

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Croix-Rouge française

460 rue Jurien de la Gravière - 29200 BREST

# **L'urgence vitale, source de stress !**

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Sciences Infirmières  
pour la validation des UE 3.4, 5.6, 6.2 S6

Session juin 2020

ROBERT Angéline

Promotion 2017-2020

Directeur de mémoire : LE COZ Jacques

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

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

Le 01/05/2020,

ROBERT Angéline

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'R' followed by a flourish that extends to the right and loops back down.



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Croix-Rouge française

460 rue Jurien de la Gravière - 29200 BREST

# **L'urgence vitale, source de stress !**

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Sciences Infirmières  
pour la validation des UE 3.4, 5.6, 6.2 S6

Session juin 2020

ROBERT Angéline

Promotion 2017-2020

Directeur de mémoire : LE COZ Jacques

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire Monsieur LE COZ, pour ses conseils, sa disponibilité ainsi que pour son aide à la réalisation de ce travail de fin d'études. Aussi, il me tient à cœur de remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI de la Croix-Rouge Française de Brest pour sa bienveillance, son soutien ainsi que ses encouragements au cours de ces trois années de formation.

Je voudrais également remercier BILY Gwenola, notre documentaliste, pour son aide précieuse, ses conseils ainsi que son investissement auprès de ma promotion depuis notre rentrée à l'IFSI.

Et enfin, merci aux quatre infirmiers qui se sont rendus disponible pour répondre à mon guide d'entretien, en dépit de la crise sanitaire actuelle.

## **NOTE A L'ATTENTION DES LECTEURS**

Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI de la Croix-Rouge française de Brest et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI.

# SOMMAIRE

Introduction .....	1
I – Emergence de la problématique	
I. 1 – Situation d’appel .....	2-3
I. 2 – Questionnement .....	4-5
I. 3 – Choix d’une question de départ .....	6
II – Cadre théorique et conceptuel	
II. 1 – Stress et émotions .....	7
II. 1. 1 – Les facteurs influençant le stress en situation d’urgence .....	7
II. 1. 1. 1 – Le contexte .....	7-8
II. 1. 1. 2 – Les émotions .....	8
a) La surprise .....	8
b) La peur .....	9
II. 1. 2 – Le stress .....	9
II. 1. 2. 1 – Définition .....	9
II. 1. 2. 2 – Physiologie du stress .....	9-10
II. 1. 2. 3 – Coping .....	10
II. 1. 3 – Généralités sur les émotions .....	11-12
II. 2 – La formation .....	12
II. 2. 1 – Définition .....	12
II. 2. 2 – La formation infirmière .....	12
II. 2. 3 – La compétence .....	12-13
II. 2. 4 – L’expérience .....	13
II. 3 – La relation soignant – soigné .....	13
II. 3. 1 – La relation .....	14
II. 3. 1. 1 – La relation d’aide .....	14-15
II. 3. 1. 2 – La relation de confiance .....	15
II. 3. 2 – La réassurance .....	15
II. 3. 3 – La communication .....	16
II. 3. 3. 1 – Verbale .....	16
II. 3. 3. 2 – Non verbale .....	16-17
III – L’enquête de terrain	
III. 1 – Méthodologie de la recherche .....	18
III. 1. 1 – Objectif global .....	18
III. 1. 2 – Choix de l’outil .....	18
III. 1. 3 – Présentation de la population interrogée .....	19
III. 1. 4 – Déroulement des entretiens .....	19
III. 1. 5 – Vécu des entretiens, limites, et difficultés rencontrées .....	20

III. 2 – Analyse des résultats de l'enquête.....	20
III. 2. 1 – L'urgence .....	20-21
III. 2. 2 – Le stress .....	21-22
III. 2. 3 – La relation soignant-soigné .....	22-23
IV – Discussion .....	24-25
Conclusion.....	26
Bibliographie	
Annexes	

## INTRODUCTION

Lorsque qu'un étudiant en soin infirmier est diplômé, il sait qu'il sera sûrement confronté lors de sa carrière à une situation d'urgence engageant le pronostic vital d'un patient. Peu importe le lieu d'exercice, ces situations nous mèneront à nous confronter à notre stress et nos émotions, mais aussi à ceux des patients. Cela questionnera notre pratique en tant que professionnels de la santé, mais aussi sûrement nous remettre en question en tant qu'individus. Notre stress, nos émotions, peuvent altérer notre prise en soins des patients, ou au contraire la stimuler.

Dans le cadre de la validation des unités d'enseignement (UE) 3.4, 5.6 et 6.2 S6, il nous est demandé d'effectuer un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Sciences Infirmières (MIRSI). Ce travail constitue le résultat de neuf mois de cheminement, de recherches et de réflexion autour d'une situation de départ, ayant suscité un intérêt particulier, venant clore la formation en IFSI.

Ainsi mon mémoire a pris forme à la suite d'un stage effectué en service d'Urgences médicales adulte, plus particulièrement après avoir été confronté à une urgence vitale. Dès lors cette situation a suscité de nombreux questionnements, ayant aboutis à une problématique de départ. J'ai donc choisi de traiter mon mémoire sur le thème suivant : l'impact de la gestion du stress lors de la prise en soin d'une personne en situation de détresse vitale.

L'élaboration d'un cadre théorique et conceptuel fut nécessaire, afin d'aborder les éléments et concepts clés lié à ma problématique. Je l'ai par la suite confronté à la réalité du terrain, à l'aide d'un guide d'entretien mené auprès d'infirmiers.

A posteriori, j'ai analysé l'ensemble de mes entretiens puis mis en lumière le résultat de cette exploration, en pointant les similitudes et les disparités avec le cadre conceptuel et théorique établi en amont.

Enfin pour clore ce travail, j'ai élaboré une nouvelle hypothèse de recherche dans le but d'approfondir mes réflexions, permettant de façonner et perfectionner la future professionnelle de santé que je suis.

# I- Emergence de la problématique

## I. 1 – Situation d'appel

La situation décrite ci-dessous se déroule pendant le semestre 5, le lundi 04 novembre 2019, lors de ma dernière semaine de stage. Ce jour-là, je passe la journée en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), souvent appelée salle de déchoquage, pour découvrir la manière de prendre en charge les urgences vitales. Conformément aux recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence, l'équipe soignante de la salle d'accueil des urgences vitales dépend du flux de patients, elle est composée au minimum d'un médecin, d'un infirmier et d'un aide-soignant ou d'un agent hospitalier. Lorsqu'un soignant est assigné en SAUV, il doit y rester pour la journée. S'il y a besoin d'aide c'est à l'équipe du plateau des urgences de venir en renfort. L'infirmier doit avoir au moins 1 an d'expérience dans le service des urgences avant de pouvoir être affecté dans cette salle. Les étudiants eux ne peuvent bénéficier d'une journée découverte qu'à quelques conditions : être étudiant en soins infirmiers (ESI) en 3ème année, être à l'aise et autonome au sein de son stage ainsi qu'avoir l'aval de l'équipe soignante et des cadres. C'est donc pour ces raisons que j'ai été autorisée à aller en SAUV pour la journée.

