils ont ce qu'on appelle une HLM (Hémianopsie latérale homonyme c'est une perte du champ visuel des deux yeux, respectant le méridien vertical et controlatéral à la lésion de la voie visuelle) [...] tu as du mal à savoir aussi ce qu'ils veulent te dire* » (IDE 1 1.60-63). En plus de l'aspect relationnel, elle pointe aussi le stress technique, en se demandant si elle va réussir à poser un geste : « *Est-ce que je vais réussir à piquer ?* » (IDE 1 1.65-66). On comprend ici que son stress est multifactoriel, nourri à la fois par les enjeux

médicaux et la communication difficile avec certains patients. Impérative, quant à elle, met en avant un stress centré sur la peur de l'issue vitale : « *Il y a toujours l'appréhension de perdre l'autre* » (IDE 2, 1.44). Elle décrit une réaction quasi instinctive où l'on mobilise rapidement toutes les ressources disponibles : « *Regarder autour de soi ce qui est utilisable, appeler les collègues, chercher le matériel, tout ça rapidement* » (IDE 2 1.46-47). Pour elle, la priorité est de garantir les meilleures chances au patient, et cette tension devient un facteur d'activation plutôt qu'un frein. Elle souligne aussi l'impact visible sur les patients eux-mêmes : « *Les patients, on voit bien quand il est effrayé* » (IDE 2 1.51). Cela montre que pour elle, l'émotion est partagée dans une ambiance d'urgence, et que la gestion d'équipe joue un rôle essentiel. Alerte décrit avec émotion une situation où le patient était paniqué face à la perte soudaine de ses fonctions : « *Le patient, il était totalement paniqué de se rendre compte qu'il ne pouvait plus parler* » (IDE 3, 1.65). Elle explique qu'il tentait malgré tout de communiquer : « *Il essayait de discuter, de parler. Voilà, il me serrait très fort les mains. Tu voyais qu'il n'était vraiment pas bien* » (IDE 3 1.69). Mais elle souligne aussi que l'expérience l'a aidée à prendre de la distance face à ces situations : « *Avec l'expérience, au niveau de la gestion du stress, ça va beaucoup mieux* » (IDE 3 1.67). Elle insiste enfin sur l'importance du travail en équipe, qui permet de ne jamais se sentir seule face à l'urgence : « *Tu n'es jamais seule. Donc ça rassure* » (IDE 3 1.70). Elle exprime à la fois la charge émotionnelle intense de ces expériences et l'adaptation progressive par des mécanismes de défense liés à sa pratique professionnelle.

Ainsi, ces trois témoignages soulignent combien le stress est intrinsèque à l'urgence, vécu à la fois par les soignants et par les patients. Pour Anomalie, il reste une difficulté, mais aussi un moteur. Pour Impérative, il est canalisé par la mise en action immédiate. Et pour Alerte, l'expérience et le collectifs sont des moteurs.

Impacts des émotions sur la capacité à agir et réagir lors de ces situations

Toutes les infirmières interrogées reconnaissent que le stress ressenti lors d'une situation d'urgence a un impact direct sur leur capacité à réagir, mais elles en donnent des interprétations différentes, selon leurs parcours et leurs expériences.

Anomalie insiste sur l'importance de savoir gérer son stress et considère qu'il peut être bénéfique : « *Je pense que c'est quand même bien d'être stressée, mais il faut savoir le gérer* »

(IDE 1, 1.83-84). Pour elle, ce stress agit comme un moteur de remise en question et l'aide à ne pas oublier la dimension humaine du soin : « *Il ne faut pas oublier qu'il y a le patient* » (IDE 1 1.92- 93). Elle explique d'ailleurs qu'avant de poser un geste, elle prend le temps de parler au patient, même s'il ne répond pas, ce qui montre une volonté de maintenir une relation de soin malgré l'urgence. Elle fait ainsi de son stress un : « *bon stress* » (IDE 1 1.85 -86). Impérative, quant à elle, décrit une gestion du stress plus collective et ancrée dans l'action immédiate. Elle affirme que le stress la pousse à se concentrer sur ce qu'il y a à faire : « *Plutôt de me booster, de faire les choses, de chercher* » (IDE 2, 1.59). Elle explique qu'en situation critique, les émotions passent au second plan, laissant place à l'organisation et à la répartition des rôles : « *Quand on est en train de faire des choses, ce n'est pas ce qui importe le plus. [...] Après, les affects, le ressenti, on en parle après* » (IDE 2 1.65-67). Son témoignage montre que l'expérience lui permet de canaliser les émotions, de se protéger pour agir efficacement, puis de revenir sur ce qui a été vécu une fois le moment passé. « *Le ressenti, on en parle après* » (IDE 2 1.66-67). Alerte aborde cette question avec plus de recul et montre qu'avec le temps, elle est parvenue à mieux gérer cette part émotionnelle : « *Mais avec le temps, j'ai réussi à gérer, je pense, cette partie-là* » (IDE 3, 1.81). Elle reconnaît que plus jeune, le stress pouvait être très fort, au point de provoquer des réactions physiques : « *J'avais des sueurs, la bouche pâteuse, je tremblais de tous les côtés* » (IDE 3 1.83-84). Elle admet cependant que dans une situation d'urgence hors de l'hôpital, elle a ressenti à nouveau une grande peur, ce qui montre que le contexte et l'environnement joue un rôle important dans la manière dont les émotions sont vécues et gérées.

Ces émotions ont facilité ou compliqué la gestion de ces situations

Elles ont toutes les trois des ressentis différents souvent en lien avec l'expérience professionnelle.

Anomalie revient sur son vécu en tant qu'étudiante, en soulignant qu'à l'époque, son stress rendait la situation plus difficile à gérer : « *En étant étudiante, j'avais du mal à gérer mon stress, et du coup, c'était compliqué* » (IDE 1, 1.109). Elle explique ensuite qu'avec le temps et l'expérience, elle a appris à mieux canaliser ses émotions, notamment grâce au soutien des collègues : « *Savoir que t'as tes collègues en haut aussi, s'il y a un problème, au moindre truc, elles te rejoignent* » (IDE 1 1.112-113). Elle considère aujourd'hui son stress est comme un allié

: « *C'est du bon stress et maintenant, il me sert* » (IDE 1 1.115-116). Cela montre une évolution dans sa pratique, où l'émotion, autrefois envahissante, devient un outil professionnelle. Impérative partage une vision assez similaire. Pour elle, être dans l'action permet de ne pas se laisser submerger par les émotions : « *On est dans quelque chose, on est dans l'action* » (IDE 2, 1.78). Elle reconnaît cependant qu'il faut aussi réfléchir à comment on agit, même dans l'urgence : « *Il faut réfléchir à la manière dont elle va le faire et choisir les bons gestes* » (IDE 2 1.80-81). Elle donne l'exemple d'une collègue qui n'arrive pas à piquer, et où l'équipe doit improviser pour s'adapter. Alerté, de son côté, partage une anecdote marquante où l'émotion a été très forte, mais où elle a tout de même su rester performante : « *J'étais bien contente qu'elle parte une fois qu'elle ait recraché son bout de salade* » (IDE 3, 1.101-102). Cette phrase, de soulagement, révèle à la fois la tension de la situation et l'apaisement après sa résolution. Elle montre que si les émotions peuvent déstabiliser sur le moment, elles sont aussi porteuses.

Loin d'être un obstacle, l'émotion s'impose comme une force dans la pratique professionnelle.

La relation soignant-soigné / communication verbale et non verbale

La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est décrite par toutes les infirmières interrogées comme un élément essentiel de la prise en charge, y compris en situation d'urgence.

Anomalie insiste particulièrement sur le rôle fondamental de la relation de confiance avec le patient. Pour elle, cette relation est indispensable à la qualité du soin : « *Je pense que c'est une relation qui est primordiale, que tu crées avec ton patient, donc ça va permettre qu'il ait confiance en toi* » (IDE 1, 1.120-121). Elle explique que dans son service, les patients sont souvent mutiques ou aphasiques, ce qui rend la communication difficile. Malgré cela, elle parvient à établir un lien grâce à des mots simples et rassurants. Elle ajoute que ce lien permet de calmer le patient, et qu'il est nécessaire aussi de gagner la confiance de la famille, qui peut parfois involontairement compliquer les choses : « *Il faut arriver aussi à mettre en confiance le patient, mais à mettre en confiance aussi la famille, parce qu'il faut que ce triangle fonctionne* » (IDE 1, 1.129-130). Impérative partage cette vision de l'importance du lien, mais elle insiste davantage sur l'aspect verbal et pédagogique de la relation. Elle explique que la communication avec le patient doit être claire, rassurante, et adaptée : « *Expliquer aux gens ce qu'on fait et*

pourquoi on le fait, les rassurer, être contenant avec ses mots » (IDE 2, 1.89-90). Elle met aussi en avant le travail d'équipe dans la construction de cette relation, en soulignant que plusieurs soignants peuvent intervenir ensemble pour soutenir le patient, notamment dans les moments techniques ou stressants : « *Une personne qui s'occupe de canaliser l'attention [...] on travaille à plusieurs. C'est une organisation [...]. C'est un travail en commun* » (IDE 2, 1.94-100). Pour elle, la relation de soin ne repose pas uniquement sur une seule personne, mais dans une dynamique collective centrée sur le patient.

Alerte, elle, a une approche plus individualisée et intuitive. Elle nous dit que la relation avec le patient est propre à chacun, et qu'elle varie selon la personne : « *Ta relation, elle est individuelle [...] elle est propre à chacun* » (IDE 3, 1.121-123). Elle explique qu'elle essaye toujours d'être à l'écoute pendant les soins, même s'il ne s'agit que de moments courts comme une toilette ou un pansement. Elle précise que même si les patients ne restent pas longtemps dans son service, elle tient à créer un lien à chaque fois, aussi bref soit-il : « *À tous mes patients, j'essaie en tout cas d'être à l'écoute [...] ça reste toujours propre à chacun* » (IDE 3, 1.127-129). On comprend que pour elle, chaque interaction est unique, et qu'elle s'adapte à ce que le patient dégage ou exprime, sans forcément chercher à créer un lien systématique.

Conciliation relation soignant-soigné et soins d'urgence

Les infirmières s'accordent à dire que la relation soignant-soigné peut exister même en situation d'urgence, à condition d'y prêter attention.

Anomalie commence par affirmer qu'il est tout à fait possible de créer un lien de confiance même lors d'un soin urgent. Elle explique que, même si le temps presse, elle prend toujours quelques instants pour aborder le patient avec des paroles simples, avant de commencer le soin : « *Je ne me jette pas sur mon chariot, et mes KT [...] je vais le voir, je vérifie son nom avec lui, je lui demande si ça va* » (IDE 1, 1.165-166). Pour elle, l'humanité du soin passe par ces petits gestes, qui montrent au patient qu'il n'est pas un objet de soins, mais un humain. Elle insiste aussi sur l'importance de l'information et de la réassurance : « *On leur explique avec des mots simples* » (IDE 1 1.170-171). Elle donne l'exemple de la thrombolyse ou du transfert en hélicoptère, en disant qu'il ne suffit pas de faire les gestes médicaux, mais qu'il faut que le patient comprenne ce qu'il vit : « *Si on les fout dans le lit qu'on ne leur a rien expliqué [...] tu*

te dis : mon Dieu, mais si on me fait ça, je monte dans l'hélico, je m'effondre » (IDE 1 1.174-176). Elle montre ainsi que, même dans l'urgence, la communication reste une priorité. Impérative partage cette idée, mais à travers la communication non verbale. Elle nous dit que même si le patient ne parle pas ou ne comprend pas tout, les regards, les gestes, les postures permettent de créer une relation : « *La communication non verbale, le regard, les mains qui s'agrippent, l'agitation [...] tous ces éléments cliniques font qu'on peut rassurer* » (IDE 2, 1.53-56). Elle insiste sur le rôle du soignant comme repère sécurisant, capable de décoder les signes de stress ou d'incompréhension chez le patient. Elle dit même qu'on peut établir un lien même avec un patient inconscient : « *On peut aussi parler à quelqu'un qui est dans le coma. [...] il va ressentir qu'on s'occupe de lui* » (IDE 2 1.103-106). Pour elle, la relation existe même en l'absence de réponse, à travers la présence.

Alerte, elle, donne une réponse plus sobre mais tout aussi significative. Elle explique que malgré le passage rapide des patients dans son service, elle tient à rester elle-même dans la relation : « *Je reste moi-même* » (IDE 3, 1.150). Elle ajoute que, pour elle, la communication est ce qui compte le plus : « *C'est la communication. C'est ça. C'est rassurer le patient* » (IDE 3 1.152). Elle considère que le patient n'est pas là pour « *se faire des amis* » (IDE 3 1.53), mais qu'il attend d'être pris en charge par quelqu'un de compétent et rassurant.

