

UTKU Niran
Promotion 2019 – 2022

**Le rôle de l'expérience dans la gestion du stress en situation
d'urgence vitale**

Mémoire de fin d'études en vue de valider les
UE 3.4. S6 Initiation à la démarche de recherche
UE 5.6. S6 Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
HÔPITAUX CIVILS DE COLMAR

Sommaire

Introduction

I. Émergence de la question de départ

1. Situations d'appel
2. Motivations et représentations
3. Questionnements issus des situations d'appel

II. Pôle théorique

1. L'IDE et l'urgence vitale
2. Le stress et les émotions

III. Question de recherche

IV. Devis de recherche

1. Intérêts de la recherche
2. Objectifs de la recherche
3. Hypothèses de recherche
4. Choix de l'outil de recherche
5. Lieu d'enquête
6. Choix de la population à interroger
7. Guide d'entretien
8. Facilités et difficultés rencontrées
9. Méthode envisagée pour l'analyse des résultats

V. Pôle analytique

1. Analyse descriptive
2. Analyse interprétative

VI. Synthèse

Conclusion

Bibliographie

Annexe I : Cycle de KOLB

Annexe II : Modèle d'acquisition des compétences, STUART et DREYFUS

Annexe III : Engagement éthique

Introduction

« Sans stress, nous perdons notre capacité d'adaptation au monde », Dr Éric Albert, psychiatre, fondateur de l'institut français de l'action sur le stress.

« N'oublions pas que les petites émotions sont les grands capitaines de nos vies et qu'à celles-ci nous obéissons sans le savoir », Vincent Van Gogh, Lettres à Théo, Gallimard 1988, p517.

Ce mémoire de fin d'études est le fruit de nombreux mois de réflexion sur une thématique qui suscite mon intérêt, et qui celle des émotions en situation d'urgence vitale. C'est un thème qui me tient particulièrement à cœur et que je souhaite approfondir durant toute ma carrière professionnelle. Ce travail écrit est donc le témoignage de mon cheminement et de l'aboutissement de ma réflexion.

Pour cela, je commencerai par exposer les situations m'ayant amené à ce thème, puis je déroulerai ma problématisation afin d'aboutir à ma question de recherche. Enfin, je procéderai à une enquête auprès de 4 IDE dans le but d'apporter une réponse à ma problématique.

I. Émergence de la question de départ

1. Situations d'appel

Situation n°1 :

J'ai effectué mon premier stage de semestre 5 en S.S.P.I. (Salle de surveillance post-interventionnelle) et j'ai été confrontée à une situation d'urgence vitale dès mon deuxième jour. J'avais un patient à charge ayant une soixantaine d'années qui venait de se faire opérer d'une prothèse totale du genou. Le patient était à ce moment-là extubé depuis 10 minutes, sous masque à haute oxygène avec 9L de dioxygène. Avant l'extubation le patient répondait à tous les critères d'extubation (réponses aux ordres simples, décurarisation, réflexe de déglutition et reprise de la respiration spontanée, température corporelle supérieure à 36°C). Il y avait beaucoup de bruit et de distractions dans la salle de réveil ce jour-là. Plusieurs scopes sonnaient dans la salle, il y avait les sorties de bloc opératoire au même moment, une des infirmières a eu peur et criait à cause du réveil brusque d'un jeune patient qui risquait de s'extuber tout seul ; puis de se léser les cordes vocales, la trachée et qui risquait de tomber du lit car une des barrières sur le côté ne tenait plus. Nous nous sommes toutes précipitées vers l'infirmière en détresse lorsque nous avons entendu ses cris afin de s'assurer de la sécurité de l'infirmière et du patient, et d'empêcher le patient de s'extuber tout seul ainsi que de tomber du lit. Après cela, nous nous sommes laissés distraire par cette histoire. Cependant, je continuai d'entendre les scopes sonner et lorsque je me suis rendu compte que celui de mon patient sonnait, j'ai vu que la saturation en dioxygène du patient était descendue à 48%, puis quelques millisecondes plus tard à 45% puis 42%. Dès ce moment-là, je me suis rendu compte de la gravité de la situation et j'ai tout de suite alertée une infirmière qui m'a demandée pourquoi je n'avais pas pris le BAVU¹ pour ventiler le patient. J'avais cependant essayé de réveiller le patient pour

¹ Ballon Autoremplisseur à Valve Unidirectionnelle

qu'il puisse respirer à nouveau en lui tapotant l'épaule et en lui disant de se réveiller, cependant j'étais beaucoup trop « douce » avec lui car il ne se réveillait pas. L'infirmière remarquant cela, est venue et a donné des grosses frappes au niveau des épaules et de la poitrine du patient et a crié fort « Monsieur réveillez-vous, il faut respirer maintenant » ce qui a permis au patient de se réveiller et de reprendre une respiration spontanée. Le patient étant sous les effets résiduels de l'anesthésie et des morphiniques reçus avait fait une détresse respiratoire due à la pause respiratoire qu'il a fait. Après que tout cela soit passé et que le patient était de nouveau en sécurité, j'ai commencé à me rendre compte de ce qu'il venait de se passer. J'étais restée presque figée face à cette urgence vitale, ne savant plus quoi faire. J'avais pourtant très bien compris que lorsqu'il y a un arrêt respiratoire, il faut s'assurer de libérer les voies aériennes supérieures grâce une Guédel et en mettant la tête en arrière, ainsi que de ventiler avec le BAVU et une source d'oxygène. Pourtant sur le moment, j'avais stressé, j'étais restée « bête » et je ne savais pas quoi faire à part alerter et tenter de réveiller le patient. C'était mon deuxième jour de stage et c'était la première fois que j'étais confrontée à une situation de ce genre, et je n'avais pas non plus vu des professionnels de proximité gérer une telle situation. C'était ma première situation d'urgence avec un « vrai » patient.

Mon mémoire prendra vie grâce à cette situation, qui m'a permis de me rendre compte de l'importance des émotions et du stress en situation d'urgence vitale.

Situation n°2 :

Lors de mon premier stage de semestre 6 en réanimation médicale, j'ai pu assister au téléphone rouge. Je faisais, ce jour-là, partie de l'équipe de l'après-midi. Le téléphone rouge sonna dans les environs de 18h00 afin que nous puissions intervenir dans un service d'oncologie dans le cadre d'une hypotension artérielle sévère et un état fébrile chez une patiente âgée de 83 ans. Étant mon premier téléphone rouge je me suis portée volontaire pour y assister et j'ai donc suivi le médecin réanimateur, l'interne et l'IDE de mon service. Nous avons pris le chariot de téléphone rouge avec tout le matériel nécessaire (défibrillateur et moniteur Zoll, respirateur portable, sac à dos d'urgence, BAVU et autres matériaux annexes). Nous nous sommes dépêchés à intervenir dans le service concerné, nous sommes passés par les sous-sols de l'hôpital

et nous avons pris l'ascenseur à plusieurs reprises. J'étais à ce moment-là plutôt satisfaite de pouvoir intervenir sur une situation d'urgence, en particulier sur un autre terrain que je ne connais pas. J'avais de l'appréhension car je ne savais pas à quoi m'attendre, mais il était clair pour moi que cette fois-ci j'allais agir sans me laisser distraire par mes émotions ou par la peur. C'est ce que je me suis dit durant le trajet jusqu'au service d'oncologie, car je me suis très vite rendu compte que cette situation était une opportunité pour moi d'agir comme un professionnel de santé compétant.

Une fois arrivée dans le service, le médecin et l'interne d'oncologie nous ont montré la direction et nous avons été surpris par ce que nous avons vu, puisque l'infirmier du service d'oncologie était en train d'effectuer un massage cardiaque externe (MCE) sur la patiente qui était allongée inerte sur son lit. Cette fraction de seconde de surprise nous a permis d'assimiler l'information sur la situation actuelle et nous avons commencé notre intervention sans plus tarder. J'ai poussé le chariot de téléphone rouge devant la chambre après avoir laissé le médecin, l'interne et l'IDE rentrer dans la chambre. L'IDE a pris le défibrillateur Zoll et la mise sur le lit du patient, j'ai pris de mon côté le respirateur afin de le brancher sur la prise d'oxygène mais le médecin m'a calmement dit que je pouvais le laisser car on n'en avait pas besoin dans l'immédiat. Lorsque je suis rentrée dans la chambre, j'ai inconsciemment et très rapidement analysé l'environnement, à côté de la porte à gauche se trouvait le chariot d'urgence du service avec le matériel d'intubation préparé, à droite il y avait le lit de la patiente avec l'infirmier qui réalisait le MCE genoux sur le lit à côté de la patiente qui avait la planche sous le dos. J'ai tout de suite compris que la priorité était de scoper la patiente, l'IDE venait à peine d'allumer le Zoll, j'ai donc sorti les deux patchs du défibrillateur que j'ai tendu à l'interne de réanimation et à ce moment-là je me suis souvenue que la veille un IDE de réanimation m'avait montré le fonctionnement du Zoll et qu'il m'avait appris quelque chose de très utile. Il y a un mode d'ECG (Électrocardiogramme) qui permet d'avoir le tracé ECG directement par l'intermédiaire des patchs de défibrillation, ceci permet de gagner du temps et de ne pas avoir à mettre les 3 pastilles d'ECG en plus des patchs du défibrillateur, il suffisait d'appuyer sur un bouton. L'IDE de réanimation termina de scoper la patiente et l'interne a pris le relais pour le MCE. Après deux minutes le défibrillateur a fait son analyse afin de déterminer si la patiente pouvait recevoir un choc, le choc était déconseillé, l'IDE d'oncologie a donc repris le relais pour masser la patiente. Toutes les deux minutes, ils se passaient le relais, pendant que le médecin essayait d'intuber.