Aujourd'hui je suis du matin, je commence donc ma journée à 6h30 et la termine à 14h30. Comme tous les matins, la journée démarre par la vérification des box. Ici il y a 4 boxes d'urgence composés d'un chariot de soin, d'un chariot d'intubation, d'un marchepied, de 4 pousses-seringues électriques, d'un plan dur ; d'une petite armoire remplie d'équipement nécessaire comme des lunettes d'oxygène, des masques à haute concentration, des canules de Guedel etc... Il y a également une colonne équipée d'un scope et d'un baby scope, un respirateur, 4 prises murales (2 air et 2 oxygène), une poche à pression ainsi qu'une multitude d'autres matériels. Pendant la vérification je suis impressionnée par le nombre d'équipements composant les boxes et en même temps enthousiaste à l'idée de m'approprier leur fonctionnement.

Une fois la vérification des boxes terminée, l'infirmière reçoit un appel de l'IAO (infirmier d'accueil et d'orientation) qui nous informe que nous allons avoir une entrée. Quelques minutes plus tard nous accueillons Mme G, une patiente adressée par le SAMU. Une fois installée dans le box n°3, scopée et mise sous oxygène, madame explique au médecin avoir fait une crise d'asthme et s'être sentie faible. Elle nous explique également avoir été sous antibiotiques récemment pour une infection urinaire et pulmonaire. Lorsque nous relevons ses constantes, nous notons que sa saturation en oxygène est à 93%, nous lui administrons donc 9l O<sub>2</sub>/min par masque à haute concentration (MHC) sous prescription du médecin. Sa fréquence respiratoire est à 20 mouvements par minute, sa température s'élève à 38.5 degrés, son pouls est élevé à 125 battements par minute et sa pression artérielle à 178/104 mmHg. Nous posons une première voie veineuse et le médecin prescrit du Risordan® à faire passer immédiatement selon le protocole du service tant que la systole est supérieure à 110 mmHg, du paracétamol contre la fièvre, une gazométrie, une bandelette urinaire (BU) et un examen cytobactériologique des urines (ECBU), un test grippal ainsi qu'un bilan sanguin et des hémocultures. Je demande à l'infirmière si je peux réaliser les soins, ce qu'elle accepte. Je me sens donc en confiance et me rappelle les étapes mentalement afin de rester organisée malgré le stress qui s'installe. Je procède donc à la pose d'une seconde voie veineuse périphérique (VVP) en réalisant le bilan sang et les hémocultures puis je pose le Perfalgan® pendant que l'infirmière procède à l'administration du Risordan® sur la première VVP. Une fois ces soins réalisés, je sollicite l'aide-soignante pour envoyer le bilan et les hémocultures au laboratoire d'analyses. Je réalise le

test grippal, la BU et l'ECBU puis le médecin me demande de poser l'antibioprophylaxie en attendant le résultat des bilans sanguins.

Pendant que nous précédons à tout cela, la patiente exprime son stress en parlant de son mari qu'elle aimerait prévenir, en demandant ce qu'elle fait là, ce qui va lui arriver... J'essaye donc en même temps que je prépare les antibiotiques de la rassurer en parlant d'une voix calme et en lui rappelant qu'elle pourra appeler son mari dès que le médecin aura fini l'examen clinique et que nous aurons fini de réaliser les soins prescrits. Or malgré mes efforts pour la rassurer madame reste anxieuse, cela se traduisant par une logorrhée, une élévation de sa pression artérielle et de son pouls lorsqu'elle s'exprime. Je demande donc au médecin de venir la voir pour essayer de la rassurer. Après le passage du médecin madame semble un peu plus apaisée mais s'énerve car elle n'arrive pas à avoir son mari au téléphone. Je lui propose donc de lui prêter un des téléphones du service, ce qu'elle accepte avec joie, madame arrive donc à avoir son mari et celui-ci l'informe qu'il viendra la voir dès que possible.

Une fois tout cela terminé il est déjà 10h30 et je m'empare de la feuille de suivi de la patiente pour retranscrire tout ce qui a été fait depuis son arrivée jusqu'à maintenant. Je suis concentrée et essaye de n'oublier aucune information car cela est primordial en SAUV. Un peu stressée à l'idée d'avoir oublié une information, je me tourne vers l'infirmière pour qu'elle vérifie mon travail. Celle-ci corrige donc quelques notes et me félicite en me rassurant. Elle m'explique aussi que ce n'est pas pour rien que les IDE doivent avoir au moins 1 an d'expérience dans un service d'urgence avant de pouvoir travailler en salle de déchoquage. L'infirmière me questionne donc sur mes soins et sur la raison de leur réalisation ainsi que sur mon ressenti sur ce début de matinée. Je réponds que je me sens bien tout en étant quand même un peu tendue et nous partons en pause après avoir appelé un collègue pour nous remplacer le temps de celle-ci.

En revenant de la pause, il est presque 11h, nous nous rendons compte grâce au scope que la saturation en oxygène de la patiente est passée de 96% sous 9l d'O<sub>2</sub> à 85% et que son taux d'oxygène continue de chuter. Madame s'agite et crie qu'elle ne peut plus respirer, sa respiration est sifflante et grailonnante, elle ferme les yeux et oscille entre phase de conscience et de presque inconscience. Le médecin dit donc d'allumer le respirateur à une fraction inspirée en oxygène (FIO<sub>2</sub>) à 100%, relié à une ventilation non invasive (VNI) que nous lui installons rapidement. A ce moment-là je me mets en retrait instinctivement pour laisser les professionnels de santé agir, étant donné que c'est une journée d'observation et que je n'ai pas l'expérience nécessaire pour manipuler le matériel etc. J'essaie tout en observant la scène, de me dire que c'est normal de ressentir tout cela, étant donné mon parcours de formation et tout ce qu'il me reste encore à acquérir. Malgré tout, je me sens submergée par les événements car l'état de madame s'est dégradé brutalement et qu'il s'impose d'agir vite. J'analyse donc la scène, avec le médecin dirigeant l'équipe tel un chef d'orchestre. Il parle de manière calme tout en donnant des directives claires et précises : administrer du Lasilix®, préparer le nécessaire d'intubation, préparer les drogues nécessaires à l'intubation. Je remarque que l'IDE est très concentrée et qu'elle ne s'occupe que des directives données par le médecin, tandis que l'aide-soignant assiste l'IDE, tout en se chargeant d'apaiser la patiente qui est extrêmement angoissée. Je remarque que plus la patiente est stressée et plus je le suis aussi, ainsi que l'équipe. Or l'équipe est habituée à ce genre de situation et gère donc beaucoup mieux son stress que moi, une étudiante découvrant pour la première fois ce qu'est une véritable urgence vitale immédiate.