Les moyens utiliser et un exemple

Les moyens utilisés pour établir une relation soignant-soigné en urgence sont variés, mais tous visent à rassurer, à humaniser et à adapter le soin à la personne.

Anomalie insiste sur la parole comme outil premier pour entrer en relation, même dans l'urgence. Elle prend le temps de présenter les choses simplement, d'expliquer ce qui va se passer et d'inclure le patient dans ce qu'il vit : « *On leur explique avec des mots simples* » (IDE 1, 1.170-171). Elle parle aussi du rôle de la préparation émotionnelle, en évoquant que le patient peut être paniqué s'il n'a pas vu sa famille ou s'il ne comprend pas ce qui lui arrive. À travers cette approche, elle montre que l'écoute, l'information et la reconnaissance de l'émotion du patient sont des moyens pour établir une relation même dans un contexte de tension. Pour elle, rassurer, c'est aussi respecter l'humanité du patient, même sous la pression de l'urgence. Impérative met l'accent sur la communication non. Elle explique que l'on peut entrer en relation

avec un patient même s'il ne parle pas, ne répond pas, voire est dans le coma : « *On peut nommer les choses, même si c'est quelqu'un dans le coma* » (IDE 2, 1.103). Elle évoque aussi le toucher, la présence, la voix, et l'importance de nommer les gestes : « *Parler, toucher, rassurer avec des mots... parler aussi des proches* » (IDE 2 1.108-109). Elle montre que le lien se construit dans l'attention portée aux moindres détails : la manière dont on approche le lit, dont on s'adresse au patient, dont on perçoit son agitation ou sa peur. Alerta, enfin, adopte une posture à la fois professionnelle et humaine. Elle explique que, pour elle, le plus important est de rester elle-même et de garder une communication claire, sans entrer dans un rapport affectif déséquilibré : « *Je reste moi-même* » (IDE 3, 1.150). Elle insiste sur la compétence comme base de la relation, mais sans négliger le rôle de la réassurance : « *Le patient a besoin d'une personne compétente, et moi, je vais faire en sorte d'être compétente et de le rassurer* » (IDE 3 1.154-155). De plus elle insiste aussi sur « *la communication. C'est ça. C'est rassurer le patient* » (IDE 3 1.152-153).

4.4. Les limites de l'enquête

Lors de la préparation et de la réalisation de mon enquête auprès des personnels soignants, j'ai été confronté à plusieurs difficultés, tant sur le plan organisationnel que lors des entretiens eux-mêmes. Chaque rencontre nécessitait une prise de rendez-vous avec les cadres de service. Cependant, le jour venu, il arrivait fréquemment que les infirmiers ne soient pas informés de ma venue. Il fallait alors s'adapter rapidement pour maintenir les entretiens, qui ont néanmoins toujours pu se dérouler dans de bonnes conditions. Certaines contraintes sont également apparues pendant les entretiens. L'un d'entre eux, en particulier, a été perturbé par de nombreuses interruptions. Réalisé avec une soignante nommée Alerta, il a eu lieu dans une salle de soins, un espace peu propice à la concentration. Des personnes entraient et sortaient, le téléphone sonnait, et un médecin lui adressait des signes depuis l'extérieur. Ces sollicitations ont provoqué plusieurs coupures dans le fil de l'entretien. La soignante devait régulièrement se recentrer et se remémorer ses propos, ce qui a pu altérer la fluidité et la profondeur de ses réponses. Enfin, dans la plupart des entretiens, les soignants me demandaient en amont de connaître le thème de mon mémoire. Lorsque cela était possible, je préférais laisser le sujet se

dévoiler au fil des questions, afin de préserver la spontanéité des réponses. Toutefois, certains insistaient pour connaître le thème avant de commencer, ce qui a parfois influencé leurs propos.

5. Problématique

Ces différents entretiens infirmiers m'ont permis d'en découvrir davantage et d'approfondir mes connaissances sur les émotions vécues par les soignants en situation d'urgence, mais aussi sur les moyens qu'ils mobilisent pour les réguler et maintenir une qualité de soin dans un contexte souvent très tendu. Lors de chaque entretien, j'ai constaté de nombreux points communs avec mon cadre de référence. Cependant, il existe aussi certains écarts.

Tout d'abord, concernant la définition de l'urgence, j'ai constaté dans mon cadre de référence que les différents auteurs soulignent l'importance d'une réponse immédiate et adaptée à une situation perçue comme menaçante pour la vie ou l'intégrité du patient. La SFMU parle d'une « *situation contextuelle, subjective, où l'intervention ne peut être différée* », et la HAS évoque une nécessité d'agir sans délai. Les infirmières interrogées ont toutes repris cette idée dans leur discours et affirment que l'urgence est d'abord « *une question de ressenti et de rapidité d'action* ». Chacune rejoint l'idée que l'évaluation clinique rapide est essentielle, comme le souligne également l'AFGSU dans ses formations. Donc conformément au cadre de référence, nous avons pu constater que la notion d'urgence repose sur une évaluation, une adaptation et une réaction rapide face à une situation potentiellement grave.

Cependant, j'ai aussi constaté des écarts entre les témoignages et le cadre de référence, car toutes les infirmières évoquent que leur manière de gérer ces urgences évolue avec l'expérience. L'une d'elles explique que « *la première fois, j'étais complètement figée, maintenant je sais comment réagir* ». À aucun moment dans l'étude de mon cadre de référence, les auteurs n'ont mis en avant ce rôle fondamental de l'expérience dans la gestion émotionnelle, alors qu'il apparaît comme un élément déterminant dans les entretiens.

Ensuite, apparaît la gestion des émotions, qui est un élément essentiel de ce travail. J'ai pu constater durant les entretiens que les infirmières reprenaient les mêmes signes de stress étudiés dans mon cadre de référence. Le modèle de Selye, qui décrit les phases d'alarme, de résistance

et d'épuisement, se retrouve dans leurs témoignages. L'une explique : « *J'ai eu les mains moites, le cœur qui bat vite, j'ai paniqué intérieurement* », ce qui illustre bien la phase d'alarme. Une autre dit : « *Maintenant, je sais transformer ce stress en concentration* », ce qui se rapproche de la phase de résistance. C'est ainsi que les infirmiers, selon leur vécu, expriment les manifestations physiologiques et mentales du stress, comme le rappelle également D. Goleman avec la notion d'intelligence émotionnelle. L'étude de ces modèles m'a permis de mieux comprendre l'importance de la perception individuelle dans la réaction émotionnelle, comme le dit aussi Lazarus.

Cependant, les infirmières ont parfois eu du mal à identifier clairement leurs émotions, ou les confondaient avec des ressentis corporels comme la tension ou la fatigue. Certaines évoquent un stress chronique qui peut s'installer au fil du temps, ce que je n'ai pas étudié dans mon cadre de référence. Cela m'a permis de comprendre que les émotions ne sont pas toujours nommées, mais bel et bien présentes, et qu'elles peuvent s'exprimer de manière indirecte, notamment par une fatigue mentale ou une perte de motivation.

Concernant la relation soignant-soigné, les méthodes mises en place sont les mêmes que celles étudiées dans le cadre de référence, et j'ai pu aussi confirmer l'importance de la communication même en contexte aigu. En effet, toutes les infirmières m'ont dit que « *même si on a 30 secondes, on dit au patient ce qu'on fait, on le regarde, on le touche* ». Cela rejoint parfaitement les propos de Margot Phaneuf et de C. Isnard-Bagnis, qui rappellent que le regard, le toucher et la posture sont des outils de communication puissants, surtout lorsque les mots sont limités par l'urgence. Ce que les infirmières ont très bien exprimé, c'est que la relation humaine ne disparaît pas sous la pression, au contraire, elle se resserre dans ces moments-là.

En outre, lors de l'élaboration de mon cadre de référence, je n'avais pas pensé à aborder la place des proches dans ces situations. Pourtant, plusieurs soignantes m'ont expliqué que « *la famille peut rajouter de la pression, surtout si elle est très émotive* ». À aucun moment dans mes recherches je n'avais trouvé d'auteur évoquant ce point. Cela m'a permis de découvrir un élément nouveau : la relation avec les proches, qui peut venir influencer la régulation émotionnelle du soignant et sa concentration pendant la prise en charge.

Enfin, un élément important est ressorti : le rôle de l'équipe. Lors de tous mes entretiens, les infirmiers m'ont dit que ce qui les aide le plus, c'est de ne pas être seuls. « *Quand tu sais que t'as ton binôme derrière toi, tu respires mieux.* » Là encore, mon cadre de référence ne s'est pas

orienté sur cette dimension collective, alors qu'elle semble essentielle pour faire face à l'intensité émotionnelle. Cela a été un apport nouveau, très concret, qui donne une vision plus réaliste du terrain et complète ma question de départ.

6. Question de recherche

La confrontation entre les apports de mon cadre de référence et les données issues de mon enquête exploratoire m'a permis de construire une question, et de faire émerger la question de recherche suivante :

Dans quelle mesure la présence des proches et de l'équipe impactent-ils les émotions de l'infirmier en contexte d'urgence ?

Conclusion

Cette situation d'appel vécue en stage m'a beaucoup questionnée car c'était la première fois que j'étais confrontée à une situation d'urgence vitale. Je n'avais que peu d'apports théoriques sur la gestion du stress dans ce contexte, et je me suis retrouvée face à un patient en détresse respiratoire et une épouse en demande de soutien. C'est pourquoi, j'ai voulu travailler sur l'impact du stress sur l'infirmier et la manière dont il influence la prise en charge d'une urgence.

La rédaction de ce travail fut riche en découvertes et en développement de mes connaissances grâce à l'apport théorique de différents auteurs. J'ai mis en place une enquête exploratoire par l'utilisation d'une méthode clinique et l'application de trois entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers exerçant dans différents services. L'analyse croisée de ces entretiens m'a permis de me confronter à la réalité du terrain, de découvrir le vécu des soignants, et de comprendre comment chacun d'eux perçoit, vit et gère son stress en situation d'urgence.

De plus, actuellement en stage en chirurgie depuis 10 semaines, j'ai pu observer et expérimenter concrètement les situations d'urgence, ce qui m'a permis de développer mes connaissances et de les mettre en application. Cela m'a beaucoup apporté. Néanmoins, concernant la gestion du stress, j'ai pris conscience que cela pouvait s'avérer difficile et que, malgré les moyens mis en place, il est parfois impossible de le contrôler complètement, surtout quand l'urgence survient de manière brutale et inattendue.

Ce travail de recherche représente pour moi l'aboutissement de ces trois années d'études en soins infirmiers. J'ai pris du plaisir à réaliser ce travail, et ce sujet m'a apporté beaucoup de connaissances pour ma pratique future ainsi que pour ma pratique actuelle, car grâce à mes recherches et aux rencontres faites sur le terrain, j'ai développé une meilleure compréhension de mes propres émotions, une confiance en ma capacité à agir sous pression et une prise de recul dans des situations critiques.

Aussi, ayant comme projet de travailler dans le domaine de la chirurgie, ce travail a été pour moi très formateur et enrichissant.