Pendant ce temps, la chambre se remplissait, nous étions maintenant 9 personnes avec l'arrivée du médecin, de l'interne et de l'infirmière d'oncologie. Le médecin d'oncologie a fait remarquer que la voie veineuse périphérique (VVP) avait été arrachée par accident lorsqu'ils ont voulu mettre la planche sous la patiente. Avant notre arrivée l'infirmière d'oncologie avait essayé de repiquer la patiente mais n'avait pas réussi. L'IDE de réanimation commença à regarder afin de perfuser, cependant elle ne trouva pas d'abord veineux. Le médecin demanda qu'on lui injecte un gramme d'adrénaline en intramusculaire. Pendant ce temps, la réanimation cardiopulmonaire (RCP) continua. L'intubation a été difficile, mais nous avons pu après 10 minutes la brancher au respirateur. Pendant que j'étais en train de chercher un abord vasculaire pour la VVP, le médecin demanda qu'on injecte l'adrénaline directement dans la sonde d'intubation puisque les muqueuses pulmonaires ont une grande capacité d'absorption. Je n'ai malheureusement pas réussi à trouver de veine. Pendant ce temps, l'interne et l'IDE d'oncologie se passaient le relais pour masser. Le choc était toujours déconseillé. Nous avions conscience que le manque d'abord vasculaire était un très gros problème mais nous ne savions pas quoi faire. Le médecin décida de poser un cathéter central en fémoral (KTC), l'IDE lui prépara donc tout le matériel, cependant le médecin rencontrait des difficultés et n'a pas réussi à le poser. Pendant ce temps je me rendis compte que c'était une chambre double et qu'il y avait une autre patiente de l'autre côté du paravent. Je me suis demandé si je devais demander à la voisine si elle avait besoin de quelque chose et lui dire que nous sommes occupés pour le moment mais qu'on s'occupera d'elle plus tard, puis j'ai changé d'avis en me disant que ce n'était pas le moment malheureusement, mais je me suis mise à sa place et je savais que cela allait sûrement l'affecter émotionnellement puisqu'elle est également atteinte de cancer. J'ai donc préféré me focaliser sur la situation d'urgence. L'IDE de réanimation me proposa de prendre le relais et de masser la patiente, j'ai donc attendu l'analyse du défibrillateur et une fois qu'il nous indiqua que le choc était déconseillé, je suis montée sur le lit et j'ai commencé à masser. J'ai pu me rendre compte à quel point il était fatigant physiquement de masser une personne. Je regardais en même temps le tracé de l'ECG qui me permettait de voir la courbe et de savoir si je massais bien. Le médecin m'encouragea en me disant que c'était bien mais qu'il fallait que je ralentisse un petit peu car je massais à une fréquence de 126 battements par minute. Nous nous sommes donc passé le relais à plusieurs reprises et après une demi-heure de RCP, le médecin réanimateur conclut que tous les moyens avaient été mis en œuvre

et qu'il ne restait plus rien à entreprendre pour la patiente. Le médecin annonça la fin de la RCP à 18h36. A ce moment-là, nous avons descopé, extubé recouverte et avons mis la mentonnière à la patiente. Le médecin réanimateur est sorti de la chambre avec l'équipe d'oncologie afin de discuter de la situation et nous sommes restés avec l'interne et l'IDE de réanimation pour ranger la chambre et le chariot d'urgence. Nous avons été remerciés par l'équipe d'oncologie et nous sommes retourné dans notre service. Pendant que nous faisons le trajet du retour, le médecin nous transmis les informations complémentaires et son avis sur les circonstances de l'arrêt cardiorespiratoire (ACR). La patiente avait eu sa première cure de chimiothérapie cet après-midi afin de traiter ses métastases cérébrales, et aurait fait un choc anaphylactique. De retour dans le service, le médecin et l'interne m'ont proposé de venir les voir si jamais j'avais des questions et m'ont conseillé d'en parler avec l'équipe afin de me libérer émotionnellement si j'en éprouvait l'envie. Je suis très reconnaissante envers l'équipe qui ont su me mettre en confiance. L'IDE m'a validé le MCE et m'a félicité pour mon aide. Je lui ai dit que j'aurais voulu aider d'avantage mais elle m'a repris en me disant que j'avais tort de penser cela car mon attitude et mes actions étaient très adaptées à la situation : j'ai priorisé les actions, j'ai aidé lorsque je le pouvais et j'ai laissé les professionnels de santé plus compétents et ayant plus d'expérience que moi intervenir sans m'interférer tout en observant ce qu'il se passait dans la chambre afin d'apporter le maximum d'aide à l'équipe. Les heures qui ont suivi mon retour dans le service je réalisais à peine ce qu'il venait de se passer et c'est en rentrant chez moi que j'ai commencé à mener une réflexion sur ce qu'il s'était passé et sur mes réactions et actions dans cette situation d'urgence vitale. Je n'avais aucun regret et j'étais fière de moi car j'ai pu mettre mes émotions et le stress de côté ce qui m'a beaucoup aidé. Il y a une chose qui m'a beaucoup surprise, même si cela paraît être quelque chose d'assez banale, c'est que j'ai pu me souvenir du mode ECG sur patches du défibrillateur. Cela m'a surpris parce que je sais que lorsque je suis stressée il m'arrive d'oublier certaines choses, mais le fait que j'ai pu me souvenir de ce détail montre que j'étais moins stressée que lors de ma première situation d'appel. Je ne dirais pas que je n'étais pas stressée car ceci ne serait pas vrai, mais j'ai identifié cela comme du bon stress qui m'a permis d'avancer durant la prise en charge de l'urgence vitale. J'ai pu mettre en œuvre des actions pertinentes et j'estime avoir été efficace dans ma prise en charge. J'ai identifié l'expérience comme étant un facteur facilitateur dans cette prise en charge.

2. Motivations et représentations

Lors de ces trois années de formation nous sommes formés en tant que futurs professionnels aux gestes d'urgence grâce à l'UE 4.3 S4 (Unité d'Enseignement) intitulé « Soins d'urgence » et grâce à la validation de l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences). Lors des simulations de soins d'urgence du semestre 4, je me suis beaucoup remise en question sur ma future pratique professionnelle. Les mises en situation étaient très réalistes et m'ont permis de m'imaginer sur le terrain. J'ai pu me projeter et me laisser envahir par les différentes émotions que peut ressentir l'infirmier(ère) lors d'une telle situation, d'où l'intérêt que je porte à ce sujet.

3. Questionnements issus des situations d'appel

Plusieurs questions ont émergé de ces situations d'urgence vitale. La gestion du stress a-t-elle un impact sur la prise en charge d'une urgence vitale par l'IDE ? Pourquoi le stress apparaît-il lors d'une situation d'urgence vitale mettant en jeu le pronostic vital du patient ? Existe-t-il des moyens afin de mieux gérer son stress en situation d'urgence vitale ? L'expérience serait-elle un facteur facilitateur qui permettrait de diminuer le stress lors d'une situation d'urgence vitale ?

Au regard de ces questionnements, j'ai choisi de traiter la problématique suivante :
Face à une urgence vitale, comment l'infirmier(e) gère-t-il/elle ses émotions ?

II. Pôle théorique

1. L'IDE et l'urgence vitale

1) L'Infirmier Diplômé D'État

a) *La formation*

La formation se définit comme : « *Fait de développer les qualités, les facultés d'une personne, sur le plan physique, moral, intellectuel ou de lui faire acquérir un savoir dans un domaine particulier* »². La formation en soins infirmiers est régie par l'arrêté du 31 juillet 2009³, elle conduit à l'obtention du diplôme d'État d'infirmier et à l'obtention d'un grade licence par la validation de 180 ECTS⁴. La formation dure 3 ans, soit 6 semestres avec 2100 heures de théorie (cours magistraux, travaux dirigés, travaux pratiques) et 2100 heures de formation clinique (stages). Tout au long des trois ans de formation, les étudiants en soins infirmiers développent leur capacité de réflexion et d'analyse de leur pratique par le biais d'ASAR⁵ mais également grâce à la rédaction de leur MFE⁶. La formation clinique est essentielle puisqu'elle va permettre à l'étudiant d'acquérir les compétences nécessaires, d'analyser sa pratique et de se professionnaliser.

Les infirmiers ont reçu une formation aux soins d'urgences notamment par l'Unité d'Enseignement 4.3 « Soins d'urgence » (semestres 2 et 4) et sont détenteurs de

² Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de FORMATION. In *CNRTL* [en ligne]. 2012. [Consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < <https://www.cnrtl.fr/definition/FORMATION> >

³ Légifrance. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. In *Légifrance* [en ligne]. 01 janvier 2021. [Consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/> >

⁴ European Credits Transfer System

⁵ Analyse de Situations ou d'Activités Rencontrées

⁶ Mémoire de Fin d'Études

l'AFGSU⁷ niveau 2. Cependant, l'IDE⁸ se doit de se remettre à niveau tous les 4 ans par l'intermédiaire d'un stage puisque le recyclage de l'AFGSU se fait dans le cadre du dispositif de Développement Professionnel Continu créé par la Haute Autorité de Santé.⁹ La SFAR¹⁰ préconise également de réactualiser ses connaissances en soins d'urgence puisque « les travaux relatifs au maintien des compétences de réalisation de la RCP¹¹ montrent qu'il existe une nette diminution des performances avec le temps. En l'absence de pratique régulière, une formation continue est nécessaire »¹².

b) Les compétences

La compétence est la « *capacité que possède une personne de porter un jugement de valeur dans un domaine dont elle a une connaissance approfondie* »¹³. La compétence infirmière a également été définie comme étant « *l'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider et d'agir, afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin* ». ¹⁴

⁷ Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences

⁸ Infirmier Diplômé d'État

⁹ Association Nationale de Formation du personnel Hospitalier (ANFH). *AFGSU 2 : formation aux gestes et soins d'urgence*. [En ligne - PDF], [consulté le 12 décembre 2021], Disponible sur < www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/programme_afgsu_2_.pdf >

¹⁰ Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

¹¹ Réanimation Cardio Pulmonaire

¹² Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières : conférence d'experts*. [En ligne – PDF], 2004, [consulté le 12 décembre 2021], p.9. Disponible sur < www.sfnu.org/upload/consensus/ce_uvih_court.pdf >

¹³ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de COMPÉTENCE. In *CNRTL* [en ligne]. 2012. [Consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < <https://www.cnrtl.fr/definition/COMPETENCE> >

¹⁴ FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} édition. Lyon : Mallet Conseil, 2011. P.111.

Le référentiel de compétence infirmier¹⁵ (arrêté du 31 juillet 2009) comporte 10 compétences :

1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Celles-ci ont été mobilisées et acquises lors de la formation au travers des apports théoriques et de la formation clinique. La compétence 2 « Concevoir et conduire un projet de soins infirmier » comporte un critère d'évaluation très important : la pertinence des réactions en situation d'urgence. Les indicateurs à valider pour acquérir ce critère sont : le repérage de la situation d'urgence, la mise en place de mesures d'urgence appropriées et l'explication des mesures à mettre en œuvre dans les différentes situations d'urgence.

Patricia BENNER concède à 5 niveaux ou stades de compétences, précédemment introduit par STUART et DREYFUS : novice, débutant, compétent, performant et expert.¹⁶ Selon ce modèle¹⁷, la compétence infirmière se construirait à travers la formation et à travers l'expérience professionnelle, par laquelle GRASSER et ROSE affirment « *elles s'acquièrent à la fois par la formation et par l'apprentissage en*

¹⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 31 juillet 2009. [En ligne - PDF], 15 août 2009, [consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf >

¹⁶ BENNER Patricia. *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson, 1995. 264 p.

¹⁷ Annexe II : Modèle d'acquisition des compétences, STUART et DREYFUS

*situation de travail... L'expérience professionnelle, comme acquis de la personne, peut être considérée comme une composante de la compétence ».*¹⁸

c) L'expérience

Le concept d'expérience est abordé dans la philosophie depuis des siècles. PLATON l'avait décrit comme « *une voie d'accès aux réalités du monde sensible ne livrant pas une connaissance proprement dite mais une opinion* »¹⁹. C'est un peu plus tard, au 18^{ème} siècle qu'Emmanuel KANT affirma que « *l'ensemble du processus de synthèse grâce auquel le sujet (...) unifie les données sensibles, les transformant ensuite en objet possible pour la connaissance* »²⁰. Quant au sociologue DUBETH, il définit l'expérience comme étant « *une activité cognitive, une manière de construire le réel et surtout de le vérifier et de l'expérimenter. L'expérience est critique, elle exige une distance à soi, produit de la réflexion du sujet* ».²¹ Pour le père fondateur de l'apprentissage expérientiel DEWEY, « le principe de la continuité de l'expérience signifie que chaque expérience prend quelque chose dans ce qui est survenue avant et modifie ce qui viendra après. Ce qu'il a appris dans une situation devient un instrument de compréhension et d'échange efficace pour les autres situations qui suivront ».²²

¹⁸ GRASSER Benoit, ROSE José. *L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à la formation*. [En ligne]. Formation Emploi, 2000, volume 71. [Consulté le 12 février 2022], p.7. Disponible sur < http://www.persee.fr/doc/forem_0759-6340_2000_num_71_1_2372 >

¹⁹ COURTOIS B., PINEAU G.. *La formation expérientielle des adultes*. Edition La documentation française, 1991. p13.