## I. 2 - Questionnement

Lorsque je serai diplômée, je serais amenée à faire face à des situations d'urgence, et donc fatalement à être confrontée au stress ainsi qu'à celui des patients. Au cours de mes trois ans de formation, j'ai effectué une formation en vue de l'obtention de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU). J'ai également eu plusieurs apports sur le stress, les émotions, la communication, ainsi que sur la relation soignant-soigné. Je débute donc ma future profession avec un « starter pack » du jeune diplômé assez complet. Or je ne peux prédire avec certitude quelle sera mon attitude face à une situation d'urgence. Je pense donc qu'il est primordial d'identifier ce qui influence le stress et donc les émotions des soignants lors d'une telle situation.

Mais pour commencer, qu'est-ce qu'une urgence ? L'urgence est définie par l'institut UPSA de la douleur, comme « *toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement*<sup>1</sup> ».

Je me suis demandé comment s'articulait un service d'accueil des urgences ainsi qu'une salle de déchocage. La circulaire de la direction des hôpitaux du 14 Mai 1991 relative à l'amélioration des SAU institue les urgences comme étant : « *l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie*<sup>2</sup> ». Selon la société francophone de médecine d'urgence (SFMU), la SAUV est « *un lieu d'accueil, au sein du service d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle*<sup>3</sup> ». La SAUV doit être placée au sein du service d'accueil des urgences ou à proximité directe avec ce service.

La survenue d'une urgence vitale est génératrice de stress et d'émotions intenses. Or qu'est-ce que le stress ? Quelles émotions génère-t-il ? Quels sont les effets de nos émotions sur notre comportement ?

« *Le stress vient du latin « stringere » qui signifie « rendre raide », « serrer », « presser ». Cette racine latine est reprise assez tôt par la langue anglaise où elle est assimilée au mot "distress", qui signifie détresse mais aussi étroitesse*<sup>4</sup> ». Il est défini par Soly BENSABAT comme le : « *résultat spécifique de toute demande imposée au corps, que l'effet soit mental ou somatique*<sup>5</sup> ». L'organisme répond donc à un stimulus afin de lutter contre déséquilibre provoqué. Il existe deux types de stress : le bon, celui qui nous pousse à avancer, à agir, et le mauvais, celui qui nous paralyse, nous empêche de prendre des décisions cohérentes. Le stress provoque alors différentes émotions comme la peur, l'anxiété. Mais se pose maintenant la question : qu'est-ce qu'une émotion ? D'après le dictionnaire des concepts en soins infirmiers

---

<sup>1</sup> POLICARD, Florence. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, juin 2014, n°117. p. 5.

<sup>2</sup> Disponible sur internet :

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjdm\\_rC3q3oAhUNzoUKHUQXCosQFjAGegQIBxAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sfmu.org%2Fupload%2FpreferentielsSFMU%2Fref\\_uhcd.pdf&usg=AOvVawORptzPAuQdirQYadgKOe7C](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjdm_rC3q3oAhUNzoUKHUQXCosQFjAGegQIBxAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sfmu.org%2Fupload%2FpreferentielsSFMU%2Fref_uhcd.pdf&usg=AOvVawORptzPAuQdirQYadgKOe7C)

<sup>3</sup> Disponible sur internet : <https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/sauv.pdf>

<sup>4</sup> Disponible sur internet : <https://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/stress/stress-generalites/origine-mot-stress>

<sup>5</sup> BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre. *Les soignants face au stress*. p. 36.

une émotion est une « *expression verbale ou physique réactive, involontaire ou non, de personne affectée par la joie, la douleur, la colère, le chagrin, la perte...* »<sup>6</sup>. De plus : « *Pour F. Lelord et C. André, « l'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementale (nos actions)* »<sup>7</sup>. Il existe six émotions de bases qui sont : la colère, la peur, le dégoût, la tristesse, la surprise et enfin la joie. Concernant l'influence de nos émotions sur notre comportement, Paulette-Cécile KOSSANYI pense que : « *les psychologues et les psychothérapeutes s'intéressent tous aux effets des émotions sur le comportement. Certains les considèrent comme facteurs de compréhension et de maîtrise de l'environnement, moyens de communication, leviers de motivations, d'autres comme causes de perturbations potentielles, de désordres et de dérèglements. Ainsi, le rôle de l'émotion est très important dans l'acquisition des connaissances et dans la gestion des ressources humaines.* »<sup>8</sup>.

En ce qui concerne ma relation avec la patiente, je me suis demandé quel type de relation j'entretenais avec elle et pourquoi j'avais réagi ainsi. Ma posture était-elle adaptée ? Quel mécanisme de défense ai-je mis en place afin de réduire mon stress face à cette situation ? Premièrement pour qu'une relation puisse avoir lieu, il faut au minimum deux protagonistes, mais aussi une raison d'avoir cet échange avec l'autre. Selon MANOUKIAN Alexandre et MASSEBEUF Anne, les motifs ou buts des relations au sein d'un service hospitalier sont fréquemment déterminés par les soins<sup>9</sup>. Ainsi la relation soignant-soigné est définie par le dictionnaire des concepts en soins infirmiers comme une « *activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité)* »<sup>10</sup>. Dans cette situation je suis restée observatrice, d'une part car je ne suis pas encore une professionnelle diplômée, je n'étais qu'en « journée d'observation », et d'autre part car même si mon stage s'est très bien passé et que l'équipe m'a autorisée à venir en SAUV, je ne bénéficie pas d'assez d'expérience pour pouvoir gérer une telle situation avec tout le discernement et le professionnalisme nécessaire à la prise en soin d'une urgence vitale. Face à mes émotions liées à la peur et au stress, j'ai adopté un mécanisme de défense appelé « le déplacement ». Le déplacement est décrit dans le DSM-IV comme le « *transfère d'un sentiment ou une réaction d'un objet à un autre objet substitutif (habituellement moins menaçant)* »<sup>11</sup>. À travers cette situation, cela se caractérise par le fait de me concentrer sur tout ce qui relève de la technique et non pas de l'affecte. En effet je ne me suis pas directement confrontée à la peur et à l'angoisse de la patiente étant donné que j'étais déjà submergée par mes propres émotions et sentiments.

---

<sup>6</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. p. 168.

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> *Ibid.* p. 168-169.

<sup>9</sup> MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. p. 8.

<sup>10</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. p. 362.

<sup>11</sup> CHABROL, Henri. Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2005, n°82. p. 40.