Bibliographie

- Abric, J.-C. (2019). *Psychologie de la communication*. Paris : Dunod.
- Barrier, G. (2019). *La communication non verbale*. ESF Sciences humaines.
- Bio, A., Bourgeois, F., & Négre, I. (2015). *Communication soignant soigné : repère et pratique*.
- Formarier, M. (2007, février). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 32-42.
- Haute Autorité de Santé. (2023, décembre). *Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement (3.6-05)* [Fiche pédagogique]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf
- Infirmiers.com. (2011, 9 mai). *AFGSU - 2 - Les urgences potentielles ou relatives*. <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/afgsu-2-les-urgences-potentielles-ou-relatives>
- Infirmiers.com. (2023, 6 juillet). *La responsabilité de l'infirmier dans les situations d'urgence*. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/competence-et-role-propre/la-responsabilite-de-linfirmier-dans-les-situations-durgence>
- Joly, B. (2009). *La communication*. Boeck Supérieur.
- Lautrette, A. (2013). Les attentes des familles, les réponses à apporter chapitre 66. https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/066_Lautrette.pdf
- Larousse. (s.d.). *Stress*. Dictionnaire de français. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>
- Larousse. (s.d.). *Urgence*. Dictionnaire de français. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
- Lecomte, J. (2022). *30 grandes notions psychologiques : chapitre 6 : la psychologie des émotions*. <https://shs-cairn-info.acces.bibl.ulaval.ca/30-grandes-notions-de-la-psychologie--9782100763474-page-31?lang=fr>
- Loriol, M. (2009). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmier. *HALSHS*. <https://shs.hal.science/halshs-00361300/document>
- Manoukian, A. (2001). *La relation soignant-soigné*.
- Montini, D. (2023). *Les états de choc*.
- Molière, F. (2016). Les concepts en science infirmier chapitre l'anxiété. <https://shs-cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-70?lang=fr>

- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné*. Chenelière éducation.
- Phaneul, M. (2016). Relation soignant-soigné : l'accompagnement thérapeutique.
- Psiuk, T. (2008). L'espace intime du soin. *Recherche en soins infirmiers*. <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-14?lang=fr>
- Rogers, C. (1961). *Le développement de la personne*. Interéditions.
- Sala, G., & Haag, C. (2016). Comment vaincre l'anxiété en situation extrême. <https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2016-4-page-129?lang=fr>
- Svandra, P. (2008, avril). Un regard sur le soin. *Recherche en soins infirmiers*, 6-13.
- Van Prevenage, C., Fonteyne, C., & Biarent, D. (2011). La présence des familles lors d'une réanimation cardio-pulmonaire et/ou d'actes invasifs. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_presence_des_familles_lors_d_une_reanimation_cardio-pulmonaire_et_ou_d_actes_invasifs.pdf
- Natyinfirmiere. (2010, octobre). *Le soin*. <https://natyinfirmerie.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/10/le-soin.pdf>
- (2024). La gestion des émotions : un enjeu pour la prise de décision, d'après *Soins cadre* numéro 150. <https://www.em-consulte.com/article/1662863/la-gestion-des-emotions-un%C2%A0enjeu-pour-la-prise-de->

Annexes

Annexe I : Demande des entretiens	I
Annexe I.I : Demande d'entretien en hôpital	I
Annexe II : Autorisations des entretiens	II
Annexe II.I : Autorisation hôpital.....	II
Annexe III : Guide d'entretien	III
Annexe IV : Retranscription des entretiens	V
Annexe IV.I : Entretien 1, Anomalie	V
Annexe IV.II : Entretien 2, Impérative	XIV
Annexe IV.III : Entretien 3, Alerte	XIX
Annexe V : Grille d'analyse	XXVI
Annexe VI : Autorisation de diffusion	XL

Annexe I : Demande des entretiens

Annexe I.I : Demande d'entretien en hôpital



Mme Dillon Pauline
Étudiante en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins



Avignon, le Mardi 18 Mars 2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les Services :

- De chirurgies
- De neurologie
- De long séjour gériatrie

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

Le stress des soignants dans la gestion d'une urgence

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Pouvez-vous, vous présenter ? (Sexe, âge, année d'obtention du D.E., parcours professionnel,...)
- Comment définiriez-vous le terme urgence ?
- Quelle différence faites-vous entre urgence vitale et urgence relative ?
- Pouvez-vous me raconter en quelques phrases une situation d'urgence vécue ?
- Est-ce que ces situations ont suscité chez vous et chez le patient des émotions particulières ?
Si oui lesquelles : pour vous ? Pour le patient ?
- Quels impacts ont eu vos émotions sur votre capacité à agir et à réagir lors de cette situation d'urgence vitale ?
- Est-ce que ces émotions ont facilité ou plutôt compliqué la gestion de cette situation ? Pouvez-vous m'expliquer ?
- Qu'est-ce que selon vous la relation soignant/soigné ?
- Est-il possible de concilier relation soignant/soigné et soins d'urgence ?
Comment, quels moyens utilisez-vous ?
Avez-vous un exemple ?
- Avez-vous quelques chose à rajouter ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

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

Annexe II : Autorisations des entretiens

Annexe II.I : Autorisation hôpital

[Redacted]

Direction des Soins
Tél : [Redacted]

Affaire suivie par :
[Redacted]
Directrice Coordonnatrice Générale des Soins
[Redacted]
Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Madame DILLON Pauline
[Redacted]

Avignon, le 20 mars 2025

OBJET : travail fin d'études
N/Réf. votre lettre du 18 mars 2025

Madame, [Redacted]

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec

madame [Redacted] Cadre de Santé de Chirurgie Thoracique au [Redacted]

et/ou madame B [Redacted] Cadre de Santé d'Ortho-traumatologie au [Redacted]

et/ou madame [Redacted] Cadre de Santé de Neurologie au [Redacted]

et/ou monsieur [Redacted] Cadre de Santé à l'Unité de Soins Longue
Durée au [Redacted]

Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

[Redacted]

La Cadre Supérieur de Santé chargée
de missions à la Direction des Soins

ch-avignon.fr
CENTRE HOSPITALIER AVIGNON
305, rue Raoul Follereau • 84902 Avignon Cedex 9 • Téléphone 04 32 75 33 33

Annexe III : Guide d'entretien

Thème	Questions posées
Présentation personnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous, vous présenter ? (Sexe, âge, année d'obtention du D.E., parcours professionnel,...)
Situation d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Comment définiriez-vous le terme urgence ? - Quelle différence faites-vous entre urgence vitale et urgence relative ? - Pouvez-vous me raconter en quelques phrases une situation d'urgence vécue ?
Le Stress / anxiété	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que ces situations ont suscité chez vous et chez le patient des émotions particulières ? <p>Si oui lesquelles : pour vous ?</p> <p>Pour le patient ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels impacts ont eu vos émotions sur votre capacité à agir et à réagir lors de cette situation d'urgence vitale ? - Est-ce que ces émotions ont facilité ou plutôt compliqué la gestion de cette situation ? Pouvez-vous m'expliquer ?
La Relation soignant-soigné / communication verbale et non-verbale	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que selon vous la relation soignant/soigné ? - Est-il possible de concilier relation soignant/soigné et soins d'urgence ? <p>Comment, quels moyens utilisez-vous ?</p> <p>Avez-vous un exemple ?</p>

	Avez-vous quelques chose à rajouter ?
--	---------------------------------------

Annexe IV : Retranscription des entretiens

Annexe IV.I : Entretien 1, Anomalie

- 1 **Moi** : Bonjour, je suis Pauline comme je me suis présenté tout à l'heure, étudiante infirmière
2 en troisième année. Là, on va échanger à peu près pendant 15-20 minutes autour donc de mon
3 sujet de mémoire. J'enregistre l'entretien pour pouvoir l'analyser après, tout sera anonymisé,
4 ton prénom et l'établissement.
- 5 **Moi** : Ducoup, est-ce que tu peux te présenter... Est-ce que ça te dérange si je te tutoie ?
- 6 **Anomalie** : Non va s'y
- 7 **Moi** : Est-ce que tu peux te présenter, ça fait combien de temps, enfin, ton parcours
8 professionnel, etc.
- 9 **Anomalie** : Alors moi, pareil, j'étais à l'école à Avignon. A l'IFSI d'Avignon je suis de la promo
10 2018-2021. Et depuis que j'ai été diplômée, je travaille en neuro.
- 11 **Moi** : Ok
- 12 **Anomalie** : Ça fait 4 ans que je travaille en neuro.
- 13 **Moi** : D'accord. Euh.. Du coup, moi, le thème premier, c'est par rapport à la situation d'urgence.
- 14 **Anomalie** : OK
- 15 **Moi** : Du coup, comment tu définirais le terme urgence ?
- 16 **Anomalie** : oulaaa.... Euh ... Mais pas forcément dans le soin, que l'urgence ?
- 17 **Moi** : Oui.
- 18 **Anomalie** : Qu'il faut aller vite.
- 19 **Moi** : Oui.
- 20 **Anomalie** : Euh.. C'est dur. Euh..
- 21 **Moi** : Sinon, après, il y a la différence entre urgence vitale et urgence relative.
- 22 **Anomalie** : Ah, ok. L'urgence vitale, il faut aller vite, et il faut même... On ne pourra pas tout
23 faire, mais il faudra catégoriser, trier, pour se dire ça en priorité. Les urgences relatives, on va

24 essayer de le stabiliser, mais on ne fera pas tout en premier. Enfin, on va prendre l'urgence vitale
25 en priorité.

26 **Moi** : D'accord. Est-ce que tu peux me raconter, en quelques phrases, une situation d'urgence
27 que tu as vécue ?

28 **Anomalie** : Nous, on en a plusieurs, parce qu'on a des UNV. Et après, sinon, dans le service,
29 on peut avoir des situations d'urgence sur des patients qui font des crises. On en a eu un, il n'y
30 a pas longtemps, qui a fait un état de mal épileptique, qui n'était pas perfusé sinon ce n'était pas
31 drôle. Il a fallu le perfuser, faire le Rivotril. Il a passé de Rivotril, donc il a eu une dose de
32 charge de Keppra. Il a eu 3 grammes, ça n'a pas fonctionné. Il a eu de la Dépakine. Et une bonne
33 grosse dose de charge de Dépakine, il a fini par se détendre. Mais bon, il tachycardé ++, il était
34 monté presque jusqu'à 200. L'hyperthermie, puisque quand tu cries, tu chauffe. La SAT, au
35 début, il était à 70. On lui a foutu le masque à oxygène, on l'a récupéré 90-91. Et après, ça va.

36 **Moi** : D'accord

37 **Anomalie** : Et après, sinon, les situations d'urgence, nous, l'UNV, c'est en gros... La famille qui
38 appelle les pompiers. Les pompiers qui voient qu'il a régulé du SAMU, il est régulé. Si c'est un
39 AVC ischémique, qu'on pense que c'est un AVC qui va pouvoir être thrombolysé déjà ont
40 demandent l'heure pour savoir si c'est par rapport au temps, parce qu'on a un temps pour pouvoir
41 faire la thrombolyse. Le SAMU nous explique les symptômes. Ils appellent le neuro de garde,
42 parce qu'il y a un neuro qui a le téléphone de l'alerte, et qui se parle avec le SAMU, qui dit ok
43 on a une alerte. Donc à ce moment-là, il appelle l'infirmière qui est à l'UNV, qui prévient le
44 labo, l'IRM et c'est tout c'est déjà bien. Et l'accueil des urgences, puisque quand il arrive aux
45 urgences, il n'attend pas. Tu as quelqu'un avec lui qui fait les étiquettes, et nous, on le récupère
46 direct à l'IRM.

47 **Moi** : D'accord.

48 **Anomalie** : On perfuse, on fait le bilan, il va dans l'IRM. Et après, on peut ou on ne peut pas
49 thrombolysé. Si on ne peut pas, mais que c'est bouché, on voit avec Marseille, les neuroradios,
50 s'ils peuvent le prendre pour la thrombectomie. Après, poser notre voix, sonder, selon. Nous,
51 c'est surtout ça, nos situations d'urgence. Mais après, ça peut merder, et on a besoin du SAMU
52 ou de la réanimation.

53 **Moi** : D'accord. Ensuite, il y a un deuxième thème, c'est le stress et l'anxiété. Est-ce que ces
54 situations ont suscité chez vous et chez le patient des émotions particulières ? Et si oui,
55 lesquelles ?

56 **Anomalie** : En situation d'urgence, c'est vrai qu'il y a toujours du stress. Après, il faut arriver à
57 le contrôler. Mes premières alertes, c'était compliqué. Parce qu'on ne sait pas, c'est un peu
58 l'inconnu. Savoir comment ça va se passer, puis savoir comment le patient va arriver dans le
59 cas d'état. Parce que c'est assez frustrant d'avoir un patient en face de toi qui est complètement
60 aphasique ou mutique, il ne peut pas te parler, t'as du mal à savoir ce qu'il ressent. Parfois, ils
61 ont ce qu'on appelle une HLH, donc avec les yeux, t'as du mal à savoir aussi ce qu'ils veulent
62 te dire. Ou alors, t'en as qui sont complètement aphasiques, ils comprennent tout, mais ils ne
63 peuvent pas parler. Parfois, du coup, c'est un peu frustrant. Et c'est vrai que nous, dans l'urgence,
64 on veut aller vite, et parfois, il pique. Il y a quelqu'un, tu vois, sur la table de IRM. Du coup,
65 c'est un peu frustrant par moments. Oui le stress, il y en a. Puis surtout, parfois, est-ce que je
66 vais réussir à piquer ? Est-ce que je vais réussir à faire ma prise de sang ? Est-ce que dans l'IRM,
67 ça va se passer ? Ah ben non, il s'agite, ah bah merde, il s'enfonce. Il faut appeler le... Voilà.
68 Donc, il y a eu des moments où c'était vraiment compliqué. Les gros AVC hémorragiques où il
69 faut stopper le saignement. Il faut aller vite, il faut avoir Marseille, parce qu'il a tant de temps
70 pour avoir ses chances.