²⁰ GODIN C.. *Dictionnaire de Philosophie*. Edition Fayard, 2004. p469.

²¹ ROPE Françoise, SCHLEMMER Bernard. *Introduction : Pratiques, expériences, savoirs : nouvelles définitions, nouvelles hiérarchisations*. [En ligne]. Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs. Mai 2007. [Consulté le 12 février 2022]. Disponible sur < <http://cres.revues.org/874> >

²² KOLB David. *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. 1984. Traduit par CHARTIER Samuel. L'apprentissage expérientiel : L'expérience comme source d'apprentissage et de développement. [En ligne - PDF], [consulté le 12 février 2022], 18 p. Disponible sur < http://bachattack.free.fr/DUERMG_Creteil_site_annexe/Autres_ressources_en_enseignement_de_la_medecine_generale_files/L'apprentissage%20expérientiel%C2%A0.pdf >

Cela suppose que l'expérience est un atout pour le professionnel à condition que celui-ci ait une posture réflexive car toute nouvelle expérience doit tenir compte des précédentes afin d'enrichir les suivantes. La notion de réflexion en rapport à une expérience vécue a été introduite également par KOLB où il suit l'idée de DEWEY impliquant que l'apprentissage est continu et accompagne les personnes tout au long de leur vie²³. C'est ainsi qu'il introduit en 1984 le cycle de KOLB²⁴ montrant les 4 phases de l'apprentissage : l'expérimentation concrète, l'observation réflexive, la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active. L'expérience est donc un facteur d'apprentissage dans la mesure où celle-ci suit ces quatre étapes. L'expérience peut donc être une source d'acquisition de connaissances, de compétence et de savoir-faire.

L'infirmier est confronté à de multiples expériences tout au long de sa carrière, et l'apprentissage se fait sur le terrain, d'où les 2100 heures de stages afin d'obtenir le Diplôme d'État d'Infirmier. C'est d'ailleurs ce que Hubert DREYFUS confirme dans son modèle d'acquisition des compétences²⁵ où elle met en évidence l'importance de l'expérience pour l'IDE.

2) L'urgence vitale

L'urgence vitale est une « *situation où le pronostic vital et/ou fonctionnel d'une personne est engagé, et à laquelle une réponse rapide et efficace doit être donnée, en attendant une intervention médicale afin de garantir le maximum de chance de survie de cette personne* »²⁶.

²³Université TÉLUQ. *Apprentissage expérientiel*. In *Wiki-TEDIA*. [En ligne]. 27 septembre 2021. [Consulté le 12 février 2022]. Disponible sur < https://wiki.teluq.ca/wikitedia/index.php/Apprentissage_expérientiel >

²⁴ Annexe I : Cycle de KOLB (1984)

²⁵ Annexe II : Modèle d'acquisition des compétences, STUART et DREYFUS

²⁶ BOISSART Marielle, DUGOT Michel, LOISEL Philippe, et al. *Soins d'urgence : unité d'enseignement 4.3*. Paris : Vuibert, 2013. p. 9

a) L'urgence vitale intra-hospitalière

L'urgence vitale doit être prise en charge rapidement et correctement. Si l'IDE est témoin de l'engagement du pronostic vital du patient, il/elle doit pouvoir agir rapidement et prodiguer les gestes de premiers secours grâce à ses compétences et sa formation en soins d'urgence. L'IDE se doit également d'alerter afin de solliciter tous les moyens nécessaires à la prise en charge de l'urgence vitale. Lorsque l'urgence a lieu dans un service autre que les urgences et la réanimation, une équipe médicale de réanimation peut être sollicitée via le téléphone rouge avec un numéro unique dédié, si l'établissement dispose d'un service de réanimation, afin de compléter et renforcer le personnel déjà présent sur place. Il est également possible de faire appel au SAMU²⁷ pour l'intervention du SMUR²⁸, cependant cela dépend de l'établissement de santé. Il est possible également qu'il y ait une équipe de CSIH²⁹ dans l'établissement, composée d'un médecin sénior et d'un infirmier. Cette équipe doit pouvoir intervenir 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avec le matériel d'intervention (sac d'urgence) complétée par la chariot d'urgence déjà présent dans le service où l'urgence a lieu.

b) La prise en charge IDE de l'urgence vitale

La prise en charge du patient par l'IDE en situation d'urgence vitale s'articule en trois étapes : le bilan clinique, les actes et la surveillance IDE.

Dès lors de la survenue de l'urgence vitale, L'IDE se doit d'effectuer un bilan clinique du patient afin de déceler la nature et la gravité de l'urgence. Il/elle utilisera pour cela une grille d'évaluation clinique prédéfinie selon la méthode XABCDE. Selon l'état clinique du patient, l'IDE pourra décider de passer certaines étapes ou non, par exemple dans le cas de l'arrêt cardiorespiratoire l'absence confirmée de pouls

²⁷ Service d'Aide Médicale Urgence

²⁸ Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

²⁹ Chaîne de Survie Intra Hospitalière

nécessitera le début immédiat de la réanimation cardiorespiratoire. Ces données seront transmises au médecin ou au SAMU.

Après l'examen clinique du patient, l'IDE est amenée à dispenser les actes relevant du rôle propre, ainsi que relevant du rôle sur prescription visant à assurer la sécurité du patient, bien souvent dans le cadre de protocoles prédéfinis. Il/elle peut également s'appuyer sur ces protocoles dans la mesure où le médecin est absent « *En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état* ». ³⁰

Puis l'IDE assure la surveillance du patient après avoir mis en œuvre tous les actes visant à prendre en charge l'urgence vitale.

2. Le stress et les émotions

1) Le stress

Selon l'OMS³¹ : « *Le stress apparaît chez une personne dont les ressources et stratégies de gestions personnelles sont dépassées par les exigences qui lui sont posées* ».

³⁰ Légifrance. *Article R.4311-14 du Code de la Santé Publique*. In Légifrance [en ligne]. 08 août 2004. [Consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913902/ >

³¹ Organisation Mondiale de la Santé

LAZARUS et FOLKMAN (1984) définissent le stress comme une « *transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être.* »³²

a) *Physiologie*

Le stress est le résultat de l'interaction du système hormonal et du système nerveux. L'hypothalamus, interface entre le système nerveux, le système endocrinien et le système immunitaire, est informé de tout impact brutal et déclenche la réponse au stress. Il y aura dans un premier temps un stimuli stressant (lors de la perception du danger), la mise en place du système de traitement (évaluation cognitive), puis une réponse au stress (réponse généralisée de l'organisme).

Il existe plusieurs types d'agents susceptibles de déclencher le stress : les agents physiques (chaleur, froid), les agents chimiques (toxines, bactéries, venins), les agents physiologiques (hémorragies) et les agents affectifs (émotion intense, chagrin).

Le syndrome d'adaptation générale (*General Adaptation Syndrome*) ou Stress est un modèle élaboré par Hans SELYE, endocrinologue fondateur et directeur de l'Institut de médecine et chirurgie expérimentale de l'Université de Montréal. Ce modèle étudie la réponse de l'organisme face au stress. Les recherches de SELYE sur les réactions des organismes animaux face aux agressions environnementales (émotions, intoxication, températures excessives) ont montré le fonctionnement des hormones corticosurrénales lors d'agressions de l'organisme. Celui-ci définit le stress comme « *l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un évènement donné* ». Selon SELYE, le stress est une réponse non spécifique du corps à toute demande. En effet, il existe une réponse spécifique à chaque situation dans la plupart des cas.

³² LAZARUS Richard et FOLKMAN Suzan. *Stress, Appraisal, and Coping*. 1984.

En 1956, SELYE publie « The Stress of Life », mettant en évidence sa théorie sur le mécanisme du syndrome d'adaptation qu'il définit comme l'ensemble des modifications qui permettent à un organisme de supporter les conséquences d'un traumatisme naturel ou opératoire. Il définit trois étapes de réponse au stress : la réponse d'alarme, la phase d'adaptation et la phase d'épuisement.

La première phase de réponse d'alarme est rapide mais de courte durée. C'est une réaction immédiate face au stress qui met en jeu le système nerveux par l'intermédiaire d'une réponse favorable à l'adaptation de l'organisme face au facteur stressant. Si la personne décide de fuir la situation stressante, le système immunitaire sera impliqué et jouera un rôle dans l'apparition de pathologies. Lorsque la personne combat ce stress, les trois stades d'évolution du Syndrome Général d'Adaptation a lieu. Le stimuli nerveux de danger sera perçu par l'hypothalamus, celui-ci déclenchera un influx nerveux vers la moelle épinière, qui sera transmis aux ganglions sympathiques (cœur, poumons, muscles, foie) ou à la médullosurrénale, qui enclenchera une libération d'adrénaline ou de noradrénaline, par l'intermédiaire des nerfs du système nerveux sympathique. La transmission de ce stimuli peut provoquer diverses réactions physiologiques comme l'augmentation de la glycémie par le foie, l'augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle ainsi que la dilatation des bronchioles, l'accélération du transport de l'oxygène aux cellules et l'augmentation de la vigilance. La seconde phase, c'est-à-dire la phase d'adaptation dure plus longtemps puisqu'elle met en jeu le système endocrinien.³³ Lorsque l'agression se prolonge, l'organisme va résister et compenser les dépenses énergétiques afin de faire face au stress. Enfin, pendant la phase d'épuisement, l'individu n'arrive plus à s'adapter à la situation et l'organisme « craque ».

b) Le coping

LAZARUS et FOLKMAN définissent le coping comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des*

³³ RUELLE Clémence. *L'origine de la notion de stress : le modèle de Hans Selye et le « syndrome général d'adaptation »*. In Éditions Tissot [en ligne]. 21 octobre 2015. [Consulté le 28 décembre 2021]. Disponible sur < <https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/l-origine-de-la-notion-de-stress-le-modele-de-hans-selye-et-le-syndrome-general-d-adaptation> >

*exigences spécifiques interne set/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ».*³⁴ Une stratégie de coping est efficace ou adéquate si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur le bien-être physique ou psychique. Chaque individu aura une stratégie propre à lui-même mais également à la situation stressante qui lui fait face. Le coping a deux fonctions principales : il modifie le problème à l'origine du stress et il régule les réponses émotionnelles associées à ce problème. On parle alors de deux types de coping : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Le coping centré sur le problème vise à résoudre le problème et affronter la situation, alors que le coping centré sur l'émotion vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation par différents procédés : minimisation de la menace, réévaluation positive, l'auto-accusation, l'évitement-fuite et la recherche de soutien émotionnel. « *Face à un évènement non contrôlable l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème* »³⁵.