### **I. 3 – Choix de la question de départ**

Au regard de ce questionnaire, j'ai choisi de traiter la problématique suivante : **En quoi la gestion du stress influe dans la prise en soins d'un patient en situation de décompensation d'une fonction vitale aux Urgences ?**

## **II- Cadre théorique et conceptuel**

### **II. 1 - Stress et Emotions**

#### **II. 1. 1 - Les facteurs influençant le stress en situation d'urgence**

##### **II. 1. 1. 1 - Le contexte**

Faire face à une urgence vitale est toujours compliqué. En effet même lorsque que celle-ci se passe dans un service adapté comme le service d'accueil des urgences (SAU) et plus particulièrement dans une salle prévue à cet effet, c'est-à-dire la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). Premièrement le service d'accueil des urgences est organisé grâce à un système de triage des patients, structuré en quatre niveaux (urgence absolue, urgence, urgence relative, non urgent), effectué par des infirmiers d'accueil et d'orientation (IOA). Cela permet d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge, mais aussi une orientation initiale cohérente des patients et donc par la même occasion d'obtenir un meilleur rendement. Ce service est ouvert 24h/24, il dispose de jour comme de nuit de professionnels rattachés à la structure dont : un cadre de santé, un médecin chef, des médecins et des internes, d'au moins 2 infirmiers en plus de l'IOA, d'aides-soignants, d'agents hospitaliers, de secrétaires médicales etc..<sup>12</sup>

Ensuite concernant la SAUV, l'architecture et la localisation de celle-ci doit être optimisée au maximum pour réduire la durée de transport des patients et optimiser la rapidité et l'efficacité des soins. Elle doit également bénéficier d'un accès direct depuis le local d'arrivée des pompiers, du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) etc. De plus cette salle nécessite une mise à disposition de matériel bien spécifique pour chaque box. En effet, ils doivent pouvoir contenir le matériel suffisant pour assurer une prise en charge complète de qualité, comme des prises air et oxygène murale, des manomètres, des dispositifs d'aspiration, d'intubation, de transfusion, de réanimation etc..<sup>13</sup>

En effet la salle de déchocage doit permettre une prise en charge rapide et efficace afin de stabiliser l'état général du patient, avant de pouvoir le transférer dans un autre service hospitalier. Cette salle sert uniquement de « lieu de transit » afin de maintenir une personne dans un état stable, dès qu'une place adaptée à sa prise en soin se libère dans un autre service, celui-ci peut y être transféré. Afin de maintenir une dynamique efficace et rapide dans cette unité, il est primordial qu'elle bénéficie de services médico-techniques comme les imageries, un circuit spécial pour les analyses biologiques dédiées à la SAUV etc. Plusieurs professionnels de la santé gravitent autour de cette salle et certains y sont rattachés comme un infirmier, un médecin urgentiste et un aide-soignant. Il est donc primordial que ceux-ci soient formés, compétents et capable de faire preuve de sang-froid lors d'une détresse vitale. Le savoir-faire, le

---

<sup>12</sup> Disponible sur internet : <https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/sauv.pdf>

<sup>13</sup> *Ibid.*

savoir-être, une connaissance solide des thérapeutiques, de la biologie et des procédures techniques ; mais aussi la capacité à communiquer avec les autres membres de l'équipe médicale ainsi que l'expérience du terrain, sont les clefs d'une prise en charge efficace<sup>14</sup>. Dès lors, un contexte stressant amènera obligatoirement des émotions fortes, tant pour les soignants que pour le patient.

## II. 1. 1. 2 - Les émotions

Les émotions ont une grande influence sur notre stress, encore plus lors de situation d'urgence. C'est pourquoi nous devons gérer nos émotions ainsi que celles du patient. « *Les émotions apparaissent dans deux grandes classes de situations : celles qui mettent à mal (ou à bien) les objectifs de l'individu et celles qui mettent à mal ses croyances fondamentales.* »<sup>15</sup>. Selon la théorie de LAZARUS, au moins deux évaluations cognitives sont mises en jeu dans l'interprétation émotionnelle des situations. D'abord une évaluation primaire, qui définit le ressenti global d'une émotion (positive ou négative selon la personne). Puis une évaluation secondaire, prenant en compte les ressources de l'individu pour faire face à cette situation, qui définit les émotions spécifiques à mettre en place en fonction de la situation<sup>16</sup>. La naissance d'une émotion connaît donc deux facteurs décisifs : les facteurs situationnels, qui composent l'environnement, et les facteurs dispositionnels de l'individu, c'est-à-dire ses croyances, ses attitudes, sa personnalité<sup>17</sup>. C'est pour cela qu'une situation d'urgence par exemple, n'aura pas le même impact sur tel ou tel soignant. Elle sera un « challenge adaptatif » et donc selon l'issue de la situation, sera un dommage ou un bienfait pour le soignant et nécessairement une source d'émotion.

« *Pour chaque émotion négative, il y aurait l'évaluation d'un tort spécifique, et pour chaque émotion positive l'évaluation d'un bénéfice. Ainsi, l'évaluation de l'environnement est toujours personnelle, dépend toujours des dispositions de l'individu à l'instant même de l'événement.* »<sup>18</sup>

Les émotions comme la surprise et la peur sont bien souvent celles qui se manifestent le plus lors d'une situation d'urgence.

### a) La surprise

« *La surprise est provoquée par un événement inattendu, soudain, en lien avec un changement imminent ou par une révélation allant à l'encontre de notre perception, de nos représentations. Elle est généralement brève, puis s'estompe ou laisse place à une autre émotion.* »<sup>19</sup>.

---

<sup>14</sup> *Ibid.*

<sup>15</sup> KOTSOU Ilios, MIKOLAJCZAK Moïra, QUOIDBACH Jordi, *et al.* *Les compétences émotionnelles.* p. 17.

<sup>16</sup> RUSINEK, Stéphane. *Les émotions : Du normal au pathologique.* p. 64.

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> *Ibid.* p. 65.

<sup>19</sup> Disponible sur : <https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/Identifier-les-6-emotions-fondamentales-326064.htm>

## **b) La peur**

« *La peur est une émotion d'anticipation. Elle est utile lorsqu'elle nous informe d'un danger, d'une menace potentielle ou réelle car elle nous prépare à fuir, ou à agir. Elle peut être également liée à une appréhension, elle peut alors s'avérer stimulante ou bloquante.* »<sup>20</sup>

La peur est une émotion qui est dite primaire. Selon Olivier NUNGE et Simone MORTERA, elle serait nécessaire à notre survie. En effet « *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.* »<sup>21</sup>. Cependant, faire face à des situations génératrices de peur de façon répétée, nous aidera à développer les bons outils pour affronter celle-ci. En effet, notre comportement sera de plus en plus adapté à la situation, nous donnant ainsi les moyens de maîtriser notre peur, de la faire disparaître<sup>22</sup>.

## **II. 1. 2 - Le stress**

### **II. 1. 2. 1 - Définition**

Vient de l'anglais « *distress* » qui signifie affliction, c'est un état réactionnel de l'organisme lorsqu'il est soumis à un choc brusque<sup>23</sup>. « *Pour Louis Crocq (CUMP), le stress est « une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu à une agression, une menace, une situation inopinée »* »<sup>24</sup>.