71 **Moi** : OK, oui. C'est compliqué. Il y a des enjeux derrière.

72 **Anomalie** : Oui, c'est ça. Après, on est une bonne équipe, et je pense que ça aide aussi
73 énormément d'avoir le médecin qui te soutient, ton aide-soignant aussi, qui est là pour t'aider.

74 **Moi** : L'aide-soignant aussi descend ?

75 **Anomalie** : On descend à trois. Le médecin, parfois, il y a l'interne. Donc, ils sont deux
76 médecins, un infirmier et un aide-soignant.

77 **Moi** : OK.

78 **Anomalie** : Et du coup, déjà, ta pas à te dire, je ne suis pas seule, ça aide.

79 **Moi** : Oui, c'est sûr.

80 **Anomalie** : T'as ton collègue et tu peux toujours t'appuyer dessus.

81 **Moi** : OK. Quels impacts ont eu vos émotions sur votre capacité à agir et à réagir lors de ces
82 situations vitales ?

83 **Anomalie** : Je pense que c'est quand même bien d'être stressée, mais qu'il faut savoir le gérer.
84 Mais je pense qu'au moins de te stresser, ça fait se remettre en question, et je pense que dans le
85 soins s'est primordial, ça va se remettre en question. En tout cas, je pense que c'est du bon
86 stress.

87 **Moi** : D'accord.

88 **Anomalie** : Et je pense que le jour où je ne stresse pas, je me remettrai en question.

89 **Moi** : Okay

90 **Anomalie** : Me dire pourquoi, ce n'est pas normal. Après, il ne faut pas stresser à avoir la boule
91 au ventre, à transpirer comme jamais, et à se dire, mon Dieu, je ne vais pas y arriver. Mais voilà,
92 être stressée, de se dire, OK, il faut faire ça, il faut faire ça, il faut faire ça, mais il ne faut pas
93 oublier qu'il y a le patient. Donc, c'est vrai que maintenant, j'y fais hyper attention. Donc, avant
94 de me précipiter à attraper mon garrot ou lui attraper le bras, je lui parle, même si je sais qu'il y
95 en a, ils ne vont pas me répondre. Au moins, tu vois, il y en a, ils te font oublier la tête, il y en
96 a qui te font oublier les yeux. On ne va pas oublier que pour lui, c'est hyper stressant parce qu'il
97 ne sait pas ce que c'est, il ne sait pas ce qui lui arrive. Donc, toi, t'arrives, déjà, tu le mets dans
98 une machine, ça dure 30 minutes, ça fait un bruit fou, il ne comprend pas, tu lui dis, ne bougez
99 pas. Voilà, il se dit qu'à tout moment... Puis il entend les médecins parler qui ne sont pas
100 forcément tout le temps rassurants.

101 **Moi** : Oui.

102 **Anomalie** : Il entend l'avis des neuroradios, puis il entend le radio-là qui dit, surtout, bougez
103 pas ! Voilà, c'est... Oui. Donc, si en plus, toi, t'arrives et que tu serres le garrot et que tu ne lui
104 parles pas...

105 **Moi** : Oui, il y a aussi une complication non-verbale qui joue vachement.

106 **Anomalie** : Oui, oui, oui. C'est... C'est primordial en neurologie.

107 **Moi** : Okay. Bon, est-ce que ces émotions ont fait que c'était ou plutôt compliqué la gestion de
108 cette situation, du coup ?

109 **Anomalie** : En étant étudiante, j'avais du mal à gérer mon stress, et du coup, c'était compliqué.
110 Et du coup, après, en étant infirmière, et puis d'avoir été... Parce qu'on est quand même doublé
111 avant d'être lâchée aux soins intensifs, je n'ai pas pu être doublée beaucoup, mais ça s'est bien
112 passé. Savoir que t'as tes collègues en haut aussi, s'il y a un problème, au moindre truc, elles te
113 rejoignent.

114 **Moi** : Okay.

115 **Anomalie** : Ça fait déjà se calmer. Et du coup, je pense que c'est du bon stress et que maintenant,
116 il me sert mon stress. C'est positif.

117 **Moi** : C'est positif, OK. Et du coup, le dernier thème, c'est la relation soignants-soignés et la
118 communication verbale et non-verbale. Donc, qu'est-ce que, selon vous, la relation soignants
119 soignés ?

120 **Anomalie** : Je pense que c'est une relation qui est primordiale, que tu crées avec ton patient,
121 donc ça va permettre qu'il ait confiance en toi. Il ne pourra pas forcément s'exprimer, parce
122 qu'en neuro, on a beaucoup de patients qui sont aphasiques ou mutiques, ou qui comprennent
123 tout et qui ont une aphasie et du coup, qu'ils ne peuvent pas te répondre. Mais par contre, ils
124 arrivent très bien à se faire comprendre. Donc, si on leur parle carrément avec des mots simples,
125 qu'on leur dit de pas s'énerver, que ça va revenir, qu'ils vont avoir de l'orthophoniste et tout, ça
126 leur permet aussi, eux, de se mettre en confiance, de s'apaiser, parce que parfois, même il y a la
127 famille qui ne comprend pas, qui leur en demande beaucoup, qui les font répéter, répéter. Et en
128 fait, le patient, plus il va s'énerver, moins il va réussir, et ça les fait monter. Et je trouve, après,
129 c'est un cercle vicieux. Donc, il faut arriver aussi à mettre en confiance le patient, mais à mettre
130 en confiance aussi la famille, parce qu'il faut que ce triangle fonctionne, sinon c'est...

131 **Moi** : Oui, c'est foutu pour la prise en charge du patient, c'est compromis.

132 **Anomalie** : Donc là, voilà. Si on arrive à déjà avoir la confiance avec son patient, c'est
133 primordial. Et après, d'arriver à gérer la famille, de les apaiser, de leur faire comprendre que ça
134 ne va peut-être pas revenir tout de suite, mais que ça va revenir, qu'il faut du temps, qu'il faut
135 rester calme, qu'il ne faut pas s'énerver, du coup, ça aide aussi. Et puis le patient, du coup, il se
136 calme, il se dit bon, okay, les soignants, ils gèrent aussi ma famille.

137 **Moi** : Parce que des fois, la famille, elle prend une place très importante lors des situations.

138 **Anomalie** : Je trouve que c'est compliqué. Il faut arriver à gérer plus la famille, parce qu'on a,
139 ça arrive, qui arrivent derrière le SAMU, qui rentrent, et ils trouvent qu'ils nous attendent à
140 l'IRM, qu'ils sont en panique, tu les entends pleurer derrière la porte, tu te dis bon, OK. Voilà.
141 C'est compliqué, parce qu'il y en a, on sait que c'est fini. Et puis toi, t'es là, et tu te dis bon, OK.
142 Puis là, c'est aussi où il faut se dire, bon, c'est mon stress, mais il faut que j'arrive aussi à gérer
143 mes émotions, parce qu'on n'est pas des robots.

144 **Moi** : Oui, ben oui, on n'est pas insensible.

145 **Anomalie** : Donc on ressent forcément des choses.

146 **Moi** : Oui, bien sûr.

147 **Anomalie** : Parfois, c'est des jeunes, je me dis ah bah merde. La famille, c'est un peu compliqué
148 à gérer.

149 **Moi** : OK.

150 **Anomalie** : Après ça se passe bien

151 **Moi** : Surtout, en service, ça doit être un peu plus...

152 **Anomalie** : Ça a été compliqué, parce qu'il y a eu le Covid, il y a eu l'augmentation des visites,
153 là il y a eu le plan blanc, donc c'était une visite par patient, tu fais la police toute la journée, tu
154 le répètes. Marie, elle l'a vécu aussi. C'était horrible, on s'est insulté par nos familles, parce que
155 vous n'êtes pas empathique, vous êtes méchants, vous êtes des monstres, vous ne comprenez
156 rien. En fait, on a marre de faire le flic. Le temps qu'il perde à faire le flic, ben je ne suis pas
157 avec votre famille. Ils ne comprennent pas.

158 **Moi** : Oui, c'est compliqué de concilier tout.

159 **Anomalie** : Mais la relation de confiance avec le patient, c'est essentiel.

160 **Moi** : OK. Bon, écoute, t'as un peu répondu à la prochaine question. Du coup, la prochaine
161 question, est-ce que c'est possible de concilier relations soignants-soigné et soins d'urgence ?

162 **Anomalie** : Ben oui.

163 **Moi** : Du coup, la réponse, c'est oui. Et quels moyens tu utilises lors de ces situations-là ?

164 **Anomalie** : En Soins d'urgence, pour mettre une confiance. Déjà, quand on descend, quand on
165 nous amène le patient, je ne me jette pas sur mon chariot, et mes KT tu vois. Je vais le voir, je
166 vérifie son nom avec lui, je lui demande si ça va, s'il répond, on discute un peu d'où il vient, de
167 ce qu'il fait. Et en même temps, je peux préparer mes affaires, mais au moins, il voit que je lui
168 parle. Et puis après, une fois qu'il y a le résultat de l'IRM, on lui explique, tu vois. Parce que
169 quand il y a le médecin, il arrive, tu penses, on thrombolyse, mais on n'explique pas forcément
170 au patient qu'il a un AVC, qu'on va lui faire un produit qui va déboucher, parce qu'on leur
171 explique avec des mots simple. Parfois, on les thrombolyse, mais ils partent aussi à la
172 thrombectomie, donc on leur explique, soit ils partent en ambulance, soit ils partent en hélico,
173 si possible. Vous allez monter dans l'hélicoptère, vous allez arriver à Marseille, ils vont vous
174 opérer, on va vous récupérer, ne vous inquiétez pas. Parce que si on les fout dans le lit, qu'on
175 ne leur a rien expliqué, qu'ils n'ont pas vu leur famille, tu te dis, mon dieu, mais si on me fait
176 ça, je monte dans l'hélico, je m'effondre. Donc du coup, c'est vrai que oui, il faut aller vite, mais
177 il faut quand même penser que le patient, lui, il est tétanisé et il ne faut pas l'oublier.

178 **Moi** : Oui, c'est vrai, il ne faut jamais oublier le patient.

179 **Anomalie** : Les premiers temps, quand on descend, c'est vrai, on est jeune, on ne sait pas, le
180 médecin compte sur moi, d'accord, mais lui, il est au bout de sa vie.

181 **Moi** : Parce que des fois, il y a aussi la pression du médecin derrière qui est importante.

182 **Anomalie** : On a la chance d'avoir quand même des très bons médecins. Du coup, ça aide. Ils
183 ne sont pas là, ils t'aident, ils tiennent le bras. Même quand on a des alertes, ce n'est pas cool,
184 ils sont en post-crise, ils ont vomi, ils ont pissé, ils nous aident à les changer. Donc on a la
185 chance, franchement, d'être vraiment bien entouré, même par nos médecins. Et du coup, ça aide.
186 Parce que franchement, t'as des journées, voilà, voilà.

187 **Moi** : Pour moi, c'est bon. Est-ce que t'as quelque chose à ajouter ou pas ?

188 **Anomalie** : Non. J'espère que j'ai répondu à tes questions.

189 **Moi** : J'avais une dernière question, il y a combien de chambres aux soins ?

190 **Anomalie** : Ce n'est pas trop légal, il ne faut pas... Normalement, aux soins intensifs, c'est censé
191 être normé comme la Réa, comme les soins intensifs cardiaques. On est censé être une
192 infirmière pour 4 patients. Oui. La spécificité de la neuro, c'est qu'on a 5 lits aux soins intensifs.

193 Donc, on a souvent 5 patients aux soins et la chambre 17 est doublable. Donc, en fait, quand on
194 a des alertes, ça leur arrive de nous foutre 6 patients aux soins intensifs.

195 **Moi** : OK.

196 **Anomalie** : On fait en sorte que ça ne reste pas comme ça. On fait des changements, on fait
197 des sorties pour... Mais ça arrive que tu arrives le matin et les soins sont pleins et c'est
198 compliqué. Mais normalement, c'est 1 pour 4.

199 **Moi** : 1 pour 4, OK. Mais du coup, la fréquence d'urgence, elle est régulière ou c'est aléatoire.