Le coping peut être considéré comme un mécanisme de défense face à une situation de danger. Il peut être positif avec des comportements comme le décentrage (capacité à se mettre à la place d'autrui pour mieux comprendre ses motivations), le catharsis (exprimer ses émotions pour réduire les tensions et libérer le trop plein émotionnel), le recadrage (interpréter la situation sous un autre angle, en recherchant les aspects positifs), la réflexion (analyser la situation et rechercher les informations pour l'élaboration d'une solution), l'acceptation (si rien ne peut être fait, simplement l'accepter), le soutien social (demander de l'aide aux proches ou amis en cas de besoins), la spiritualité (s'en remettre à une force supérieure lorsque le problème est au-delà des capacités humaines) ou la proactivité (réaliser des actions pour anticiper la situation problématique). Cependant, le coping peut être négatif et comprend des comportements comme la dissociation avec une anesthésie émotionnelle, la rumination, la rationalisation du problème en question ou encore la fuite. On dit qu'une

³⁴ BRUCHON-SWEITZER Marilou. *Concept, Stress, Coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Université Victor Segalen Bordeaux 2 : décembre 2001. 68-83p. (Recherche en Soins Infirmiers ; n°67), p.70.

³⁵ BRUCHON-SWEITZER Marilou. *Concept, Stress, Coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Université Victor Segalen Bordeaux 2 : décembre 2001. 68-83p. (Recherche en Soins Infirmiers ; n°67), p.73.

stratégie de coping est efficace ou adéquate si « elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique ».

2) Les émotions

a) *Définition*

Le mot « émotion » est un mot issu de « motion » qui suppose une notion de mouvement, également issu de la racine latine « emovere » signifiant « mettre en mouvement ». L'émotion est « *un état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de signes physiologiques* »³⁶.

La peur, la joie, le dégoût, la tristesse, la colère et la surprise sont considérés comme les six émotions fondamentales. Selon LAZARUS, l'interprétation émotionnelle fait appel à deux types d'évaluation cognitive : l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire. L'évaluation primaire met en évidence le ressenti de l'émotion (positive ou négative selon l'individu), alors que l'évaluation secondaire prend en compte les ressources de l'individu afin mettre en place les émotions adéquates pour faire face à la situation. L'émotion apparaît donc par l'intermédiaire de facteurs situationnels (environnement) et de facteurs dispositionnels de l'individu (croyances, personnalité).

b) *La surprise*

L'état de surprise désigne « *l'émotion que l'on peut ressentir lorsque l'on vit quelque chose d'inattendu* »³⁷. C'est la plus courte des émotions. Elle est associée à une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et une

³⁶ CLAUDON Philippe, WEBER Margot. L'émotion : Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction. *DEVENIR*, janvier 2009, vol.21, p61-99

³⁷ Institut Pi|Psy. *La surprise*. In *Institut Pi|Psy*. [En ligne]. 9 septembre 2019. [Consulté le 13 février 2022]. Disponible sur < <https://pi-psy.org/encyclopedie/la-surprise/> >

vasoconstriction. C'est l'émotion qui fait sursauter, qui surprend et qui permet de s'adapter aux situations. Lors d'une situation d'urgence vitale la surprise peut laisser place à la peur.

c) La peur

La peur est un « état affectif plus ou moins durable, pouvant débiter par un choc émotif, fait d'appréhension (pouvant aller jusqu'à l'angoisse) et de trouble (pouvant se manifester physiquement par la pâleur, le tremblement, la paralysie, une activité désordonnée notamment), qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire »³⁸. Selon NUNGE et MORTERA, la peur est nécessaire à notre survie, puisque « la peur est une bonne chose, car elle nous permet de prendre conscience d'un danger et d'adapter notre comportement en conséquence pour pouvoir nous protéger »³⁹.

d) La gestion des émotions

La gestion des émotions est un procédé qui diffère selon les individus. En effet, chaque personne a sa propre manière de gérer ses émotions.

Gérer signifie « administrer, prendre en charge »⁴⁰ ses émotions. Celles-ci vont être régulées de manière contrôlée (conscient) ou de manière automatique (inconscient). Il existe 4 procédés de régulation émotionnelle qui vise à :

1. Atténuer certaines émotions : anxiété, tristesse, peur

³⁸ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de PEUR. In *CNRTL* [en ligne]. 2012. [Consulté le 13 février 2022]. Disponible sur < <https://www.cnrtl.fr/definition/PEUR> >

³⁹ NUNGE Olivier, MORTERA Simone. *Gérer ses émotions : des réactions indispensables*. p.21

⁴⁰ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de GÉRER. In *CNRTL* [en ligne]. 2012. [Consulté le 14 février 2022]. Disponible sur < <https://www.cnrtl.fr/definition/gérer> >

2. Maintenir ou augmenter l'émotion plaisante
3. Augmenter les émotions déplaisantes : augmenter le niveau d'anxiété et le maintenir
4. Atténuer ou supprimer les émotions déplaisantes⁴¹

La prise de décision dépend de notre circuit émotionnel et de notre rapport au risque : *« nous ressentons et agissons, la prise de décision est un acte subjectif, et notre émotion choisit ce qu'elle connaît »*.³⁸

Afin d'atténuer ou de supprimer les émotions déplaisantes, il est important de se consacrer des temps de parole ou « débriefing » dans le but de verbaliser ses émotions et son ressenti après l'urgence vitale. Ce moment d'échange joue un rôle important puisque l'IDE n'agit pas machinalement, il/elle a la capacité de mener une réflexion et est dans une dynamique d'évolution constante. Ce moment de parole avec ses collègues lui permettra d'adapter sa prochaine prise en charge d'urgence vitale. De plus, revenir sur la situation permet de mieux comprendre notre prise en charge, de repérer les obstacles ainsi que les éléments facilitateurs, et de réfléchir sur les axes d'amélioration.

⁴¹ MIKOLAJCZAK Moira, DESSEILLES Martin. *Traité de régulation des émotions*. Carrefour des psychothérapies, édition De Boeck. 2021. P.23-26.

III. Question de recherche

Après avoir réalisé diverses recherches autour de mon thème qui est : « Face à une urgence vitale, de quelle manière l'infirmier(e) gère-t-il/elle ses émotions ? » et après avoir développé cela dans mon pôle théorique j'ai pu définir certaines notions qui serait intéressant de rechercher et traiter. La notion qui semble intéressante à étudier est celle de l'expérience, que j'ai pu repérer dans différentes parties de mon pôle théorique.

J'en ai donc extrait ma question de recherche qui est la suivante :

En quoi l'expérience permet-elle, à l'IDE du service des urgences, de ne pas se laisser impacter par le stress lors d'une situation d'urgence vitale ?

IV. Devis de recherche

1. Intérêts de la recherche

J'éprouve un intérêt important pour cette recherche, car chaque soignant sera confronté à une situation d'urgence ou même à une situation d'urgence vitale lors de sa carrière. La prise en charge de l'urgence vitale ou des états de choc par des professionnels de santé compétents a toujours été pour moi une source de fascination. En effet, on associe toujours l'urgence vitale à la rapidité et à l'efficacité de la prise en charge, mais est-ce vraiment les seuls critères à prendre en compte ?

2. Objectifs de la recherche

Je cherche à déterminer les différents facteurs intervenants lors de la prise en charge de l'urgence vitale, afin de mieux comprendre les émotions et le stress ressenti par les IDE lors des prises en charge de celles-ci. Je recherche également à mettre en évidence les outils ou facteurs permettant à l'IDE de mieux prendre en charge l'urgence vitale. De plus, cette recherche me sera également très bénéfique dans le processus de compréhension de mes réactions en situation d'urgence vitale.

3. Hypothèses de recherche

Voici quelques hypothèses que j'ai conçue à la suite de mon pôle théorique et suite à mon expérience personnelle et professionnelle, notamment lors de mes différents stages :

- Le stress est un des facteurs qui impacte le plus l'IDE lors de la prise en charge de l'urgence vitale.
- Il faut de l'expérience afin de prendre en charge une urgence vitale le plus efficacement possible.
- L'IDE peut améliorer ses pratiques en situation d'urgence vitale en prenant une posture réflexive.

4. Choix de l'outil de recherche

L'entretien avec les IDE a été enregistré sur mon téléphone portable avec leur accord. L'anonymat est garanti durant tout l'entretien, la retranscription des résultats et l'analyse. J'ai effectué la retranscription sur mon ordinateur grâce aux enregistrements audio. Cette enquête est qualitative. On peut distinguer 4 critères de scientificité liés à la recherche qualitative : la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité. Quant à l'entretien il est semi-directif car ce type d'entretien permet à l'interrogé d'avoir une liberté tout en restant dans un cadre relativement strict. Le but est de recueillir les informations les plus complètes possible sur un sujet et des thèmes précis.

L'outil utilisé lors des entretiens est le guide d'entretien comportant des questions ouvertes avec des questions de relance pour favoriser la mise en mots. Ce guide d'entretien est primordial pour l'enquête puisqu'il a permis de cadrer l'entretien en rapport avec les objectifs recherchés.

5. Lieu d'enquête

Le lieu d'enquête est le Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.), lieu où j'ai déjà effectué un stage et dont je connais les locaux et l'organisation. C'est un service composé de 3 secteurs différents : la médecine, la traumatologie et l'unité d'hospitalisation de courte durée. La population prise en charge est de tout âge à partir de 18 ans. Le service est ouvert aux admissions 24h/24 et 7j/7.

Les entretiens ont eu lieu dans la salle d'accueil des familles, une pièce avec des fauteuils et dont on peut fermer la porte afin d'être au calme. J'ai fait mes deux premiers entretiens le matin lorsque le service était calme et ne trouvant pas le profil d'IDE que je voulais, j'y suis retournée le même jour l'après-midi après le changement d'équipe. Étant donné que l'équipe du SAU est une très grande équipe (65 IDE), je n'ai pas affiché de feuille d'inscription à l'entretien. J'ai appelé l'IDE référente des étudiants pour savoir si je pouvais passer ce jour-là et elle m'a donné son accord. Je me suis donc présentée dans les locaux et j'ai demandé aux différents professionnels de santé s'ils pouvaient participer à mon entretien. Je me suis donc présentée, j'ai

également brièvement présenté la raison de ma présence et j'ai demandé aux IDE s'ils/elles étaient d'accord pour répondre à mon enquête.

6. Choix de la population à interroger

Afin de mener à bien mon enquête, j'ai demandé à m'entretenir avec 4 IDE du S.A.U. selon les critères suivants :

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
IDE A	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience professionnelle de moins de 2 ans • Ayant pris en charge au moins une urgence vitale 	<ul style="list-style-type: none"> • L'IDE ne fait pas partie du SMUR • L'IDE n'est pas ISP (Infirmier Sapeur-Pompier)
IDE B	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience professionnelle de moins de 2 ans • Ayant pris en charge au moins une urgence vitale 	<ul style="list-style-type: none"> • L'IDE ne fait pas partie du SMUR • L'IDE n'est pas ISP (Infirmier Sapeur-Pompier)
IDE C	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience professionnelle de plus de 5 ans au service d'accueil des Urgences ou IDE faisant partie de l'équipe du SMUR ou ISP 	
IDE D	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience professionnelle de plus de 5 ans au service d'accueil des Urgences ou IDE faisant partie de l'équipe du SMUR ou ISP 	

Afin de conserver l'anonymat des soignants, je les nomme IDE A, IDE B, IDE C et IDE D.