### **II. 1. 2. 2 - Physiologie du stress**

Notre organisme gère les changements corporels et émotionnels imposés par les stimuli extérieurs, par le biais de mécanismes d'adaptation qui sont nécessaires à notre survie. Ces mécanismes sont instaurés pour rétablir les équilibres physiologiques de façon inconsciente. De cette façon, CANNON (1871-1945) proposera le concept d'homéostasie. L'équilibre de l'organisme est assuré par le système nerveux sympathique associé à la glande médullosurrénale qui libère l'adrénaline, laquelle ira au contact des organes<sup>25</sup>. De plus le stress crée un « syndrome général d'adaptation » (SGA), il fut théorisé par Hans SELYE. D'après lui ce serait un phénomène évoluant en trois phases qui sont la phase d'alarme, la phase de résistance et enfin la phase d'épuisement<sup>26</sup>. Lors de la première phase, notre organisme se conditionne de manière à assurer notre survie, en effet le stress sert de signal d'alarme. Pendant la seconde phase l'organisme tente de se défendre face aux stimuli extérieurs en se régulant, il se sert du mécanisme d'homéostasie pour réguler nos hormones, notre tension etc. Or tant que l'agression

---

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> NUNGE Olivier, MORTERA Simone. *Gérer ses émotions : des réactions indispensables*. p. 21.

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>

<sup>24</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. p. 444.

<sup>25</sup> Disponible sur internet : [www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/?sequence=18](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/?sequence=18)

<sup>26</sup> BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre. *Les soignants face au stress*. p. 36.

extérieure persiste notre corps entretient ce processus de façon inconsciente. Or si cette phase dure de façon durable, les organes comme le cœur ou l'estomac souffrent<sup>27</sup>. La tension s'insinuant de manière permanente dans notre corps, use celui-ci en le forçant à résister, engendrant donc une faiblesse du système immunitaire et donc une altération de l'état général de la personne. Enfin la troisième phase correspond à la rupture de l'organisme. L'individu soumis au stress constant, fini par craquer du fait de l'épuisement physique et psychologique chronique ; « *c'est la phase terminale de la lutte que l'homme engage contre le stress* <sup>28</sup>».

### II. 1. 2. 3 - Coping

Le coping du verbe « to cope with » (en français : « faire face avec »), est une stratégie d'adaptation individuelle. « *De manière générale, la notion de coping se réfère à toutes les stratégies comportementales et cognitives qu'il est possible de mettre en œuvre pour faire face à une situation stressante* <sup>29</sup>». LAZARUS et FOLKMAN définissent le coping comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants, que déploie l'individu pour gérer des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme menaçantes ou dépassant ses ressources d'adaptation* <sup>30</sup>». Il apparaît donc comme étant un mécanisme de défense rigide et inconscient, lié à des conflits intrapsychiques ainsi qu'à des événements vécus par le passé et sert à maintenir l'angoisse de l'individu à un niveau tolérable<sup>31</sup>. Le coping peut s'appliquer sous plusieurs formes variées. « *Il peut s'agir de cognitions (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations...), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse...) et de comportements (résolution du problème, recherche d'aide...)* <sup>32</sup>». Or il faut savoir que les stratégies de coping se différencient des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récents)<sup>33</sup>. Cela veut dire que nous possédons la capacité à transposer une situation stressante à une situation antérieure voir future.

Pour H. URSIN et S. LEVINE, il existe trois éléments influençant le coping, qui sont dans l'ordre : le contrôle, le feedback et enfin la prédiction. Selon eux, le premier paramètre consiste à gérer les manifestations du stress enfin de rester maître de soi, le deuxième démontre que le fait d'avoir une connaissance de l'expérience stressante va diminuer le stress de l'individu, et enfin le dernier paramètre explique que le fait d'anticiper une situation stressante permet d'avoir des réactions mieux contrôlées et donc moins intenses, or dans certains cas cela peut aussi causer des syndromes d'anxiété anticipatoire<sup>34</sup>.

---

<sup>27</sup> *Ibid.* p. 37.

<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> SANDER David, SCHERER Klaus R. *Traité de psychologie des émotions.* p. 291.

<sup>30</sup> *Ibid.* p. 298.

<sup>31</sup> BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, Stress, Coping. *Recherche en soins infirmiers*, 2001, n° 67. p. 69.

<sup>32</sup> *Ibid.* p. 68.

<sup>33</sup> *Ibid.* p. 70.

<sup>34</sup> BLOCH Henriette, CHEMAMA Roland, DEPRET Éric, *et al.* *Grand dictionnaire de la psychologie.* p. 902.

## II. 1. 3 – Généralités sur les émotions

D'après la théorie de l'émotion de JAMES-LANGES « *la cause de l'émotion provient de variations au sein du système nerveux périphérique. Une émotion est déclenchée chez un individu lorsque celui-ci perçoit dans son corps un pattern spécifique de changements*<sup>35</sup> ». Ainsi selon cette théorie le procédé émotionnel se caractérise par un ensemble d'évènements précis, il y a d'abord un stimulus puis s'en suit une réponse corporelle avec une sensation de cette réponse qui pour finir, abouti à une émotion. Or selon DARWIN, l'émotion serait « *quelque chose d'utile à la survie des individus et des espèces au-delà du simple fait de rendre la vie intéressante*<sup>36</sup> ». Nous pouvons donc constater que l'émotion est un concept relevant de l'hypothétique, puisque qu'il ne peut pas être observé directement, mais dont on argumente l'existence à l'aide d'indices.

De plus, selon Emmanuel PETIT, « *l'émotion se caractérise également par des modifications majeures sur le plan cognitif (du latin cognitio, qui signifie « connaissance »)*<sup>37</sup> ». Il pense que l'émotion jouerait donc sur notre capacité d'attention, de mémoire et d'apprentissage. D'après monsieur PETIT, « *les émotions se distinguent en effet des facteurs purement physiologiques – comme la faim ou la douleur – au sens où elles sont véhiculées par des croyances ou des anticipations. Le processus émotionnel comporte ainsi nécessairement une dimension d'appréciation ou de jugement de la situation.*<sup>38</sup> ».

Aussi, pour Paul EKMAN, il existe 6 émotions primaires ou encore émotions de base telles que « *la joie, la tristesse, la colère, la peur, l'étonnement et le dégoût*<sup>39</sup> ».