200 **Anomalie** : Franchement, ça dépend. Le week-end dernier, par exemple, on a eu une alerte et
201 puis t'as des week-ends où t'as des jours où t'as 4 alertes d'affilée. Mais du coup, c'est un peu
202 arrivé qu'on ait... Ma pire journée, je crois qu'on a eu 4 alertes d'affilée. Là, c'est faux. Là, c'est
203 arrêté. Pour les cadres, s'ils partent à Marseille, t'es là, t'es avec tes étiquettes, tu ne te trompes
204 pas. Bon, lui, il faut lui poser 2KT. OK, lui, je l'ai vu, c'est bon, c'est ses traitements. Alors lui,
205 OK, il vient d'arriver. Bon, lui, il faut que je lui pose KT. Allez, vire dans l'IRM. Alors là, si tu
206 veux la situation d'urgence et alors l'humain. Monsieur, ne vous inquiétez pas, je reviens vous
207 voir. Je vous mets dans le couloir. Allez, monsieur, bon d'accord, il va falloir me donner le bras,
208 je vais me poser KT. Bon, vous allez aller passer l'IRM. Ne vous inquiétez pas, je reviens. Et tu
209 passes à l'IRM.

210 **Moi** : Ouais, c'est à la chaîne en fait.

211 **Anomalie** : Tu te retrouves, t'en as 4.

212 **Moi** : Est-ce que ça prend du temps ? Une simple alerte, elle est quand même longue.

213 **Anomalie** : Tu peux avoir des alertes qui durent plus d'une heure. Tu peux avoir des alertes où
214 il part à Marseille, tu peux rester 2h en bas. Pendant 2h...

215 **Moi** : Jusqu'au départ du patient, en fait, il faut rester.

216 **Anomalie** : Parce que le SAMU, ils ont des questions, donc le médecin, il va avec le SAMU.
217 En général, le médecin, elle remonte dans le service pour taper tout le compte rendu pour le
218 SAMU et pour Marseille.

219 **Moi** : OK.

220 **Anomalie** : Nous, pour le SAMU, si on les thrombolyse, on leur prépare les 3 seringues. Ils
221 étouffent leurs seringues qu'ils aient juste à passer. On prépare du primpéran parce que dans
222 l'hélico, ça bouge, ça fait gerber. Et parfois, du Zophren pour qu'ils aient les 2. Et puis, s'ils sont
223 agités, ça peut arriver qu'ils nous demandent de préparer du mida. On le revoit avec eux, on leur
224 écrit sur la fiche ce qu'on a fait à quelle heure. Mais du coup, ça peut prendre du temps. Pendant
225 que tu es en bas, c'est la fille du côté vert qui doit gérer. En plus, tu as t'es patient. Sachant
226 qu'elle, elle en a 13. Donc, c'est... Donc, t'as des journées, tu te dis putain, pourquoi je me suis
227 levée ? Mais voilà. Donc, on a 12 lits côté neuro-normal, les 5 lits aux soins et 13 lits neuro-
228 vasculaires..

229 **Moi** : Merci beaucoup, bon courage.

230 **Anomalie** : Pas de soucis j'espère avoir répondu à tes question.

231 **Moi** : oui, oui merci beaucoup.

Annexe IV.II : Entretien 2, Impérative

1 **Moi** : Bonjour, je suis Pauline comme je me suis présenté tout à l'heure, étudiante infirmière
2 en troisième année. Là, on va échanger à peu près pendant 15-20 minutes autour donc de mon
3 sujet de mémoire. J'enregistre l'entretien pour pouvoir l'analyser après, tout sera anonymisé,
4 ton prénom et l'établissement.

5 **Moi** : Alors, est-ce que vous pouvez vous présenter ?

6 **Impérative** : Moi, je m'appelle impérative, je suis infirmière depuis 40 ans. Mon diplôme date
7 de 1985. J'ai travaillé un an et demi dans le privé dans une clinique. Et après, j'ai intégré la
8 fonction hospitalière dans un CHU dans le Nord, où j'ai travaillé en hémato, en greffe. Je
9 travaillais en psychiatrie, en pneumologie. Et maintenant, qu'est-ce que j'ai encore fait ? La
10 rééducation fonctionnelle et maintenant, la gériatrie. C'est le long séjour où je suis là depuis
11 longtemps.

12 **Moi** : Le premier thème, c'est la situation d'urgence. Comment vous définirez le terme urgence
13 ?

14 **Impérative** : L'urgence, c'est un truc qui est immédiat, qu'on ne peut pas différer. C'est un
15 problème à traiter de suite. C'est quelque chose qui ne peut pas être reporté.

16 **Moi** : Quelle différence faites-vous entre urgence vitale et urgence relative ?

17 **Impérative** : Une urgence vitale, c'est celle à laquelle on est obligé de répondre
18 immédiatement. C'est la priorité majeure. Ça peut être quelqu'un qui est en train de faire, par
19 exemple, une méga grosse fausse route, qui devient toute bleue, qui s'étouffe, qui désature. C'est
20 inconfortable pour le patient. On peut en mourir, les gens en meurent. Ça peut être quelqu'un
21 qui fait une grosse hémorragie, par exemple en greffe. En aplasie, plutôt en hémato, quand ils
22 sont en aplasie, ils commencent à saigner. S'ils ont cinq de tension, il faut vite remplir. Ça, c'est
23 une urgence. Ça peut être quelqu'un qui fait un choc anaphylactique. J'ai eu des patients qui ont
24 fait des chocs anaphylactiques à des produits de chimiothérapie. On ouvre la porte, ils sont
25 bleus marines. Il faut faire vite. On crie à un coup, il faut venir vite. On prend le chariot
26 d'urgence. Les médecins sont dans le service ou les internes. Les choses sont faites
27 immédiatement. Il n'y a pas de temps de latence. C'est immédiat.

28 **Moi** : Et l'urgence relative ?

29 **Impérative** : On sait que c'est urgent. On sait que le pronostic vital n'est pas engagé. On va
30 assurer une surveillance continue et serrée. Et à réévaluer parce qu'une urgence relative peut
31 devenir une urgence absolue, suivant les antécédents et la fragilité de la personne.

32 **Moi** : D'accord. Pouvez-vous me raconter en quelques phrases une situation vécu dans le
33 service ?

34 **Impérative** : Quelqu'un qui fait une très très grosse fausse route. On a beau aspirer et aspirer,
35 le patient désature, désature. Et on finit par appeler le SAMU. Et euh .. À l'auscultation, il voit
36 bien où s'est bouché. Le médecin urgentiste pratique une manœuvre particulière avec une pince
37 pour retirer ce qui avait obstrué la trachée. En l'occurrence, une tranche de viande complète.

38 **Moi** : Il n'avait pas mâché.

39 **Impérative** : C'est passé directement... voilà

40 **Moi** : Vous avez fait Heimlich ?

41 **Impérative** : Heimlich inefficace.

42 **Moi** : Okay. Le prochain thème est le stress et l'anxiété. Est-ce que ces situations ont suscité
43 chez vous et chez le patient des émotions particulières ? Si oui, lesquelles ?

44 **Impérative** : Il y a toujours l'appréhension de perdre l'autre. Il y a eu urgence pourvu qu'on ne
45 perde pas le patient. Comment faire pour avoir les meilleures chances pour lui ? C'est la question
46 immédiate. C'est regarder autour de soi ce qui est utilisable, appeler les collègues, chercher le
47 matériel, tout ça rapidement. Donc ça demande que ... On sait qu'un tel sait bien où est rangé
48 ça. Si cette personne-là est plus réconfortante pour le patient, ça va le sécuriser. Il y a un partage
49 des tâches. Les gestes techniques faits par le médecin et l'infirmière.

50 **Moi** : Les émotions chez le patient en général elles ont comment ?

51 **Impérative** : Les patients, on voit bien quand il est effrayé. Généralement, ce n'est plus ça.

52 **Moi** : La communication non verbale qui rentre en jeux.

53 **Impérative** : La communication non verbale, l'expression du regard, le visage stressé, les mains
54 qui s'agrippent, l'agitation. Tous ces éléments cliniques font qu'on... C'est pour ça que c'est
55 important d'avoir un soignant avec lequel le patient a un bon échange parce qu'il va pouvoir le
56 rassurer.

57 **Moi** : D'accord. Quel impact ont eu vos émotions sur votre capacité à agir et à réagir lors de
58 cette situation d'urgence vitale ?

59 **Impérative** : Plutôt de me booster, de faire les choses, de chercher.

60 **Moi** : Ça ne vous a pas envahi ? Il n'y a pas eu vraiment quelque chose de négatif ? c'était du
61 positif ?

62 **Impérative** : Ça ne m'a pas ralenti non.

63 **Moi** : Ok. Les personnes extérieures qui sont venues vous aider, ils n'étaient pas, eux, plus
64 stressés ou quoi que ce soit ?

65 **Impérative** : Quand on est en train de faire des choses, ce n'est pas ce qui importe le plus. On
66 fait ça, on est là, on va continuer ça. J'ai besoin de ça, qui y va ? On se répartit les tâches. Après,
67 les affects, le ressenti, on en parle après.

68 **Moi** : Après, vous prenez un temps pour en parler ?

69 **Impérative** : Pour évacuer, pour expliquer ce qui n'a pas été compris. Des fois, il y a des échecs.
70 Il y a aussi la situation, on sait que c'est une fin de vie. La famille sollicite beaucoup. C'est un
71 autre type de stress. Ce n'est pas un stress absolu, mais c'est une situation qui demande de rester
72 à l'écoute et s'autoriser à dédramatiser, d'apaiser. Oui, ça va arriver, mais on fait en sorte que la
73 personne n'est pas mal. Prenez le temps de lui parler. Vous avez le droit à cette intimité-là. Je
74 vais fermer la porte. Vous voyez, il est apaisé. Ou au contraire, il s'énerve parce qu'il a besoin
75 de tierces personnes à côté de lui.

76 **Moi** : Pour vous, les émotions ont plus facilité que la gestion d'urgence, que vous mettre en
77 difficulté ?

78 **Impérative** : On est dans quelque chose, on est dans l'action.

79 **Moi** : Oui, mais il y a des personnes, ça peut les mettre en difficulté.

80 **Impérative** : Oui, mais on est dans l'action. Après, quand on le fait, il faut aussi réfléchir à la
81 manière dont elle va le faire et choisir les bons gestes. C'est une autre collègue qui, par exemple,
82 n'arrive pas à piquer quelqu'un qui est en train de se collaber. On n'a pas de garrot. On va
83 demander à une aide-soignante de serrer un peu le bras pour essayer de trouver une veine. On

84 pallie la situation. On s'adapte à la situation pour donner un maximum de chance à la personne
85 qui est dans le lit.

86 **Moi** : D'accord. Le dernier thème, c'est la relation soignant-soigner avec la communication
87 verbale et non-verbale. Qu'est-ce que selon vous la relation soignant-soigner lors d'une situation
88 d'urgence ?

89 **Impérative** : Expliquer aux gens ce qu'on fait et pourquoi on le fait, les rassurer, être contenant
90 avec ses mots. Il ne faut pas s'exprimer avec des mots qui peuvent en faire encore plus peur.
91 Avoir un membre de l'équipe, des aides-soignants, ou un autre collègue de travail qui peut
92 rassurer la personne qui est dans le lit pour pouvoir faire les gestes.

93 **Moi** : D'accord

94 **Impérative** : Ça, c'est important. Une personne qui s'occupe de canaliser l'attention sur un
95 patient qui ne va pas bien, qui s'étouffe, qui va s'agiter. Si on veut piquer, il faut que quelqu'un
96 tienne la main pendant que l'infirmière pose le cathéter. On travaille à plusieurs. C'est quelqu'un
97 qui va chercher du matériel, qui t'aide au pied du lit, le médecin qui donne la prescription, toi
98 qui réalises. C'est une organisation. Quelqu'un qui va chercher le chariot d'urgence. On ne fait
99 pas tout tout seul. On délègue certaines choses. C'est un travail en commun. Dont l'objectif, le
100 but, c'est de lever la personne de la situation.

101 **Moi** : D'accord. Pour vous, il est possible de concilier la relation soignants-soignants et soins
102 d'urgence ?

103 **Impérative** : On peut nommer les choses si c'est quelqu'un qui est dans le coma. On peut aussi
104 parler à quelqu'un qui est dans le coma. De toute façon, il va ressentir des choses qui vont lui
105 faire savoir qu'il n'est pas tout seul, qu'on s'occupe de lui, qu'on fait un maximum de choses
106 pour lui. On va essayer de le sortir d'affaire.

107 **Moi** : D'accord. Les moyens que vous utilisez lors de ces situations-là ?

108 **Impérative** : La parole, le toucher, la réassurance avec des mots. Qu'est-ce qu'on peut encore
109 utiliser ? Parler aussi des proches.

110 **Moi** : Parce que dans ces lieux-là, vous connaissez très bien les personnes, leur histoire de vie,
111 la famille, etc. Ça peut jouer dans les moyens à utiliser.