7. Guide d'entretien

Questions	Objectifs
<p>Question d'accroche : Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?</p> <p><i>Questions de relance : Depuis combien d'années exercez-vous ? Dans quels services avez-vous travaillé ? Faites-vous du SMUR ou êtes-vous ISP ?</i></p>	<p>Connaître le parcours professionnel des IDE, notamment le nombre d'années d'exercice.</p> <p>Afin de déterminer si l'IDE exerce au SMUR ou en tant qu'ISP.</p>
Thème 1 : L'urgence vitale	
<p>Question 1 : Selon vous, quel est le rôle de l'IDE en situation d'urgence vitale ?</p> <p><i>Questions de relance : Qu'entendez-vous par situation d'urgence vitale ? Avez-vous des exemples de vos propres expériences ?</i></p>	<p>Identifier les notions qu'a l'IDE de l'urgence vitale</p>
Thème 2 : Le stress	
<p>Question 2 : Avez-vous déjà été confronté à une situation d'urgence vitale qui vous a stressé et/ou qui vous a marqué ?</p> <p><i>Questions de relance : Quelle est selon vous l'influence du stress lors d'une situation d'urgence vitale ? Quels sont les facteurs qui influencent votre stress en situation d'urgence vitale ?</i></p>	<p>Identifier si les IDE ont été confronté au stress lors d'une situation d'urgence vitale.</p> <p>Identification du stress, de ses effets et de ses conséquences.</p> <p>Identifier le type d'urgence vitale, son organisation, les facilités et les difficultés rencontrées par l'IDE lors de sa prise en charge.</p> <p>Identifier les facteurs facilitateurs et les difficultés</p>

<p>Question 3 : Quels ont été les facteurs facilitateurs lors de votre prise en charge de cette urgence vitale ?</p> <p>Question 4 : Quels ont été les difficultés rencontrées lors de votre prise en charge de cette urgence vitale ?</p>	rencontrées lors de la situation afin de déterminer si ces facteurs étaient source de stress pour l'IDE.
Thème 3 : Les émotions et leur gestion	
<p>Question 5 : Comment vous êtes-vous senti après cette situation d'urgence vitale ?</p> <p>Question 6 : Qu'avez-vous fait après cette situation d'urgence vitale ?</p>	<p>Identifier les émotions ressenties par l'IDE après la situation d'urgence vitale.</p> <p>Identifier les ressources que l'IDE utilise</p>
Thème 4 : L'expérience professionnelle	
Question 7 : En quoi votre expérience vous a-t-elle aidé lors de la prise en charge de la situation d'urgence ?	Identifier l'importance la formation/expérience face aux situations d'urgence vitale.
Thème 5 : L'amélioration des pratiques de l'IDE	
<p>Question 8 : Selon vous, qu'est-ce qui permet à l'IDE d'améliorer ses pratiques en soins d'urgence ?</p> <p><i>Questions de relance : Pensez-vous qu'il est possible d'améliorer ses pratiques en soins d'urgence ? Si oui, par quels procédés ?</i></p>	<p>Identifier par quels procédés l'IDE cherche à améliorer ses pratiques</p> <p>Identifier si l'IDE a une posture réflexive</p>

8. Facilités et difficultés rencontrées

Les facilités rencontrées pour la réalisation de mes entretiens a été tout d'abord ma connaissance du personnel de santé, ma connaissance des locaux et de l'organisation du service, puisque j'avais effectué un stage de 5 semaines au sein du service. J'ai également choisi de faire mes entretiens le matin car je savais que le flux de patients au service des urgences était moins important à ce moment-là. J'ai constaté que le flux était moindre ce jour-là par rapport à d'habitude. L'après-midi était calme et cela m'a beaucoup aidé à trouver des IDE qui voulaient bien répondre à mon enquête.

Cependant, j'ai également été confrontée à quelques facteurs perturbateurs lors de mes entretiens. J'ai eu du mal à suivre ma trame d'entretien et je n'ai pas pu m'empêcher de reformuler les questions. En effet, j'ai pu constater que certains IDE avaient du mal à répondre à mes questions, j'ai dû alors improviser des questions de relance afin qu'ils comprennent mieux et qu'ils puissent trouver des éléments de réponse. J'ai également eu du mal à les vouvoyer. À certains moments, je suis passée du vouvoiement au tutoiement car c'était des IDE avec qui j'avais beaucoup travaillé et avec qui j'avais créé une relation amicale et professionnelle. Mes difficultés rencontrées ont donc été au niveau des questions. En outre, j'ai trouvé les entretiens enrichissants puisqu'ils ont confirmé certains propos évoqués dans le pôle théorique, et ont également apportés des notions non abordées dans celui-ci.

9. Méthode envisagée pour l'analyse des résultats

Pour l'analyse des résultats de mes entretiens, je vais dans un premier temps réaliser une analyse descriptive, qui consistera à mettre en évidence les réponses des IDE et à regrouper les notions similaires. Puis dans un second temps, j'effectuerai une analyse interprétative que je mettrai en lien ces différentes notions avec le cadre théorique.

V. Pôle analytique

1. Analyse descriptive

Pour l'analyse descriptive je vais présenter les réponses des 4 IDE interrogés, en reformulant leurs idées objectivement afin que l'analyse ne soit pas longue et répétitive. Je vais analyser les données par thèmes, car je trouve cela plus pertinent pour mon analyse.

1) Profil des IDE interrogés

Les 4 IDE interrogés ont été divisé en deux groupes : le groupe d'IDE ayant moins de 2 ans d'expérience professionnelle et ayant pris en charge au moins une urgence vitale, représenté par les IDE A et IDE B ; et le groupe d'IDE ayant une expérience professionnelle de plus de 5 ans au sein du S.A.U. et faisant partie du SMUR, représenté par les IDE C et IDE D.

L'IDE A a le moins d'ancienneté dans le service contrairement à l'IDE D qui en a le plus

Nous avons commencé l'entretien par la question d'accroche : « Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ? ». L'objectif était de connaître le parcours professionnel des IDE, notamment le nombre d'années d'exercice.

Suite à cette question, j'ai remarqué que le service des urgences était le premier poste IDE pour tous les IDE sauf l'IDE A qui avait travaillé 3 mois en hémodialyse avant d'intégrer les urgences.

L'IDE A a donc intégré le service des urgences après ses 3 mois de remplacement en hémodialyse et cela fait maintenant un peu moins d'un an et demi qu'elle travaille aux urgences.

L'IDE B a intégré les urgences tout de suite après être diplômée et cela fait depuis août 2021 qu'elle travaille aux urgences soit 7 mois.

L'IDE C a intégré les urgences suite à son diplôme de 2015, soit il y a 7 ans et cela fait 3 ans qu'elle travaille au SMUR.

L'IDE D a intégré les urgences en sortie d'école il y a 16 ans et il travaille au SMUR également depuis de nombreuses années.

2) L'urgence vitale

La question en rapport au thème de l'urgence vitale était : « Selon vous, quel est le rôle de l'IDE en situation d'urgence vitale ? ». Le but était d'identifier les notions qu'a l'IDE de l'urgence vitale. Cette question a également été utile pour poser le contexte et démarrer l'entretien.

Les notions de rapidité, d'administration des médicaments et de raisonnement clinique sont ressortis le plus souvent.

L'IDE A a très bien détaillé les actions à mener en situation d'urgence vitale. Selon elle, il faut tout d'abord surveiller, donc scoper, prendre les paramètres, régler les alarmes, puis poser une voie veineuse périphérique puis faire la prise de sang et la gazométrie artérielle. Ensuite, il faut, selon elle, administrer les médicaments, essayer d'avoir un raisonnement clinique et assister le médecin. Il faut également une IDE référente qui coordonnera les actions, et il est important d'adapter les actions selon l'état de santé du patient. L'IDE B quant à elle, estime qu'il faut rester calme, rapide et efficace durant la situation d'urgence, afin de pouvoir gérer la situation et d'avoir les bonnes pratiques. L'IDE C, qui est plus expérimentée que les deux premières, dit qu'il faut bien connaître son rôle. Il faut donc tout d'abord alerter le médecin lorsque le patient se dégrade, il faut donc « *être attentif, réflexif et réagir vite* ». Il faut savoir ce qu'il faut faire et bien connaître ses protocoles, les médicaments et les différentes pathologies auxquelles nous pouvons être confrontés.

3) Le stress

Il y avait plusieurs questions en rapport avec le stress. La première était : « Avez-vous déjà été confronté à une situation d'urgence vitale qui vous a stressé et/ou marqué ? ». L'objectif de cette question était d'identifier si les IDE avaient été confronté

au stress durant une situation d'urgence vitale et la description de celle-ci. J'ai également demandé aux IDE s'ils avaient identifié des facteurs facilitateurs et des difficultés lors de leur prise en charge de l'urgence vitale, par l'intermédiaire de ces questions : « Quels ont été les facteurs facilitateurs lors de votre prise en charge de cette urgence vitale ? » et « Quels ont été les difficultés rencontrées lors de votre prise en charge de cette urgence vitale ? ».

L'IDE A nous rapporte qu'elle a vécu une situation stressante du point de vue de la dégradation rapide de l'état de santé de son patient. Celui-ci était BPCO⁴² et a dû être intubé car son état se dégradait, cependant selon l'IDE A ceci a conduit à des troubles comme une bradycardie et une chute tensionnelle jusqu'à environ 50 mmHg de pression artérielle systolique. Des catécholamines ont été introduites comme la noradrénaline, et la collègue qui aidait l'IDE A ce jour-là a eu le réflexe de préparer de l'adrénaline. Elle a également identifié d'autres sources de stress, comme le besoin de rapidité dans la prise en charge et le stress émergent des médecins. Selon l'IDE A les facteurs facilitateurs étaient : l'aide de sa collègue ayant plus d'expérience qu'elle qui lui a permis de lui « *enlever du stress* » et de « *se reposer sur elle* » et les médecins qui arrivaient à gérer plus ou moins leur stress comparé à d'autres moments et qui se montraient aidants. Cependant, elle a identifié plusieurs difficultés, comme : sa personnalité de nature stressée, son manque d'expérience en situation d'urgence vitale, son manque de connaissances au niveau des médicaments de l'urgence, ainsi que « *des petites choses qui vont pas à droite à gauche* ». Les limites sont également le besoin d'être rapide dans ces situations là car « *on a pas le temps de réfléchir* », puis le « *contexte psychologique* » qu'il faut savoir mettre de côté.

L'IDE B raconte qu'elle a été confrontée à une situation d'urgence marquante où il fallait rapidement intuber le patient, et cela été stressant pour elle car elle commençait tout juste à aller dans les salles de déchoc et à être responsable de ces patients-là. Cependant, elle souligne le fait qu'il y a toujours des collègues qui viennent aider, ce qui est un facteur facilitateur. Elle a également pu préparer le matériel d'intubation dans les temps, elle connaissait ses protocoles et le médecin l'a également, et elle trouve que cela a facilité cette prise en charge. Mais il y a également eu des difficultés

⁴² Bronchopneumopathie chronique obstructive

lors de cette prise en charge. Tout d'abord, le stress était présent, il faut « *être sûr de soi* » dans ces situations-là. Elle a également remarqué qu'elle essayait de tout faire et cela l'a mis en difficulté. Il y a également les prescriptions médicales du médecin à l'oral qu'elle a identifié comme source de difficultés, car il ne faut pas se tromper.