Néanmoins Robert DANTZER, explore d'avantage la catégorisation des émotions. Selon lui, il faut distinguer trois niveaux de classification des émotions. Il y a d'abord « *les émotions fondamentales qui sont simplement une réaction à un événement extérieur réel ou imaginaire (le dégoût et la peur par exemple)*<sup>40</sup> » puis « *les émotions dérivées qui sont fondées sur l'émotion engendrée par l'image que l'on a de la conscience de l'autre (le mépris qui est le dégoût pour les prétentions d'une autre conscience, la méfiance qui est la peur du mystère posé par celle-ci)*<sup>41</sup> » et enfin viennent « *les émotions tierces qui naissent de la conscience de soi face au regard de l'autre (la honte qui est le mépris de soi, la timidité qui est la peur de sa propre valeur telle qu'elle est perçue par les autres)*<sup>42</sup> ».

Par ailleurs les émotions dites « dérivées » et « tierces » par DANTZER, sont plus apparentées aux sentiments. En effet, selon le Centre de Recherche Textuelles et Lexicales, un sentiment est un « *état affectif complexe, assez stable et durable, composé d'éléments intellectuels, émotifs ou moraux, et qui concerne soit le « moi » (orgueil, jalousie...) soit autrui (amour, envie, haine...)*<sup>43</sup> ».

---

<sup>35</sup> SANDER David et SCHERER Klaus R. *Traité de psychologie des émotions*. p. 5.

<sup>36</sup> RUSINEK, Stéphane. *Les émotions : Du normal au pathologique*. p. 13.

<sup>37</sup> PETIT, Emmanuel. *Economie des émotions*. p. 13.

<sup>38</sup> *Ibid.*

<sup>39</sup> RUSINEK, Stéphane. *Les émotions : Du normal au pathologique*. p. 46.

<sup>40</sup> DANTZER, Robert. *Les émotions*. p. 5.

<sup>41</sup> *Ibid.*

<sup>42</sup> *Ibid.*

<sup>43</sup> Disponible sur internet : <https://www.cnrtl.fr/definition/sentiment>

Cependant, nos émotions jouent un rôle important dans la relation établie avec nos patients, elles sont mêmes primordiales étant donné qu'elles sont au cœur de tous les types de relations. Elles permettent l'authenticité de la relation soignant-soigné.

## II. 2 – La formation

### II. 2. 1 – Définition

Selon le dictionnaire « le robert micro », la formation serait une « *éducation intellectuelle et morale* » ou encore « *l'ensemble de connaissances théoriques et pratiques dans une technique, un métier ; leur acquisition* »<sup>44</sup>. Mais elle est aussi selon le dictionnaire de pédagogie, une transformation de l'individu par le biais d'acquisitions de connaissances, de développement de la pensée, de nouveaux principes de jugements, modes d'actions etc<sup>45</sup>.

### II. 2. 2 – La formation infirmière

Elle est régie par l'arrêté du 31 juillet 2009<sup>46</sup>, c'est une formation par apprentissage professionnel. Elle conduit l'obtention du diplôme d'état d'infirmier et du grade licence. Elle se déroule en 3 ans, c'est-à-dire 6 semestres rythmés de cours et de stages. Dans le cadre de la formation, nous acquérons l'AFGSU 1 et 2, mais aussi des apports théoriques sur l'item Urgence. Patricia BENNER propose 5 niveaux de compétence mettant en perspective les processus et acquisitions de connaissances théoriques et pratiques : premièrement celui de novice, puis de débutant, vient ensuite la compétence, la performance et enfin l'expertise<sup>47</sup>.

### II. 2. 3 – La compétence

Selon le dictionnaire « le robert micro », la compétence est un « *Connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières* », ainsi être compétent(e) serait « *être capable de bien juger d'une chose en vertu de sa connaissance approfondie en la matière* »<sup>48</sup>. Selon Philippe ZARIFIAN, elle est une « *intelligence pratique des situations ou activités mentales mises en jeu dans l'action, qui s'appuie sur des connaissances ou savoirs formalisés* »<sup>49</sup>.

---

<sup>44</sup> REY, Alain. *Le robert micro : Dictionnaire de la langue française*. p. 573.

<sup>45</sup> LA BORDERIE René, MORANDI Franc. *Dictionnaire de pédagogie : 120 notions-clés, 320 entrées*. p. 176.

<sup>46</sup> Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

<sup>47</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. p. 199.

<sup>48</sup> REY, Alain. *Le robert micro : Dictionnaire de la langue française*. p. 252–253.

<sup>49</sup> ZARIFIAN, Philippe. *Le modèle de la compétence : Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. p. 175.

De plus il est nécessaire de développer ses compétences, mais aussi de les actualiser afin de rester un professionnel de santé efficace. En effet « pour P. Perrenoud, développer une compétence correspond à l'aptitude à maîtriser une famille de situations et de processus complexes en agissant dans un but précis <sup>50</sup>»

## II. 2. 4 – L'expérience

Le dictionnaire « le robert micro » donne trois définitions de ce qu'est l'expérience :

- 1- Est « le fait d'éprouver quelque chose, considéré comme un élargissement ou un enrichissement de la connaissance, du savoir, des aptitudes <sup>51</sup>».
- 2- C'est « la pratique que l'on a eue de quelque chose, considérée comme un enseignement <sup>52</sup>».
- 3- « Ensemble des acquisitions de l'esprit résultant de l'exercice des facultés, au contact de la réalité, de la vie <sup>53</sup>».

Pour DEWEY, l'expérience d'un individu se divise en deux principales composantes dites, « active » et « passive ». L'expérience active est l'action de la personne sur le monde, tandis que celle passive est la trace laissée par l'action du monde sur l'individu<sup>54</sup>. De plus selon ce même théoricien, l'expérience n'a de sens que si la personne établit un lien de causalité entre son action et les conséquences de celle-ci sur le monde. Il y a donc expérience que dans la mise en sens de l'action et des conséquences éprouvées<sup>55</sup>. Néanmoins, l'expérience reste quelque chose de continue, en effet nous la vivons depuis le début de notre vie et cela continuera jusqu'à notre mort. En effet, DEWEY assure dans sa théorie que l'expérience puise dans nos expériences antérieures et modifie ensuite la qualité des expériences ultérieures<sup>56</sup>. L'expérience apparaît donc ici comme un processus continu.

## II. 3 – La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est un pilier essentiel du soin, selon Monique FORMARIER « depuis de nombreuses années déjà, la profession d'infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins. Personne, aujourd'hui, ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soin. <sup>57</sup>».

---

<sup>50</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. p. 103.

<sup>51</sup> REY, Alain. *Le robert micro : Dictionnaire de la langue française*. p. 524.

<sup>52</sup> *Ibid.*

<sup>53</sup> *Ibid.*

<sup>54</sup> BARBIER Jean-Marie, ZEITLER André. La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche & formation*, n°70, 2012. p. 109.

<sup>55</sup> *Ibid.* p. 110.

<sup>56</sup> *Ibid.* p. 111.

<sup>57</sup> FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°89. p. 33.