112 **Impérative** : Ça peut être un élément qui facilite la prise en charge, pour rassurer le patient,
113 pour être contenant avec le patient. Surtout quand ils ont des troubles cognitifs, il faut avoir un
114 point d'ancrage pour pouvoir les canaliser, pour canaliser la personne, la rassurer. Ça, c'est
115 important. Et quand on ne connaît pas la personne, intuitivement, il y a des choses, on va penser,
116 suivant la personne qu'on a, ce qu'elle nous donne à voir et à ressentir. On va savoir s'adapter et
117 trouver quelque chose pour canaliser l'attention et parfois aussi lui faire participer.

118 **Moi** : Du coup, ça vous est déjà arrivé ou pas qu'il y ait des situations qui ont eu lieu avec la
119 famille ?

120 **Impérative** : C'est-à-dire

121 **Moi** : Des situations d'urgence où il y avait la famille au milieu ?

122 **Impérative** : Je ne crois pas. Les fins de vie, on n'est plus dans l'urgence.

123 **Moi** : (interruption de l'entretien par une aide-soignante)

124 **Impérative** : Des familles dans des situations d'urgence ? Non. Je n'ai pas jamais à gérer ça.

125 **Moi** : D'accord. Ça peut être aussi un facteur stressant aussi.

126 **Impérative** : La famille peut communiquer son stress aux patients. Et être le conjoint ou la
127 conjointe de quelqu'un qui ne va pas bien, ça fait flipper.

128 **Moi** : Oui, normal. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

129 **Impérative** : Non. J'ai tout dit

130 **Moi** : Merci beaucoup.

131 **Impérative** : J'espère que ça te convient.

132 **Moi** : Oui, super, ça va merci

Annexe IV.III : Entretien 3, Alerte

- 1 **Moi** : Bonjour, je suis Pauline comme je me suis présenté tout à l'heure, étudiante infirmière
2 en troisième année. Là, on va échanger à peu près pendant 15-20 minutes autour donc de mon
3 sujet de mémoire. J'enregistre l'entretien pour pouvoir l'analyser après, tout sera anonymisé,
4 ton prénom et l'établissement.
- 5 **Alerte** : Ok.
- 6 **Moi** : Est-ce que tu... Ça te dérange si je te tutoie ?
- 7 **Alerte** : Non, tu peux me tutoyer.
- 8 **Moi** : Ok, super.
- 9 **Alerte** : Ce sera plus simple.
- 10 **Moi** : Est-ce que tu peux te présenter, combien de temps ça fait que t'es infirmière, les services
11 que t'as pu faire ?
- 12 **Alerte** : Ok. Alors, je vais te faire mon début de carrière.
- 13 **Moi** : Vas-y.
- 14 **Alerte** : J'ai commencé il y a 20 ans, en tant qu'ASH. Voilà, en EHPAD. Ensuite, j'ai fait faisant
15 fonction d'aide-soignante. Je suis rentrée à l'école d'aide-soignante en 2009.
- 16 **Moi** : Okay.
- 17 **Alerte** : J'ai été directement recrutée sur l'hôpital. Du coup, j'ai fait de la gastro, de la cardio,
18 de la réa, de l'infectiologie. J'ai fait pas mal de services.
- 19 **Moi** : T'as fait pas mal de services.
- 20 **Alerte** : Voilà. Et en 2017, j'ai été financée pour partir à l'école d'IDE et depuis, je suis ici.
- 21 **Moi** : D'accord. Donc t'as fait ton école à Avignon aussi ?
- 22 **Alerte** : Aussi.
- 23 **Moi** : Ok, super.
- 24 **Alerte** : Voilà.

25 **Moi** : Du coup, le premier thème, c'est la situation d'urgence.

26 **Alerte** : D'accord.

27 **Moi** : Comment tu définirais le terme urgence ?

28 **Alerte** : Urgence, il faut réagir de suite.

29 **Moi** : D'accord.

30 **Alerte** : C'est immédiat.

31 **Moi** : Ok.

32 **Alerte** : C'est un danger.

33 **Moi** : D'accord.

34 **Alerte** : Voilà, pour le patient.

35 **Moi** : Super. Quelle différence tu fais entre urgence vitale et urgence relative ?

36 **Alerte** : Urgence vitale, comme par exemple, ça peut être un arrêt cardiaque, donc il va falloir

37 réagir maintenant. L'hypoglycémie est une urgence relative, mais qui peut devenir vitale par la

38 suite. Comme Hemlich aussi, la fausse route, c'est pareil.

39 **Moi** : Ouais, donc pour toi, une urgence relative peut devenir une urgence vitale par la suite.

40 **Alerte** : Ouais, c'est ça.

41 **Moi** : Okay.

42 **Alerte** : Il faut vite agir. Quoi qu'il en soit, je me dépêcherais. Dans les deux cas, c'est pareil.

43 **Moi** : Ok. Est-ce que tu peux me raconter en quelques phrases une urgence vitale que t'as pu

44 vivre ici de préférence, si tu en as vécu ici ?

45 **Alerte** : Ah oui, j'en... Là, récemment, on a eu un patient qui, au moment du lever avec le kiné,

46 a fait un malaise. Ce monsieur, c'était un patient programmé pour une prothèse de genoux, si je

47 ne me trompe pas. Et donc, très bavard, de base.

48 **Moi** : D'accord.

49 **Alerte** : Et en fait, d'un coup, il a arrêté de parler. Il n'arrivait plus à parler, il n'arrivait plus à
50 bouger.

51 **Moi** : D'accord.

52 **Alerte** : Donc, c'était le week-end. Donc, pas évident. On a dû contacter très rapidement
53 l'interne, la réa, prendre un rendez-vous pour un scanner, pour voir si c'était un AVC. Voilà,
54 donc, assez compliqué.

55 **Moi** : Du coup, ça a été un AVC après ?

56 **Alerte** : Oui, mais qui a été confirmé quelques jours après. Pas sur le coup.

57 **Moi** : D'accord.

58 **Alerte** : Voilà.

59 **Moi** : Vous l'avez gardé ou il est monté en neuro ?

60 **Alerte** : Il est monté en euros quelques jours après. En début de semaine. Le lundi, il me semble.

61 **Moi** : D'accord. Du coup, le prochain thème, c'est le stress et l'anxiété.

62 **Alerte** : D'accord.

63 **Moi** : Est-ce que ces situations ont suscité chez toi ou chez le patient des émotions particulières
64 ? Si oui, lesquelles ?

65 **Alerte** : Le patient, il était totalement paniqué de se rendre compte qu'il ne pouvait plus parler.

66 **Moi** : Au regard, tu l'as vu ?

67 **Alerte** : Au regard, et puis même, il essayait de discuter, de parler. Voilà, il me serrait très fort
68 les mains. Tu voyais qu'il n'était vraiment pas bien. Après, moi, je pense qu'avec l'expérience
69 au niveau de la gestion du stress, ça va beaucoup mieux. Sachant qu'ici à l'hôpital, tu travailles
70 en équipe. Oui. Tu n'es jamais seule. Donc, ça rassure.

71 **Moi** : Ça rassure, ok.

72 **Alerte** : Ça rassure. Tu n'es pas seule face à une situation. Tu as toujours quelqu'un, même si tu
73 arrives en première sur les lieux.

74 **Moi** : Il y a toujours une personne qui va pouvoir t'aider ou quoi que ce soit.

75 **Alerte** : C'est ça !

76 **Moi** : Ok. Quels impacts ont eu vos émotions sur votre capacité à agir et réagir lors de ces
77 situations d'urgence vitale ? Du coup, il n'y a pas eu vraiment d'impact de ce que j'ai compris ?.

78 **Alerte** : Non, mais par contre, je me pose la question, je me demande s'il va bien. Oui. Qu'est-
79 ce qu'il devient ? Tu vas récupérer, surtout.

80 **Moi** : D'accord.

81 **Alerte** : Mais avec le temps, j'ai réussi à gérer, je pense, cette partie-là.

82 **Moi** : Ok.

83 **Alerte** : Vraiment plus jeune. Plus jeune, c'est compliqué. En cardio. Ah oui, j'avais des sueurs,
84 la bouche pâteuse, je tremblais de tous les côtés. Là, je pense que ça fait quand même un petit
85 moment que ça ne m'est pas arrivé. Par contre, une situation d'urgence dehors, là, j'ai eu très
86 peur.

87 **Moi** : Ok, dans la rue ?

88 **Alerte** : Oui, dans la rue.

89 **Moi** : (interruption par le téléphone)

90 **Alerte** : Oui, à l'extérieur. Dans la rue. Là, par contre, j'ai eu peur.

91 **Moi** : C'était quoi ?

92 **Alerte** : Une dame qui a fait une fausse route en plein restaurant. Forte, bien forte.

93 **Moi** : Faire Heimlich, ça n'a pas été facile.

94 **Alerte** : Oui, j'ai réussi, mais je me suis vue à l'allonger par terre, à lui faire l'arrêt, le massage.
95 J'ai tout vu sur le moment et là, j'ai eu peur.

96 **Moi** : Parce que peut-être qu'il n'y avait pas la sécurité qui était présente.

97 **Alerte** : C'est ça.

98 **Moi** : Bon, du coup, est-ce que ces émotions ont facilité ou plutôt compliqué la gestion de cette
99 urgence ? Du coup, c'était plus positif ?

100 **Alerte** : Oui. Alors, dans quel... Ici, en tout cas, je n'ai pas eu de complications en particulier.
101 Et après, pour l'autre dame, j'étais bien contente qu'elle parte une fois qu'elle ait recraché son
102 bout de salade.

103 **Moi** : C'était une salade, ok. Ici, dans le service, la fréquence des urgences, elles sont régulières
104 ou pas du tout ?

105 **Alerte** : Régulières. Qu'est-ce que tu appelles régulières ? Ce n'est pas... Ce n'est pas régulier,
106 je vais te dire, ce n'est pas tous les jours où on fait des massages, des patients avec des fausses
107 routes ou des AVC. Nous, ici, ça va être plutôt la gestion des hémorragiques. Et c'est pareil, on
108 n'est pas seul.

109 **Moi** : Oui, c'est sûr.

110 **Alerte** : On a les internes, les chirurgiens, nos collègues, les aides-soignantes.

111 **Moi** : Vous êtes rarement seul.

112 **Alerte** : Je suis plus embêtée que stressée.

113 **Moi** : Ah, c'est-à-dire embêtée.

114 **Alerte** : Embêtée pour le patient, embêtée de la situation. Qui va plus me...

115 **Moi** : Compliquer les choses.

116 **Alerte** : Voilà, c'est ça.

117 **Moi** : Du coup, le dernier thème, c'est la relation soignant-soigné, communication verbale et
118 non verbale. Qu'est-ce que, selon toi, la relation soignant-soigné ?

119 **Alerte** : Oh là là !. C'est complexe, la relation soignant-soigné.

120 **Moi** : (interruption par le téléphone)

121 **Alerte** : Bah, la relation soignant-soigné... Je suis la soignante, le patient, c'est le soigné. Ça
122 dépend... Ta relation, elle est individuelle, en fait. Tu ne peux pas... Elle est propre à chacun,
123 d'accord ? Avec des patients, tu vas avoir un feeling...

124 **Moi** : L'affect aussi.

125 **Alerte** : Moins.

126 **Moi** : Ok.

127 **Alerte** : Voilà, mais à tous mes patients, j'essaie en tout cas d'être à l'écoute. De créer une
128 relation entre guillemets au moment des soins. Ça peut être du nursing, un pansement, le
129 passage au bloc. Mais voilà, ça reste toujours propre à chacun.

130 **Moi** : Okay ! Est-il possible de concilier donc relation soignant-soigné et soins d'urgence ?

131 **Alerte** : On dit que non normalement. En service, en tout cas, même si j'ai de l'affect pour un
132 patient. Déjà, nos patients, ils ne restent pas longtemps. De base, quand même. Ce n'est pas
133 comme un EHPAD où tu peux créer vraiment une relation... même Amicale Là, ce n'est pas le
134 cas. C'est-à-dire qu'il y a des patients que j'apprécie peut-être plus que d'autres, et je ne pense
135 pas que je vais être moins performante s'il arrive une complication. Je ne pense pas. Je sais que
136 ce n'est pas conseillé, en tout cas.

137 **Moi** : Mais c'est quand même aussi important que même si dans l'urgence, face à la détresse du
138 patient, quand même, essayer de le rassurer.