Passons maintenant aux IDE expérimentés. L'IDE C raconte avoir vécu une situation qui l'a marqué lorsqu'elle était IOA⁴³ à l'accueil des urgences. Un patient s'était présenté aux urgences et il s'était écroulé dans la salle d'accueil. L'IDE C a intervenu et le patient était en arrêt cardiorespiratoire. Elle a donc alerté ses collègues en criant « *au secours chariot d'urgence* », puis ils ont mis le patient dans la salle d'examen à côté, hors du public. Les facteurs facilitateurs ont été qu'il n'y a pas eu de perte de temps car les collègues étaient à côté et les médecins étaient présents sur place également, puis la proximité des locaux et du matériel a facilité la prise en charge. Cependant, ce qui a le plus mis en difficulté l'IDE C a été la présence du public, donc des patients en salle d'attente. Elle était stressée car ils ont assisté à la scène, et elle indique également que souvent lorsqu'il y a des interventions de ce type en public, il y a des personnes du public qui filment l'intervention avec leur téléphone. Elle identifie donc le comportement du public comme difficulté pour la prise en charge. Ils ont également intervenu dans la salle d'examen donc c'est une petite pièce et cela a été difficile aussi avec le manque d'espace. Il y a également le stress des familles, car ce patient était venu avec sa conjointe qui a dû assister à la scène.

L'IDE D a identifié une situation qui l'a marqué, où lors d'un transfert en SMUR sa patiente avait décompensée en cours de route. C'était une jeune patiente de 18 ans greffée du cœur, et donc si elle venait à se dégrader voire à mourir, il n'y aurait pas eu grand-chose à faire. Il n'y a pas eu de facteurs facilitateurs identifiés par l'IDE D lors de cette prise en charge, mais plusieurs difficultés. Il y avait tout d'abord la situation géographique car ils étaient loin de la destination et de plus, il y avait une mauvaise circulation sur l'autoroute. L'ouverture de route devait être fait par les services de l'ordre, mais ils s'étaient trompés de véhicule médicalisé.

⁴³ Infirmier(e) d'Orientation et d'Accueil

4) Les émotions et leur gestion

Il y avait deux questions en rapport avec les émotions et leur gestion. La première était : « Comment vous êtes-vous senti après cette situation d'urgence vitale ? ». La seconde était : « Qu'avez-vous fait après cette situation d'urgence vitale ? ». Le but de ces questions était d'identifier les émotions ressenties par les IDE lors de la situation d'urgence vitale et d'identifier les ressources que l'IDE utilise.

L'IDE A s'est sentie « *dépassée* » par la situation d'urgence qu'elle a vécue. Elle a donc peu de temps après fait le point avec sa collègue qui l'avait aidé et qui avait plus d'expérience qu'elle en urgences vitales. Elle a pu s'exprimer sur son ressenti et sur les difficultés qu'elle a rencontrées. Elle a également fait le point avec les médecins, afin d'avoir « *un retour médical et paramédical* ». Cela lui a permis de cibler les points à retravailler et de ne pas faire les mêmes erreurs. Elle a donc débriefé après la situation.

L'IDE B s'est sentie plutôt bien après la situation d'urgence, car l'intubation s'était bien passée. Elle a demandé l'avis de ses collègues après la situation.

L'IDE C, quant à elle, explique qu'il y a « *un petit moment de battement où tout le monde respire un coup, reprend son souffle* ». Après la situation, elle dit qu'il faut se recentrer et continuer son travail. Après ces situations, chacun retourne à son poste puisque ce sont des choses qui arrivent assez souvent.

L'IDE D quant à lui, indique qu'après une intervention en SMUR « *il n'y a pas vraiment de réel temps de pause ou de débriefing* ».

5) L'expérience professionnelle

Pour traiter le thème de l'expérience professionnelle, j'ai posé la question suivante : « En quoi votre expérience vous a-t-il aidé lors de la prise en charge de la situation d'urgence ? ». Le but de cette question était d'identifier l'importance de la formation et de l'expérience face aux situations d'urgence vitale.

L'IDE A indique qu'elle n'a pas beaucoup d'expérience en situation d'urgence, mais que de « *faire le point après* » l'a aidé, qu'elle a trouvé cela bénéfique et qu'elle est « *beaucoup plus attentive sur ces points-là* ». Selon son point de vue, « *c'est en faisant des erreurs qu'on apprend et qu'on essaie de ne pas les reproduire* ».

L'IDE B ajoute qu'elle n'a pas beaucoup d'expérience professionnelle également, mais qu'elle a effectué des stages durant sa formation, notamment deux stages au sein des urgences, un stage en réanimation et un stage au bloc opératoire, qu'elle a identifié comme formateur en soins d'urgence. Grâce à ces stages, elle cite « *j'avais déjà vu comment ça fonctionnait, ... les protocoles qui existaient* ».

Pour l'IDE C ce n'était pas la première fois. Selon elle, la première chose à faire en arrivant est de scoper le patient, lui mettre une voie veineuse périphérique et commencer l'administration de l'adrénaline. C'est méthodique car on sait à quoi s'attendre selon les pathologies rencontrées.

L'expérience professionnelle est indéniable selon l'IDE D. Grâce à l'expérience on devient « *plus sereins* » et on se crée moins de « *problématiques* ». Il ajoute l'aspect psychologique de l'urgence vitale, où certains professionnels peuvent le vivre mal et que cela peut engendrer des « *micro-traumas* », mais qu'il est possible de décompresser grâce au sport ou grâce à la communication.

6) L'amélioration des pratiques de l'IDE

Le dernier thème abordé est celui de l'amélioration des pratiques, dont la question associée était : « *Selon vous, qu'est-ce qui permet à l'IDE d'améliorer ses pratiques en soins d'urgence ?* ». Le traitement de ce thème avait pour objectif d'identifier si les IDE interrogés ont identifié des procédés pour améliorer leur pratique professionnelle, dont la posture réflexive.

L'IDE A insiste sur le fait de pratiquer, afin d'être confronté aux situations dans le but de savoir quoi faire lorsqu'une situation similaire a lieu. Il faut pratiquer les différents médicaments d'urgence, faire les liens et prendre du recul. Il faut savoir « *se détacher un petit peu* » afin d'anticiper les actions en situation d'urgence, et c'est le fait de pratiquer qui permet d'améliorer les prises en charge d'urgence vitale selon elle.

Il faut toujours être dans la recherche et le questionnement selon l'IDE B. Il faut mettre régulièrement ses connaissances à jour et se questionner en demandant aux collègues les plus expérimentés ou aux médecins. Cela implique qu'il faut également suivre l'actualité car les recommandations peuvent changer, comme par exemple les protocoles d'intubation orotrachéale lors de la pandémie de COVID-19.

L'IDE C indique également l'importance de la connaissance des protocoles et de la mise à jour de nos connaissances, « *le savoir est une arme* » dit-elle. Il faut également savoir gérer son stress. Faire des formations peut aider à être plus à l'aise, car on appréhende alors moins et on est préparés. Il faut également avoir un regard critique sur soi-même et s'autoévaluer.

Pour finir l'IDE D indique également l'importance de la formation continue et qu'il ne faut pas être dans l'exécution simple des prescriptions médicales, le but étant d'analyse, de comprendre et de mettre à jour ses connaissances. Il insiste sur le fait qu'il faut chercher par soi-même ou à travers les collègues et que si on a des doutes il ne faut pas hésiter à demander aux collègues ou aux médecins afin de mieux comprendre les actions que l'on entreprend lors de la prise en charge de l'urgence vitale. Il termine l'entretien en disant que « *il y a des analyses à faire, donc oui, la réflexion* ».

2. Analyse interprétative

L'analyse interprétative permettra de mettre en lien les données recueillies lors des entretiens et le pôle théorique. L'analyse se fera sous forme de thèmes.

Le profil des IDE interrogés correspond bien à mes attentes, car j'ai pu avoir un groupe de deux IDE peu expérimentés ayant moins de deux ans d'expérience et un groupe de deux IDE expérimentés ayant plus de cinq ans d'expérience et faisant partie de l'équipe du SMUR. Dans l'ensemble, les réponses des entretiens corrélaient avec mon pôle théorique, mais il y a quelques notions que les IDE interrogés n'ont pas évoqué au cours de l'entretien, ainsi que des notions qu'ils ont apportés à ma recherche et que je n'avais pas évoqué dans mon pôle théorique.

1) L'urgence vitale

J'ai pu avoir une définition ou des exemples plus ou moins complets de ce qu'est l'urgence vitale de la part des IDE. Trois IDE sur quatre ont pu répondre à la question comme je l'attendais. Comme cité précédemment dans le pôle théorique, l'urgence vitale est une « *situation où le pronostic vital et/ou fonctionnel d'une personne est engagé, et à laquelle une réponse rapide et efficace doit être donnée, en attendant une intervention médicale afin de garantir le maximum de chance de survie de cette personne* ». La plupart des IDE ne m'ont pas donné de définition, mais elles m'ont expliqué le rôle de l'IDE situation d'urgence vitale, en mettant en avant la notion de rapidité, d'administration des médicaments et de raisonnement clinique que l'on retrouve dans le pôle théorique. Cependant, l'IDE D avait défini l'urgence vitale comme « tout ce qui peut mener une dégradation rapide et peut conduire à la mort du patient » qui correspond bien à la définition de l'urgence vitale. Ceci montre que l'IDE interrogé le plus expérimenté, préfère donner une définition générale plutôt que de citer un exemple particulier. Dans la sous-partie du pôle théorique intitulée « 1. 2) b) *La prise en charge IDE de l'urgence vitale* » on remarque que la prise en charge du patient en situation d'urgence vitale s'articule en trois étapes : le bilan clinique, les actes et la surveillance IDE. Les IDE interrogés ont bien mis en évidence ces trois étapes, comme l'IDE C qui avait pu faire le bilan de la situation et avait pu constater

que le patient était en arrêt cardiorespiratoire et alerter. Les IDE ont également parlé des actes effectués en situation d'urgence comme le fait de scoper, poser une voie une veineuse périphérique, faire une gazométrie artérielle, administrer les médicaments grâce aux protocoles et assister le médecin. Aucun des IDE ne m'ont parlé de la grille XABCDE qui pourtant utilisée au SMUR. La plupart m'ont dit qu'il est primordial d'agir rapidement tout en ayant un raisonnement clinique en situation d'urgence vitale.