## II. 3. 1 – La relation

D'après le centre de ressources textuelles et lexicales elle est un « *rapport qui lie des personnes entre elles, [...], lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque*<sup>58</sup> ». Une relation humaine implique au moins deux êtres humains. Les relations sont souvent décrites par des typologies différentes, selon qu'on s'intéresse à la nature de la relation ou plutôt aux personnes au sein d'une relation.

La relation de soin est le type de relation le plus souvent rencontré dans les services hospitaliers. Elle est un support d'échanges avec le patient et/ou sa famille. Mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort, elle est centrée sur l'instant présent, c'est-à-dire sur l'acte technique, l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient etc<sup>59</sup>.

Dans l'ouvrage « Le métier d'infirmière en France », il est écrit qu'une relation commence en premier lieu par l'observation et l'écoute. L'infirmière va prendre soin du patient, l'accompagner, l'aider à s'autonomiser dans ses soins. Elle cherche à faire en sorte que le patient puise au cœur de ses ressources personnelles, dans le cadre de la relation d'aide et de l'alliance thérapeutique<sup>60</sup>.

### II. 3. 1. 1 – La relation d'aide

Selon le psychologue Carl ROGERS, la relation d'aide est « *une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation*<sup>61</sup> » ; et selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, elle est « *caractérisée par l'acceptation totale de la personne soignée, la relation d'aide favorise la prise de conscience, facilite la transformation psycho-sociale de l'individu à comprendre les processus et les ressources qui lui sont propre*<sup>62</sup> ».

C'est-à-dire qu'elle est un soin relationnel, en lien avec la capacité d'un soignant à amener toute personne en difficultés à mobiliser ses propres ressources pour mieux vivre une situation. Pour y parvenir, ROGERS distingue quelques qualités nécessaires comme l'empathie : souvent confondue avec la sympathie qui vient de la même origine (pathos : c'est-à-dire souffrance), l'empathie est la capacité à comprendre la souffrance de l'autre sans se laisser envahir par celle-ci. Mais aussi la congruence (l'authenticité de l'aidant se traduisant par sa capacité à être concordant dans ce qu'il ressent, ce qu'il fait et ce qu'il dit), le non-jugement, l'écoute active ainsi que l'acceptation, l'empathie et la reformulation<sup>63</sup>. Toutes ces qualités vont nous permettre de nous mettre complètement à l'écoute de la personne venue chercher de l'aide : nous ne

---

<sup>58</sup> Disponible sur internet : <https://www.cnrtl.fr/definition/relation>

<sup>59</sup> FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°89. p. 50.

<sup>60</sup> DUBOIS FRESNEY Catherine, PERRIN Georgette. *Le métier d'infirmière en France*. p. 149.

<sup>61</sup> PSIUK, Thérèse. Evolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, 2006, n°84. p. 27.

<sup>62</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmier*. p. 365.

<sup>63</sup> FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°89. p. 66.

sommes pas dans le jugement, nous n'avons pas peur de ce qu'elle va nous dire et nous ne cherchons pas à trouver de solution à sa place ou une direction à suivre au-delà de ce qu'elle a elle-même envie de mettre en place. Cette relation permet au patient de fouiller dans ses ressources personnelles, de faire émerger des réflexions puis des solutions ainsi qu'une prise de recul qui lui était alors impossible auparavant. Celle-ci va au fur-à-mesure, instaurer une relation de confiance.

### II. 3. 1. 2 – La relation de confiance

L'étymologie du mot confiance, en latin « *confidencia* », signifie « foi en quelque chose, en quelqu'un ». Se fier à, car il s'agit bien de cela : se fier à un autre, à l'inconnu, se confier pleinement<sup>64</sup>. En effet celui accordant sa confiance prend le risque de se mettre en situation de vulnérabilité par rapport à l'autre. Tandis que celui-ci à qui on accorde sa confiance se retrouve dépositaire de celle-ci, du fait de sa valeur, cela implique une responsabilité de sa part.

Pour Hildegarde PEPLAU, il existe quatre étapes dans l'évolution de la relation de confiance entre le soignant et la personne soignée. Il y a premièrement l'étape d'orientation, c'est-à-dire que les deux protagonistes de la relation recherchent un contact et une sécurité. Deuxièmement vient l'étape de mise à l'épreuve, c'est-à-dire que la personne soignée va chercher les limites de la confiance qu'elle peut placée dans le soignant, avant de s'impliquer plus pleinement dans la relation. Puis s'en suit l'étape d'exploration de la relation, elle consiste en un échange entre le soignant et le soigné pour trouver des solutions qui conviennent aux deux individus. Il y a une acceptation de la personne telle qu'elle est. Enfin la dernière étape de cette relation est la fin de celle-ci, chacun fait le point sur la relation qui a eu lieu et achève la relation afin de nouer d'autres liens avec d'autres personnes<sup>65</sup>.

### II. 3. 2 – La réassurance

Le dictionnaire Larousse définit la réassurance comme l'« *action de rassurer quelqu'un, de lui redonner confiance en lui ; fait d'être rassuré* »<sup>66</sup>.

Selon le dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine une conduite de réassurance est l'« *effet contraphobique d'un objet, d'une personne [...]. Cette réduction de l'anxiété permet au patient de mieux affronter la situation phobogène redoutée.* »<sup>67</sup>

La réassurance passe par une communication adaptée à l'état du patient, l'attitude que l'on a vis-à-vis de celui-ci, par l'accompagnement, la transmission d'informations, etc.

---

<sup>64</sup> Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>

<sup>65</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. p. 360.

<sup>66</sup> Disponible sur Internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9assurance/66862>

<sup>67</sup> Disponible sur Internet : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=r%C3%A9assurance>

### II. 3. 3 – La communication

Pour engager une communication il faut obligatoirement un émetteur, qui enverra le message, et un récepteur, qui va recevoir le message par le biais d'un canal de transmission. Le récepteur va alors décoder le message reçu à l'aide d'un moyen adapté. S'il répond, il devient alors à son tour émetteur, ce phénomène est appelé « feed back »<sup>68</sup>. Selon le modèle de LASSWELL, le processus de communication répond aux questions générales appelées les 5 Q en français : Qui ? Dit Quoi ? A Qui ? Par Quel canal ? Avec Quel effet ?<sup>69</sup>

#### II. 3. 3. 1 – Verbale

La communication verbale, fait partie de notre quotidien, que ce soit dans notre vie personnelle ou professionnelle. Elle est utilisée constamment, de façon consciente ou inconsciente afin d'échanger avec autrui. Elle se caractérise par le fait d'entrer en relation avec autrui de façon directe par le biais de la parole ou de l'expression écrite.