139 **Alerte** : Oui, ça, oui. Mais je pense que ça, tout le monde peut le faire. Tout le monde peut
140 rassurer. Par exemple, ils vont au bloc, ils sont hyper stressés, ils rencontrent du personnel en
141 bas qui ne connaissent pas du tout, et pourtant, ces personnes-là, elles vont réussir à rassurer le
142 patient. Parce que tu es soignante. Tu dois leur donner justement ce côté de confiance. Tu vois
143 ce que je veux dire ?

144 **Moi** : Oui, c'est bon, je vois.

145 **Alerte** : Pardon, je suis désolée.

146 **Moi** : (interruption par le téléphone) Du coup, c'est quoi comme moyen que tu utilises pour
147 concilier relation soignante et soignée et les soins d'urgence ?

148 **Alerte** : Je reste moi-même. Désolée, je n'ai pas de...

149 **Moi** : Non, mais ce n'est pas grave, il n'y a pas de soucis.

150 **Alerte** : Je reste moi-même.

151 **Moi** : Peut-être la communication.

152 **Alerte :** Oui, de toute façon, c'est la communication. C'est ça. C'est rassurer le patient. Ton
153 patient, il n'est pas là, en gros, pour se faire des amis ou des affinités. Il a besoin d'une personne
154 compétente. Voilà. Et moi, je vais faire en sorte d'être compétente et de le rassurer, ça fait partie
155 aussi de mon métier.

156 **Moi :** Pour moi, c'est bon. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?

157 **Alerte :** Non, j'espère que ça t'aura suffi.

158 **Moi :** Oui, t'inquiète, ça va. Merci beaucoup.

Annexe V : Grille d'analyse

Questions	Entretien n°1 Anomalie	Entretien n°2 Impérative	Entretien n°3 Alerte
<p>Présentation personnelle</p> <p>Pouvez-vous, vous présenter ? (Sexe, âge, année d'obtention du DE, parcours professionnel,...)</p>	<p>« Je suis de la promo 2018-2021. Et depuis que j'ai été diplômée je travaille en neuro » (l 9-10)</p> <p>« Ça fait 4 ans que je travaille en neuro » (l 12)</p>	<p>« Moi, je m'appelle impérative, je suis infirmière depuis 40 ans. Mon diplôme date de 1985. J'ai travaillé un an et demi dans le privé dans une clinique. Et après, j'ai intégré la fonction hospitalière dans un CHU dans le Nord, où j'ai travaillé en hémato, en greffe. Je travaillais en psychiatrie, en pneumologie. Et maintenant, qu'est-ce que j'ai encore fait ? La rééducation fonctionnelle et maintenant, la gériatrie. C'est le long séjour où je suis là depuis longtemps. » (L 6-11)</p>	<p>« J'ai commencé il y a 20 ans, en tant qu'ASH. Voilà, en EHPAD. Ensuite, j'ai fait faisant fonction d'aide-soignante. Je suis rentrée à l'école d'aide-soignante en 2009. » (L 14-15)</p> <p>« J'ai été directement recrutée sur l'hôpital. Du coup, j'ai fait de la gastro, de la cardio, de la réa, de l'infectiologie. J'ai fait pas mal de services. » (L 17-18)</p> <p>« Et en 2017, j'ai été financée pour partir à l'école d'IDE et depuis, je suis ici. » (L 20)</p>

Questions			
Situation d'urgence	Entretien n°1 Anomalie	Entretien n°2 Impérative	Entretien n°3 Alerte
Comment définiriez- vous le terme urgence ?	« Qu'il faut aller vite » (l 18)	« L'urgence, c'est un truc qui est immédiat, qu'on ne peut pas différer. C'est un problème à traiter de suite. C'est quelque chose qui ne peut pas être reporté » (l 14-15)	« Il faut réagir de suite » (l 28) « C'est immédiat » (l 30) « C'est un danger » (l 32)
Quelle différence faites-vous entre urgence vitale et urgence relative ?	« L'urgence vitale il faut aller vite ... il faudra catégoriser, trier, pour se dire ça en priorité » (l 22-23) « Les urgences relatives on va essayer de le stabiliser, mais on ne fera pas tout en premier » (l 23-24) « On va prendre l'urgence vitale en priorité » (l 24-25)	« L'urgence vitale ... on est obligé de répondre immédiatement. C'est la propriété majeure. » (L 17-18) « Les choses sont faites immédiatement. Il n'y a pas de temps de latence. C'est immédiat » (l 26-27) L'urgence relative : « on sait que c'est urgence. On sait que le pronostic vital n'est pas engagé. On va assurer une surveillance continue et serrée. Et à réévaluer parce qu'une urgence	« Urgence vitale, comme par exemple, ça peut être un arrêt cardiaque, donc il va falloir réagir maintenant. L'hypoglycémie est une urgence relative, mais qui peut devenir vitale par la suite. Comme Heimlich aussi, la fausse route, c'est pareil. » (L 36-38) « Il faut agir. Quoi qu'il en soit, je me dépêcherais. Dans les deux cas c'est pareil » (l 42)

		relative peut devenir une urgence absolue, suivant les antécédents et la fragilité de la personne » (l 29-31)	
Pouvez-vous me raconter en quelques phrases une situation d'urgence vécue ?	« On en a eu un, il n'y a pas longtemps, qui a fait un état de mal épileptique, qui n'était pas perfusé sinon ce n'était pas drôle. Il a fallu le perfuser, faire le Rivotril. Il a passé de Rivotril, donc il a eu une dose de charge de Keppra. Il a eu 3 grammes, ça n'a pas fonctionné. Il a eu de la Dépakine. Et une bonne grosse dose de charge de Dépakine, il a fini par se détendre. Mais bon, il tachycardé ++, il était monté presque jusqu'à 200. L'hyperthermie, puisque quand tu cries, tu chauffe. La SAT, au début, il était à 70. On lui a foutu le masque à oxygène, on l'a récupéré 90-91. » (L29-35)	« Quelqu'un qui fait une très très grosse fausse route. On a beau aspirer et aspirer, le patient désature, désature. Et on finit par appeler le SAMU. Et euh .. À l'auscultation, il voit bien où s'est bouché. Le médecin urgentiste pratique une manœuvre particulière avec une pince pour retirer ce qui avait obstrué la trachée. En l'occurrence, une tranche de viande complète. » (L 34-37)	« Là, récemment, on a eu un patient qui, au moment du lever avec le kiné, a fait un malaise. Ce monsieur, c'était un patient programmé pour une prothèse de genoux, si je ne me trompe pas. Et donc, très bavard, de base. » (L 45-47) « Et en fait, d'un coup, il a arrêté de parler. Il n'arrivait plus à parler, il n'arrivait plus à bouger. » (L 49-50) « Donc, c'était le week-end. Donc, pas évident. On a dû contacter très rapidement l'interne, la réa, prendre un rendez-vous pour un scanner, pour voir si c'était un AVC. » (L 52-53)

	<p>« L'UNV, c'est en gros... La famille qui appelle les pompiers. Les pompiers qui voient qu'il a régulé du SAMU, il est régulé. Si c'est un AVC ischémique, qu'on pense que c'est un AVC qui va pouvoir être thrombolysé déjà ont demandé l'heure pour savoir si c'est par rapport au temps, parce qu'on a un temps pour pouvoir faire la thromolyse. Le SAMU nous explique les symptômes. Ils appellent le neuro de garde, parce qu'il y a un neuro qui a le téléphone de l'alerte, et qui se parle avec le SAMU, qui dit ok on a une alerte. Donc à ce moment-là, il appelle l'infirmière qui est à l'UNV, qui prévient le labo, l'IRM et c'est tout c'est déjà bien. Et l'accueil des urgences, puisque quand il arrive aux urgences, il n'attend pas. Tu as</p>		<p>« Une dame qui a fait une fausse route en plein restaurant » (1 92) « J'ai fait Heimlich, mais je me suis vu à l'allonger par terre, à lui faire l'arrêt, le massage. J'ai tout vu sur le moment et là j'ai eu peur » (1 94-95)</p>
--	--	--	--

	quelqu'un avec lui qui fait les étiquettes, et nous, on le récupère direct à l'IRM. » (L37-46)		
--	--	--	--

Questions	Entretien n°1 Anomalie	Entretien n°2 Impérative	Entretien n°3 Alerte
Le Stress/ anxiété			
<p>Est- ce que ces situations ont suscité chez vous et chez le patient des émotions particulières ?</p> <p>Si oui lesquelles : pour vous ?</p> <p>Pour le patient ?</p>	<p>« C'est vrai qu'il y a toujours du stress » (156)</p> <p>« Il faut arriver à le contrôler. Mes premières alertes c'était compliqué » (156-57)</p> <p>« Assez frustrant » (159)</p> <p>« Parfois, ils ont ce qu'on appelle une HLM, donc avec les yeux t'a du mal à savoir aussi ce qu'ils veulent te dire » (160-63)</p> <p>« Oui le stress il y en a. Puis surtout, parfois, est-ce que je vais réussir à piquer » (165-66)</p> <p>« Il faut aller vite » (169)</p>	<p>« Il y a toujours l'appréhension de perdre l'autre. Il y a eu urgence pourvu qu'on ne perde pas le patient. Comment faire pour avoir les meilleures chances pour lui ? C'est la question immédiate. C'est regarder autour de soi ce qui est utilisable, appeler les collègues, chercher le matériel, tout ça rapidement. Donc ça demande que ... On sait qu'un tel sait bien où est rangé ça. Si cette personne-là est plus réconfortante pour le patient, ça va le sécuriser. Il y a un partage des tâches. Les gestes techniques faits par le médecin et l'infirmière. » (L44-49)</p> <p>« Les patients, on voit bien quand il est effrayé » (151)</p>	<p>« Le patient, il était totalement paniqué de se rendre compte qu'il e pouvais plus parler » (1 65)</p> <p>« Au regard, et puis même, il essayait de discuter, de parler. Voilà, il me serrait très fort les mains. Tu voyais qu'il n'était vraiment pas bien. Après, moi, je pense qu'avec l'expérience au niveau de la gestion du stress, ça va beaucoup mieux. Sachant qu'ici à l'hôpital, tu travailles en équipe. Oui. Tu n'es jamais seule. Donc, ça rassure. » (L 67-70)</p> <p>« Ça rassure. Tu n'es pas seule face à une situation. Tu as toujours</p>

			quelqu'un, même si tu arrives en première sur les lieux » (I 72-73)
<p>Quels impacts ont eu vos émotions sur votre capacité à agir et réagir lors de cette situation d'urgence vitale ?</p>	<p>« Je pense que c'est quand même bien d'être stressée, mais il faut savoir le gérer. Mais je pense qu'au moins de te stresser, ça fait se remettre en question et je pense que dans le soins s'est primordiale » (183-85)</p> <p>« Je pense que c'est du bon stress » (185-86)</p> <p>« Après, il ne faut pas stresser à avoir la boule au ventre, à transpirer comme jamais, et à se dire, mon Dieu, je ne vais pas y arriver. Mais voilà, être stressée, de se dire, OK, il faut faire ça, il faut faire ça, il faut faire ça, mais il ne faut pas oublier qu'il y a le patient. Donc, c'est vrai que maintenant, j'y fais hyper attention. Donc, avant de me précipiter à attraper mon garrot ou lui</p>	<p>« Plutôt de me booster, de faire les choses, de chercher » (159)</p> <p>« Quand on est en train de faire des choses, ce n'est pas ce qui importe le plus. On fait ça, on est là, on va continuer ça. J'ai besoin de ça, qui y va ? On se répartit les tâches. Après, les affects, le ressenti, on en parle après. » (L65-67)</p> <p>« Pour évacuer, pour expliquer ce qui n'a pas été compris. Des fois, il y a des échecs. Il y a aussi la situation, on sait que c'est une fin de vie. La famille sollicite beaucoup. C'est un autre type de stress. Ce n'est pas un stress absolu, mais c'est une situation qui demande de rester à l'écoute et s'autoriser à dédramatiser, d'apaiser. Oui, ça va</p>	<p>Pas eu d'impact</p> <p>« Mais avec le temps, j'ai réussi à gérer, je pense, cette partie-là » (I 81)</p> <p>« Vraiment plus jeune. Plus jeune, c'est compliqué. En cardio. Ah oui, j'avais des sueurs, la bouche pâteuse, je tremblais de tous les côtés. Là, je pense que ça fait quand même un petit moment que ça ne m'est pas arrivé. Par contre, une situation d'urgence dehors, là, j'ai eu très peur. » (L 83-86)</p>