2) Le stress

Trois IDE sur quatre interrogés ont identifié qu'ils étaient stressés durant la situation d'urgence. Certains ont identifié que ce stress venait de la situation, comme la dégradation de l'état de santé du patient. D'autres, ont identifié que le stress des collègues médecins pouvait également avoir un impact sur leur stress et d'autres s'identifie comme étant de nature stressée donc plus soumis à être stressé que les autres. Cependant, la présence de collègues qui gèrent la situation, comme par exemple la collègue IDE qui est venue aider l'IDE A a permis à celle-ci d'être moins stressée, ainsi que les médecins qui gèrent la situation, ont facilité la gestion du stress de l'IDE A. Celle-ci avait identifié son manque d'expérience comme source de stress. L'IDE B a également identifié son manque d'expérience comme source de stress. Aucun des IDE interrogé n'a parlé du coping, terme défini par LAZARUS et FOLMAN. Cependant, l'IDE B y était confronté car elle essayait de tout faire au lieu de prendre un peu de recul sur la situation, ceci est une forme de coping négatif. En effet, comme expliqué dans le pôle théorique, une stratégie de coping est efficace si « *elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique* ». L'IDE C, qui est plus expérimenté que les IDE A et IDE B, était stressée mais ce n'était pas par rapport à sa prise en charge du patient mais par rapport au regard du public qui avait assisté à la scène. Puisque l'IDE C est plus expérimenté, elle n'a pas stressé lorsqu'elle prenant en charge le patient. Ce n'est pas la première fois qu'elle est confrontée à ce genre de situation et elle a les connaissances et les aptitudes nécessaires en soins d'urgence. C'est pour cela qu'elle va un peu plus loin dans sa prise en charge, et prend en compte l'environnement et le service des urgences. Le public fait partie de l'environnement des urgences puisqu'il y a presque tout le temps des patients en salle d'attente. L'IDE C était donc sûrement dans une

optique de « damage control », puisqu'elle était sûrement stressée par les conséquences qui pouvaient survenir après que le public ai assisté à cette scène. Le terme de « damage control » signifie « limiter les dégâts ». C'est une doctrine qui consiste à traiter un patient dans un état de santé gravement dégradé en prodiguant les soins les plus primordiaux, afin d'assurer la survie de la victime. Ce terme peut également s'appliquer pour la prise en charge psychologique des témoins de la situation, car assister à l'écroulement au sol et à l'arrêt cardiaque d'une personne peut être traumatique pour certains n'ayant jamais assisté à ce genre d'urgence. Quant à l'IDE D, celui-ci n'a pas identifié la situation de stressante, mais de marquante, puisqu'il y avait beaucoup de circulation sur la route lors du transfert et que la patiente était très instable cliniquement. Le stress était donc présent dans la majorité des situations.

3) Les émotions et leur gestion

Lorsque j'ai demandé le ressenti des IDE et ce qu'ils ont fait après la situation, ils m'ont tous parlé de l'importance du débriefing. Ils n'ont pas tous employé ce terme, certains parlent de faire le point, de discuter avec les collègues et d'autres parlent de réflexion. L'IDE A s'est sentie dépassé par la situation, mais a pu en discuter après la situation afin de gérer ses émotions. L'IDE B quant à elle, m'a dit qu'elle s'était sentie bien après la situation, j'en conclus qu'elle était soulagée car elle avait des collègues sur qui compter. L'IDE C et l'IDE D m'ont dit qu'ils étaient retournés à leur poste après la situation, sans débriefing. La préparation et la maîtrise du matériel et des protocoles constituent un facteur pouvant influencer les émotions, tout comme le stress. J'ai pu remarquer que la préparation par le biais de la formation continue aux soins d'urgence, la présence de collègues expérimentés, la proximité du matériel et des locaux représentent un facteur favorisant la gestion des émotions de l'IDE en situation d'urgence vitale.

La notion d'entraide et d'équipe revient très souvent lors des entretiens, notamment pour les IDE moins expérimentés en situations d'urgence, même si ce terme ne fait pas partie de mon pôle théorique il est important de le souligner. L'équipe apparaît comme un facteur déterminant dans l'efficacité de la prise en charge de l'urgence vitale. La collaboration est en effet primordiale dans l'urgence, que ce soit avec les IDE, les médecins ou tout autre professionnel de santé.

4) L'expérience

Les IDE interrogés ont tous cité l'expérience professionnelle comme facteur indéniable dans la prise en charge d'une situation d'urgence vitale. En effet, on peut remarquer qu'il y a une corrélation entre l'ancienneté dans le service et l'expérience professionnelle car les IDE les plus expérimentés sont les plus anciens du service. On remarque à travers les IDE interrogés, que l'infirmier des urgences acquiert au fil des expériences une capacité à prioriser et à organiser sa prise en charge ce qui lui permet de mieux gérer son stress, voire de ne pas être stressé. C'est le cas pour l'IDE A qui gère moins son stress comparé à l'IDE B qui est aussi peu expérimentée, mais qui elle, avait effectué plusieurs stages dans le service et qui connaissait ses protocoles. La plupart des IDE interrogés ont exprimé l'importance de l'équipe dans les soins d'urgence, car l'IDE expérimentée vient aider l'IDE novice dans ces situations-là. C'est cette même personne qui va coordonner les actions, anticiper et qui va améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient. Cette collaboration est très importante puisqu'elle permet à l'IDE novice de se sentir en sécurité et en confiance. Cela permettra également à celui-ci/celle-ci d'être moins stressé. De plus, les IDE interrogés ont tous exprimé l'importance de la réflexion en soins d'urgence et l'importance d'avoir un retour des médecins et des collègues expérimentés.

5) L'amélioration des pratiques de l'IDE

Suite aux entretiens, j'ai pu identifier les différents procédés permettant à l'IDE des urgences d'être plus compétente. La première est de pratiquer, c'est-à-dire d'être confronté à ce genre de situation afin d'améliorer sa prise en charge. C'est en étant confronté aux différentes pathologies que l'on saura la prendre en charge. Il faut également mettre à jour ses connaissances, et ceci à travers des formations, que l'on nomme également : formation continue. C'est d'ailleurs pour cela que l'IDE se doit de se remettre à niveau tous les 4 ans pour l'AFGSU niveau 2. De plus, les formations aident à être plus sûr de soi et d'être par conséquent moins stressé. Il faut analyser sa pratique, donc mener une réflexion, car il faut comprendre pourquoi on commet des

erreurs ou comprendre pourquoi la prise en charge n'est pas efficace. Chaque geste ou action mis en œuvre doivent être réfléchis ou compris. Un regard extérieur peut être bénéfique pour se rendre compte de ces erreurs-là, d'où l'importance du débriefing. Dans le pôle théorique, nous avons vu que l'IDE n'agit pas machinalement et qu'il/elle est capable de mener une réflexion, ce qui avait été affirmé par l'IDE D lors de l'entretien. C'est donc à travers un processus de transformation que l'expérience s'acquiert, que l'on peut également retrouver à travers le cycle de KOLB⁴⁴ évoqué dans le pôle théorique. Ce cycle se déroule en 4 étapes, dont la première est celle de l'action ou de la pratique. La seconde est celle de l'analyse et de l'observation de la situation. La troisième est celle de la conceptualisation et de la modélisation, où il s'agit de faire les liens entre la situation vécue et les connaissances et doit permettre de repérer les choses à changer pour de prochaines situations similaires. La dernière est celle d'appliquer et de transférer ce qu'on a conceptualisé pour les prochaines situations.

⁴⁴ Annexe I : Cycle de KOLB (1984)

VI. Synthèse

Pour conclure mon analyse, je vais essayer de répondre à ma question de recherche qui est la suivante :

« En quoi l'expérience permet-elle, à l'IDE du service des urgences, de ne pas se laisser impacter par le stress lors d'une situation d'urgence vitale ? ».

Dans mon devis de recherche, j'avais formulé plusieurs hypothèses :

- Le stress est un des facteurs qui impacte le plus l'IDE lors de la prise en charge de l'urgence vitale.
- Il faut de l'expérience afin de prendre en charge une urgence vitale le plus efficacement possible.
- L'IDE peut améliorer ses pratiques en situation d'urgence vitale en prenant une posture réflexive.

Au vu de l'ensemble de l'analyse des données et après confrontation avec mon pôle théorique, il m'est possible d'apporter des éléments de réponse aux hypothèses que j'avais formulé.

La première hypothèse était que « le stress est un des facteurs qui impacte le plus l'IDE lors de la prise en charge de l'urgence vitale ». En effet, le stress est le résultat de différents facteurs rencontrés lors de la situation d'urgence. Cela peut-être le manque de connaissances (théorie, protocoles), l'environnement où se passe la situation d'urgence (en public, en dehors de locaux hospitaliers) ou le manque de pratique et par conséquent le manque d'expérience. L'équipe peut-être une conséquence positive ou négative à ce stress, car l'entraide des collègues peut permettre à l'IDE de diminuer son stress, cependant voir une collègue expérimentée ou un médecin stressé peut mener également à la contagion de ce stress pour l'IDE.

La seconde est hypothèse est celle-ci : « il faut de l'expérience afin de prendre en charge une urgence vitale le plus efficacement possible ». L'expérience peut en effet faciliter la prise en charge de l'urgence vitale ainsi qu'apporter des connaissances supplémentaires. Au cours de notre formation à l'IFSI et lors de l'AFGSU, nous avons pu acquérir les connaissances nécessaires aux gestes d'urgence, cependant cela ne veut

pas dire que l'on maîtrise ou que l'on est expert en soins d'urgence. De plus, l'évolution constante des sciences et de la médecine, la réactualisation des protocoles et l'apparition de nouvelles pathologies comme la COVID-19 impose une réactualisation fréquente de nos savoirs. Il est donc primordial de réactualiser ses connaissances en s'appuyant sur ses expériences. Cependant, l'expérience ne doit pas mener à une banalisation et à une routine des gestes d'urgence et ne doit pas nous empêcher de mener une réflexion ou de débriefer. Il faut constamment se former afin de se remettre à jour et l'expérience ne doit en aucun cas être un frein à la formation et l'évolution de nos pratiques professionnelles. Il faut donc ces critères là pour que l'expérience soit considérée comme un atout.

La troisième hypothèse : « l'IDE peut améliorer ses pratiques en situation d'urgence vitale en prenant une posture réflexive » est donc validée car il faut en effet prendre du recul, débriefer et se former régulièrement afin d'améliorer ses pratiques en soins d'urgence.

Conclusion

Ce mémoire de fin d'études m'aura permis d'acquérir un esprit de recherche et d'analyse, ainsi que de démystifier l'urgence vitale. Ce travail m'a permis de sortir des représentations que j'avais concernant les soins d'urgence. J'ai compris que la gestion d'une situation d'urgence nécessite non pas seulement des connaissances et de l'expérience, mais également une remise en question de sa pratique et cela tout au long de sa carrière. C'est cette capacité de réflexion qui permettra à l'IDE d'être moins stressée en situation d'urgence.

Enfin, ce mémoire de fin d'études m'a permis de confirmer deux éléments que j'envisageais déjà pour ma future prise de poste. Tout d'abord, mon souhait de me spécialiser au service des urgences ou en réanimation, car ce sont des services qui regroupent : l'alliance entre les soins techniques et les soins relationnels ; l'attention portée aux soins d'urgence et à la formation continue ; puis l'articulation entre le travail en autonomie et le travail d'équipe.

J'aimerais également me former davantage afin de devenir un professionnel de santé compétent, et pour cela j'utiliserai la pratique réflexive.

Pour une éventuelle suite à ce mémoire de fin d'études, il serait intéressant de se questionner sur la problématique suivante :

En quoi l'utilisation de la pratique réflexive par l'IDE permet-elle d'améliorer ses pratiques en soins d'urgence ?

Bibliographie

Ouvrages :

BENNER Patricia. *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson, 1995. 264 p.

BOISSART Marielle, DUGOT Michel, LOISEL Philippe, et al. *Soins d'urgence : unité d'enseignement 4.3*. Paris : Vuibert, 2013. 320 p.

COURTOIS B., PINEAU G.. *La formation expérientielle des adultes*. Edition La documentation française, 1991. 348 p.

FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} édition. Lyon : Mallet Conseil, 2011. 328 p.

GODIN C.. *Dictionnaire de Philosophie*. Edition Fayard, 2004. 1536 p.

LAZARUS Richard et FOLKMAN Suzan. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, 1984. 356 p.

MIKOLAJCZAK Moira, DESSEILLES Martin. *Traité de régulation des émotions*. Carrefour des psychothérapies, édition De Boeck. 2021. 327 p.

NUNGE Olivier, MORTERA Simone. *Gérer ses émotions : des réactions indispensables*. 95 p.

Articles de revue :

BRUCHON-SWEITZER Marilou. *Concept, Stress, Coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Université Victor Segalen Bordeaux 2 : décembre 2001. 68-83p. (Recherche en Soins Infirmiers ; n°67), p.70.

CLAUDON Philippe, WEBER Margot. *L'émotion : Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction*. *DEVENIR*, janvier 2009, vol.21, p61-99

GRASSER Benoit, ROSE José. *L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à la formation*. [En ligne]. Formation Emploi, 2000, volume 71. [Consulté le 12 février 2022], p.7. Disponible sur : <http://www.persee.fr/doc/forem_0759-6340_2000_num_71_1_2372>

ROPE Françoise, SCHLEMMER Bernard. *Introduction : Pratiques, expériences, savoirs : nouvelles définitions, nouvelles hiérarchisations*. [En ligne]. Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs. Mai 2007. [Consulté le 12 février 2022]. Disponible sur : <<http://cres.revues.org/874>>

Pages internet :

Association Nationale de Formation du personnel Hospitalier (ANFH). *AFGSU 2 : formation aux gestes et soins d'urgence*. [En ligne - PDF], [consulté le 12 décembre 2021], Disponible sur : < www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/programme_afgsu_2_.pdf >

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de COMPÉTENCE. In *CNRTL* [en ligne]. 2012. [Consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < <https://www.cnrtl.fr/definition/COMPETENCE> >

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de FORMATION. In *CNRTL* [en ligne]. 2012. [Consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < <https://www.cnrtl.fr/definition/FORMATION> >

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de GÉRER. In *CNRTL* [en ligne]. 2012. [Consulté le 14 février 2022]. Disponible sur < <https://www.cnrtl.fr/definition/gérer> >

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de PEUR. In *CNRTL* [en ligne]. 2012. [Consulté le 13 février 2022]. Disponible sur < <https://www.cnrtl.fr/definition/PEUR> >

KOLB David. *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. 1984. Traduit par CHARTIER Samuel. L'apprentissage expérientiel : L'expérience comme source d'apprentissage et de développement. [En ligne - PDF], [consulté le 12 février 2022], 18 p. Disponible sur < http://bachattack.free.fr/DUERMIG_Creteil_site_annexe/Autres_ressources_en_enseignement_de_la_medecine_generale_files/L'apprentissage%20expérientiel%C2%A0.pdf >

Institut Pi|Psy. *La surprise*. In *Institut Pi|Psy*. [En ligne]. 9 septembre 2019. [Consulté le 13 février 2022]. Disponible sur < <https://pi-psy.org/encyclopedie/la-surprise/> >

Légifrance. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. In *Légifrance* [en ligne]. 01 janvier 2021. [Consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/> >

Légifrance. *Article R.4311-14 du Code de la Santé Publique*. In *Légifrance* [en ligne]. 08 août 2004. [Consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913902/ >

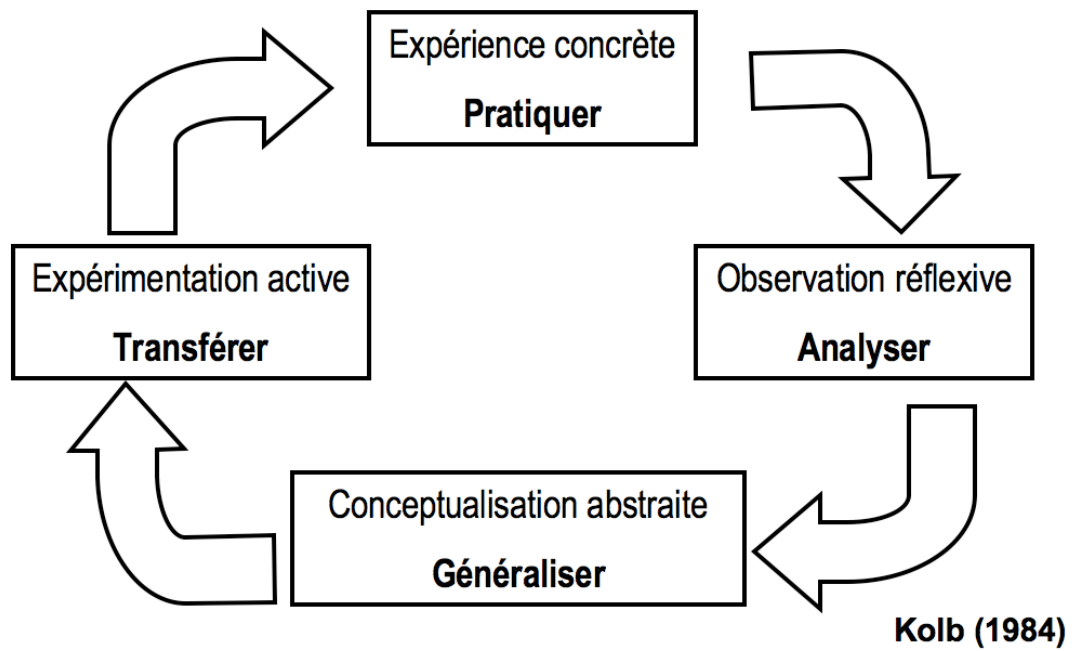
Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 31 juillet 2009. [En ligne - PDF], 15 août 2009, [consulté le 23 novembre 2021]. Disponible sur < https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf >

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières : conférence d'experts*. [En ligne – PDF], 2004, [consulté le 12 décembre 2021], p.9. Disponible sur < www.sfm.org/upload/consensus/ce_uvih_court.pdf >

Université TÉLUQ. *Apprentissage expérientiel*. In *Wiki-TEDIA*. [En ligne]. 27 septembre 2021. [Consulté le 12 février 2022]. Disponible sur < https://wiki.teluq.ca/wikitedia/index.php/Apprentissage_expérientiel >

RUELLE Clémence. *L'origine de la notion de stress : le modèle de Hans Selye et le « syndrome général d'adaptation »*. In Éditions Tissot [en ligne]. 21 octobre 2015. [Consulté le 28 décembre 2021]. Disponible sur : < <https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/l-origine-de-la-notion-de-stress-le-modele-de-hans-selye-et-le-syndrome-general-d-adaptation.html> >

Annexe I : Cycle de KOLB



Annexe II : Modèle d'acquisition des compétences, STUART et DREYFUS

Phase 1	Débutant	Il suit les règles apprises sans (pouvoir) tenir compte du contexte.
Phase 2	Débutant avancé	Il va de l'avant de manière plus flexible par rapport aux règles apprises : il développe des règles de situation pour compléter les règles apprises (libres de tout contexte).
Phase 3	Intervenant compétent	Il met des priorités et détermine à partir de là quelles règles libres de contexte et quelles règles de situation il doit appliquer dans une situation spécifique.
Phase 4	Intervenant capable = maître	Il perçoit intuitivement la situation dans sa globalité et pense ensuite de manière analytique à ce qu'il doit faire ; il a assez d'expérience pour pouvoir indiquer les priorités et prend des décisions sur base de facteurs de situation.
Phase 5	Expert	Il n'agit plus sur base de règles, mais intuitivement sans qu'il doive constamment réfléchir sur le déroulement des activités.

Annexe III : Engagement éthique

Je soussignée Niran UTKU auteur du travail intitulé : « L'expérience : le chemin vers la compétence en situation d'urgence vitale », certifie que ce mémoire est un travail personnel, original, et que toutes les sources utilisées ont été citées dans leur totalité.

J'atteste que ce travail n'emprunte pas tout ou partie de l'œuvre d'autrui, ni en contrefaçons ni en plagiat.

Tout travail plagié totalement ou en partie sera sanctionné par la note « zéro » à l'UE 3.4 S6 et/ou la partie écrite de l'UE 5.6 S6 selon l'étendue du plagiat.

Colmar, le lundi 4 avril 2022.

Niran UTKU



Table des matières

Introduction	3
I. Émergence de la question de départ	4
1. Situations d'appel.....	4
2. Motivations et représentations	9
3. Questionnements issus des situations d'appel.....	9
II. Pôle théorique.....	10
1. L'IDE et l'urgence vitale	10
1) L'Infirmier Diplômé D'État.....	10
a) La formation.....	10
b) Les compétences	11
c) L'expérience.....	13
2) L'urgence vitale	14
a) L'urgence vitale intra-hospitalière	15
b) La prise en charge IDE de l'urgence vitale.....	15
2. Le stress et les émotions.....	16
1) Le stress.....	16
a) Physiologie.....	17
b) Le coping.....	18
2) Les émotions	20
a) Définition	20
b) La surprise.....	20
c) La peur	21
d) La gestion des émotions.....	21
III. Question de recherche	23
IV. Devis de recherche	24
1. Intérêts de la recherche.....	24
2. Objectifs de la recherche	24
3. Hypothèses de recherche.....	24
4. Choix de l'outil de recherche	25
5. Lieu d'enquête.....	25
6. Choix de la population à interroger.....	26
7. Guide d'entretien.....	27
8. Facilités et difficultés rencontrées	29

9. Méthode envisagée pour l'analyse des résultats	29
V. Pôle analytique	30
1. Analyse descriptive	30
1) Profil des IDE interrogés.....	30
2) L'urgence vitale	31
3) Le stress.....	31
4) Les émotions et leur gestion.....	34
5) L'expérience professionnelle	34
6) L'amélioration des pratiques de l'IDE	35
2. Analyse interprétative	37
1) L'urgence vitale	37
2) Le stress.....	38
3) Les émotions et leur gestion.....	39
4) L'expérience.....	40
5) L'amélioration des pratiques de l'IDE	40
VI. Synthèse	42
Conclusion.....	44
Bibliographie.....	45
Annexe I : Cycle de KOLB.....	48
Annexe II : Modèle d'acquisition des compétences, STUART et DREYFUS.....	49
Annexe III : Engagement éthique	50

Résumé

En tant qu'infirmier, nous serons vraisemblablement tous confrontés à au moins une situation d'urgence vitale. Dans ces situations-là, il est attendu que l'on soit des professionnels de santé compétents et que l'on prenne en charge l'urgence vitale le plus efficacement possible, en mettant le stress et les émotions de côté. Durant ma formation clinique, j'ai également pu être confronté à ce genre de situation.

J'ai donc voulu en savoir plus à ce sujet et j'ai constitué mon pôle théorique autour de deux grands thèmes : l'IDE et l'urgence vitale, ainsi que le stress et les émotions. Lors de mes situations d'appel et lors de mes recherches, j'ai identifié l'expérience comme un facteur influençant la prise en charge de l'urgence vitale et du stress. C'est pour cette raison que j'ai décidé d'approfondir mes recherches et d'enquêter sur celle-ci. J'ai donc mené mes entretiens au service des urgences avec deux infirmiers n'ayant pas beaucoup d'expérience professionnelle et deux infirmiers qui, au contraire, avait une expérience professionnelle significative. J'ai pu confronter mes résultats d'enquête avec mon pôle théorique et l'analyse qui en est sortie démontre que l'expérience n'est pas le seul facteur à prendre en compte dans la gestion de l'urgence vitale.

La réalisation de ce mémoire de fin d'études a donc été l'occasion pour moi de me questionner sur la prise en charge de l'urgence vitale, et ceci dans le but de devenir une infirmière compétente.

Mots-clés : compétence – expérience - urgence vitale – infirmier - stress