	<p>attraper le bras, je lui parle, même si je sais qu'il y en a, ils ne vont pas me répondre. Au moins, tu vois, il y en a, ils te font oublier la tête, il y en a qui te font oublier les yeux. On ne va pas oublier que pour lui, c'est hyper stressant parce qu'il ne sait pas ce que c'est, il ne sait pas ce qui lui arrive. Donc, toi, t'arrives, déjà, tu le mets dans une machine, ça dure 30 minutes, ça fait un bruit fou, il ne comprend pas, tu lui dis, ne bougez pas. Voilà, il se dit qu'à tout moment... Puis il entend les médecins parler qui ne sont pas forcément tout le temps rassurants. » (L90-100)</p>	<p>arriver, mais on fait en sorte que la personne n'est pas mal. Prenez le temps de lui parler. Vous avez le droit à cette intimité-là. Je vais fermer la porte. Vous voyez, il est apaisé. Ou au contraire, il s'énerve parce qu'il a besoin de tierces personnes à côté de lui. » (L69-75)</p>	
<p>Est-ce que ces émotions ont facilité ou plutôt compliqué la gestion de cette</p>	<p>« En étant étudiante, j'avais du mal à gérer mon stress, et du coup, c'était compliqué. Et du coup, après, en étant infirmière, et puis d'avoir été... Parce</p>	<p>« On est dans quelque chose, on est dans l'action » (178) « Oui, mais on est dans l'action. Après, quand on le fait, il faut aussi réfléchir à</p>	<p>« Ici, en tout cas, je n'ai pas eu de complications en particulier. » (L100)</p>

<p>situation ? Pouvez-vous m'expliquez ?</p>	<p>qu'on est quand même doublé avant d'être lâchée aux soins intensifs, je n'ai pas pu être doublée beaucoup, mais ça s'est bien passé. Savoir que t'as tes collègues en haut aussi, s'il y a un problème, au moindre truc, elles te rejoignent. » (L109-113)</p> <p>« C'est du bon stress et que maintenant, il me sert mon stress. C'est positif » (l 115-116)</p>	<p>la manière dont elle va le faire et choisir les bons gestes. C'est une autre collègue qui, par exemple, n'arrive pas à piquer quelqu'un qui est en train de se collaber. On n'a pas de garrot. On va demander à une aide-soignante de serrer un peu le bras pour essayer de trouver une veine. On pallie la situation. On s'adapte à la situation pour donner un maximum de chance à la personne qui est dans le lit. » (L80-85)</p>	<p>« Pour l'autre dame, j'étais bien contente qu'elle parte une fois qu'elle ait recraché son bout de salade » (l 101-102)</p>
--	--	---	--

Questions			
La relation soignant-soigné / communication verbale et non verbale	Entretien n°1 Anomalie	Entretien n°2 Impérative	Entretien n°3 Alerte
Qu'est-ce que selon vous la relation soignant/ soigné	« Je pense que c'est une relation qui est primordiale, que tu crées avec ton patient, donc ça va permettre qu'il ait confiance en toi. Il ne pourra pas forcément s'exprimer, parce qu'en neuro, on a beaucoup de patients qui sont aphasiques ou mutiques, ou qui comprennent tout et qui ont une aphasie et du coup, qu'ils ne peuvent pas te répondre. Mais par contre, ils arrivent très bien à se faire comprendre. Donc, si on leur parle carrément avec des mots simples, qu'on leur dit de pas s'énerver, que ça va revenir, qu'ils vont avoir de	« Expliquer aux gens ce qu'on fait et pourquoi on le fait, les rassurer, être contenant avec ses mots. Il ne faut pas s'exprimer avec des mots qui peuvent en faire encore plus peur. Avoir un membre de l'équipe, des aides-soignants, ou un autre collègue de travail qui peut rassurer la personne qui est dans le lit pour pouvoir faire les gestes. » (L 89-92) « Une personne qui s'occupe de canaliser l'attention sur un patient qui ne va pas bien, qui s'étouffe, qui va s'agiter. Si on veut piquer, il faut que quelqu'un tienne la main pendant que	« Je suis la soignante, le patient, c'est le soigné. Ça dépend... Ta relation, elle est individuelle, en fait. Tu ne peux pas... Elle est propre à chacun, d'accord ? Avec des patients, tu vas avoir un feeling... » (1 121-123) « Voilà, mais à tous mes patients, j'essaie en tout cas d'être à l'écoute. De créer une relation entre guillemets au moment des soins. Ça peut être du nursing, un pansement, le passage au bloc. Mais voilà, ça reste toujours propre à chacun. » (L 127-129)

	<p>l'orthophoniste et tout, ça leur permet aussi, eux, de se mettre en confiance, de s'apaiser, parce que parfois, même il y a la famille qui ne comprend pas, qui leur en demande beaucoup, qui les font répéter, répéter. Et en fait, le patient, plus il va s'énerver, moins il va réussir, et ça les fait monter. Et je trouve, après, c'est un cercle vicieux. Donc, il faut arriver aussi à mettre en confiance le patient, mais à mettre en confiance aussi la famille, parce qu'il faut que ce triangle fonctionne » (120-130)</p> <p>« Si on arrive à déjà avoir la confiance avec son patient, c'est primordial. Et après, d'arriver à gérer la famille, de les apaiser, de leur faire comprendre que ça ne va peut-être pas revenir tout de suite, mais que ça va revenir, qu'il faut du temps, qu'il faut rester calme, qu'il</p>	<p>l'infirmière pose le cathéter. On travaille à plusieurs. C'est quelqu'un qui va chercher du matériel, qui t'aide au pied du lit, le médecin qui donne la prescription, toi qui réalises. C'est une organisation. Quelqu'un qui va chercher le chariot d'urgence. On ne fait pas tout tout seul. On délègue certaines choses. C'est un travail en commun. Dont l'objectif, le but, c'est de lever la personne de la situation. » (L 94-100)</p>	
--	---	---	--

	<p>ne faut pas s'énerver, du coup, ça aide aussi. Et puis le patient, du coup, il se calme, il se dit bon, okay, les soignants, ils gèrent aussi ma famille. » (L 132-136)</p> <p>« Mais la relation de confiance avec le patient, c'est essentiel » (L 159)</p>		
<p>Est-il possible de concilier relation soignant / soigné et soins d'urgence ?</p> <p>Comment quels moyens utilisez-vous</p> <p>Avez-vous un exemple ?</p>	<p>« En Soins d'urgence, pour mettre une confiance. Déjà, quand on descend, quand on nous amène le patient, je ne me jette pas sur mon chariot, et mes KT tu vois. Je vais le voir, je vérifie son nom avec lui, je lui demande si ça va, s'il répond, on discute un peu d'où il vient, de ce qu'il fait. Et en même temps, je peux préparer mes affaires, mais au moins, il voit que je lui parle. Et puis après, une fois qu'il y a le résultat de l'IRM, on lui explique, tu</p>	<p>« La communication non verbale, l'expression du regard, le visage stressé, les mains qui s'agrippent, l'agitation. Tous ces éléments cliniques font qu'on... C'est pour ça que c'est important d'avoir un soignant avec lequel le patient a un bon échange parce qu'il va pouvoir le rassurer. » (L 53-56)</p> <p>« On peut nommer les choses si c'est quelqu'un qui est dans le coma. On peut aussi parler à quelqu'un qui est dans le</p>	<p>« On dit que non normalement. En service, en tout cas, même si j'ai de l'affect pour un patient. Déjà, nos patients, ils ne restent pas longtemps. De base, quand même. Ce n'est pas comme un EHPAD où tu peux créer vraiment une relation... même Amicale Là, ce n'est pas le cas. C'est-à-dire qu'il y a des patients que j'apprécie peut-être plus que d'autres, et je ne pense pas que je vais être moins performante</p>

	<p>vois. Parce que quand il y a le médecin, il arrive, tu penses, on thrombolyse, mais on n'explique pas forcément au patient qu'il a un AVC, qu'on va lui faire un produit qui va déboucher, parce qu'on leur explique avec des mots simple. Parfois, on les thrombolyse, mais ils partent aussi à la thrombectomie, donc on leur explique, soit ils partent en ambulance, soit ils partent en hélico, si possible. Vous allez monter dans l'hélicoptère, vous allez arriver à Marseille, ils vont vous opérer, on va vous récupérer, ne vous inquiétez pas. Parce que si on les fout dans le lit, qu'on ne leur a rien expliqué, qu'ils n'ont pas vu leur famille, tu te dis, mon dieu, mais si on me fait ça, je monte dans l'hélico, je m'effondre. Donc du coup, c'est vrai</p>	<p>coma. De toute façon, il va ressentir des choses qui vont lui faire savoir qu'il n'est pas tout seul, qu'on s'occupe de lui, qu'on fait un maximum de choses pour lui. On va essayer de le sortir d'affaire. » (l 103-106)</p> <p>Moyen utiliser :</p> <p>« La Parole, le toucher, la réassurance avec des mots... parler aussi des proches » (l 108-109)</p> <p>« Ça peut être un élément qui facilite la prise en charge, pour rassurer le patient, pour être contenant avec le patient. Surtout quand ils ont des troubles cognitifs, il faut avoir un point d'ancrage pour pouvoir les canaliser, pour canaliser la personne, la rassurer. Ça, c'est important. Et quand on ne connaît pas la personne, intuitivement,</p>	<p>s'il arrive une complication. Je ne pense pas. Je sais que ce n'est pas conseillé, en tout cas. » (L 131-136)</p> <p>Moyen utiliser :</p> <p>« Je reste moi-même » (l 150)</p> <p>« C'est la communication. C'est ça. C'est rassurer le patient. Ton patient, il n'est pas là, en gros, pour se faire des amis ou des affinités. Il a besoin d'une personne compétente. Voilà. Et moi, je vais faire en sorte d'être compétente et de le rassurer, ça fait partie aussi de mon métier. » (L 152-155)</p>
--	--	---	---

	<p>que oui, il faut aller vite, mais il faut quand même penser que le patient, lui, il est tétanisé et il ne faut pas l'oublier. » (L 164-177)</p>	<p>il y a des choses, on va penser, suivant la personne qu'on a, ce qu'elle nous donne à voir et à ressentir. On va savoir s'adapter et trouver quelque chose pour canaliser l'attention et parfois aussi lui faire participer. » (L 112-117)</p>	
--	--	---	--

Annexe VI : Autorisation de diffusion



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 soussignée (Prénom, NOM) : Pauline Dillon

Promotion : 2022/2025

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 :

(Titre du TFE) En quoi l'infirmier est impacté par son stress dans la gestion d'une 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(e), 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 16/05/2025 Signature

La gestion du stress infirmier face à l'urgence : entre émotion et action

Résumer

Ce travail de fin d'étude aborde le rôle du stress de l'infirmier dans la gestion d'une situation d'urgence. Durant une situation vécue en stage, un questionnement est apparu concernant l'impact de ce stress sur la qualité des soins, la relation soignant-soigné. Pour répondre à cela, la question de départ est la suivante : « En quoi l'infirmier est-il impacté par son stress dans la gestion d'une urgence ? » Pour ce travail, différentes références sont exposées à l'aide de plusieurs auteurs et articles. Ces lectures m'ont permis de mettre en évidence l'importance de la régulation émotionnelle et ses effets sur l'efficacité des soins. Mais aussi, que le stress peut influencer la communication, les décisions et la relation avec le patient. L'enquête exploratoire, basée sur une méthode clinique, a été réalisée par trois entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers dans différents services. L'analyse a permis de mettre en évidence les pratiques réelles et les similitudes avec mes recherches ainsi que l'apparition de méthodes personnelles de gestion du stress. Pour chacune d'elles, la capacité de l'infirmier à reconnaître et à maîtriser ses émotions est essentielle pour assurer la qualité des soins, bien que cela puisse présenter certaines limites.

194 mots

Mots clés : Stress, Communication, Relation soignant-soigné, Urgence, Emotion

Managing Nurse Stress in Emergency Situations : Between Emotion and Action

Abstract

This end of course assignment addresses the role of stress in the nurse's management of an emergency situation. During a situation during my work placement, questions arose regarding the impact of this stress on the quality of care and the caregiver-patient relationship. To address this, the initial question is the following : « To what extent is the nurse impacted by their stress in the management of an emergency ? » For this work, various references are cited, drawing from multiple authors and articles. These readings underscored the importance of emotional regulation and its effects on the effectiveness of care. It also showed that stress can influence communication, decision-making, and the relationship with the patient. The exploratory investigation, based on a clinical method, was carried out by 3 semi-structured interviews with nurses in different departments. The analysis highlighted real practices, similarities with my research, and the emergence of personal methods for managing stress. For each of them, the nurse's ability to recognize and control their emotions is essential in ensuring the quality of care, even if there are some limitations.

179 words

Keywords : Stress, Communication, Relationship between Caregiver and Patient, Emergency, Emotion