Il existe beaucoup de théories concernant la communication, notamment sur les modèles linguistiques. Ainsi le modèle de HYMES aussi appelé modèle « speaking » représente les fonctions du langage dans un contexte social, basé sur huit éléments. Premièrement il y a la situation, elle englobe le moment et lieu de l'échange, ainsi que le cadre psychologique de celui-ci. Deuxièmement les participants, c'est-à-dire les émetteurs et récepteurs de la communication ainsi que les autres personnes gravitant autour, pouvant influencer l'échange. Puis les finalités (intentions de chaque protagonistes de l'interaction), les actes (contenu et forme du message), le ton employé, les instruments utilisés (canaux et formes de la parole), les normes (règles englobant l'échange, c'est-à-dire respect du temps de parole etc.) et enfin le genre de l'interaction (type de communication : conversation, conférence, etc.)<sup>70</sup>.

Or le langage ne transmet pas uniquement de l'information, souvent il fait appel aux inférences, comme les sous-entendus, il n'est donc pas univoque et explicite. Selon la manière dont on dit les choses et les gens auxquels on s'adresse, on ne fait pas forcément passer le même message ou le message espéré.<sup>71</sup>

« Au quotidien nous utilisons donc une véritable « psychologie langagière »<sup>72</sup>».

#### II. 3. 3. 2 – Non verbale

Durant les années cinquante, beaucoup de chercheurs américains dont des psychologues, des sociologues, des anthropologues ainsi que des linguistes ont reposé les bases de l'étude de la communication humaine. En effet ils se sont rendu compte que lorsque nous communiquons, nous nous servons beaucoup des gestes pour appuyer nos paroles. Or la

---

<sup>68</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. p. 95.

<sup>69</sup> *Ibid.*

<sup>70</sup> JOLY, Bruno. *La communication*. p. 8.

<sup>71</sup> BAGGIO, Stéphanie. *Psychologie sociale : concepts et expérience*. p. 4-6.

<sup>72</sup> *Ibid.* p. 4.

communication non-verbale n'est pas nécessairement consciente ni intentionnelle<sup>73</sup>. Pour Evelyne TERRAT, le langage corporel traduit toutes les sensations ainsi que les sentiments que nous ressentons, par le biais d'attitudes corporelles et d'expressions faciales. En effet ce type de communication peut soit affirmer un discours, soit le contredire, du fait qu'il soit plus instinctif<sup>74</sup>. De plus le langage corporel se compose de plusieurs éléments lesquels sont : la distance physique ou distance proxémique, les expressions faciales, le contact visuel, le contact physique, la posture de l'individu, ses gestes ainsi que les odeurs<sup>75</sup>. Dès lors, « *le geste se transforme en indice de bonne écoute* <sup>76</sup> ».

Le cadre conceptuel étant désormais clos, je vais passer à l'analyse de l'enquête exploratoire afin de confronter cette partie avec la réalité du terrain.

---

<sup>73</sup> *Ibid.* p. 10-11.

<sup>74</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné.* p. 97.

<sup>75</sup> *Ibid.*

<sup>76</sup> *Ibid.*

### **III- ENQUÊTE EXPLORATOIRE PRATIQUE**

#### **III. 1 – Méthodologie de la recherche**

##### **III. 1. 1 – Objectif global**

L'objectif de mon mémoire est de déceler l'impact du stress, des émotions ainsi que du contexte de l'urgence, sur les soignants ainsi que sur la relation de soin ; lors d'une situation stressante comme une urgence vitale au sein d'un service spécialisé. Il met en lumière l'importance de savoir maîtriser son stress grâce à plusieurs outils détaillés ci-dessus et exploités ci-dessous. De plus il me sert également de support afin d'affronter dans de meilleures conditions les futures situations de stress auxquelles je serai confrontée en tant que professionnelle.

##### **III. 1. 2 – Choix de l'outil d'enquête**

Mon enquête permet de confronter le cadre théorique et conceptuel mené avec la pratique professionnelle des infirmiers et la réalité du terrain.

Pour cela, j'ai choisi d'avoir recours à l'entretien semi-directif comme méthode d'exploration. En effet celui-ci permet de diriger l'entretien par le biais de questions prédéfinies dites « ouvertes », afin de favoriser des réponses plus larges de la part des professionnels de santé. Cela permet donc une meilleure argumentation des infirmier(ère)s, mais aussi la possibilité au meneur de l'entretien de reformuler les questions si besoin, ou de relancer sur une autre question. Enfin ce type d'entretien facilite l'étude et la comparaison des dires de chacun.

Le guide d'entretien<sup>77</sup> que j'ai réalisé comporte trois questions principales suivies de trois questions de relance, en lien avec les thématiques développées dans le cadre conceptuel c'est-à-dire : l'Urgence, le stress et enfin la relation soignant-soigné.

À cause du contexte sanitaire actuel lié au Covid-19, j'ai dû effectuer des entretiens téléphoniques avec les infirmiers, que j'ai enregistrés grâce à mon ordinateur portable. J'ai préalablement avant chaque entretien, annoncer que leurs noms sera modifié par soucis d'anonymat, ainsi que demander la permission d'enregistrer l'échange. J'ai également demandé aux infirmiers que je connais personnellement, la permission de les tutoyer.

Une fois les entretiens menés, j'ai créé une grille d'analyse des entretiens, regroupant les éléments de réponse des infirmières par rapport aux questions posées et me permettant de mettre en évidence les idées principales évoquées. Ceci m'a permis d'organiser ma réflexion lors de cette étude.

Dans un second temps, j'ai créé une grille d'analyse des entretiens, regroupant des éléments clés des réponses de chaque infirmier(ère) interrogé. J'ai organisé ce tableau par ordre des thématique abordées. Ceci m'a permis d'organiser ma réflexion tout au long de ce travail.

---

<sup>77</sup> Le guide d'entretien est disposé en annexe de ce document.

### **III. 1. 3 – Présentation de la population interrogée**

Le thème de mon travail étant spécifique aux services d'Urgences, j'ai choisi de rencontrer quatre infirmier(ère)s ayant une expérience d'un service technique spécialisé dans les urgences vitales. Les infirmiers concernés par cette étude exercent dans des services tels que un service d'Urgences adultes, le service du SMUR / SMUR maritime et enfin un plateau technique interventionnel. Du fait de leurs expériences respectives auprès de situations d'urgences, ce choix me paraît pertinent afin de mettre en évidence d'éventuelles différences de points de vue.

Ainsi j'ai mené mon premier entretien auprès de « l'infirmier 1 ». Il a 29 ans et a obtenu son diplôme d'Etat infirmier il y a 7 ans. En début de carrière, il a travaillé dans une clinique en service de SSR nutritionnel et respiratoire, puis en EHPAD. Actuellement il travaille dans un service d'Urgences adulte au sein d'un centre hospitalier régional et universitaire depuis 6 ans. Ce n'est pas un service qu'il avait choisi mais dit n'avoir aucune envie de le quitter.

« L'infirmier 2 » a 43 ans et est infirmier depuis 20 ans. Il a obtenu son diplôme d'infirmier anesthésiste il y a 10 ans. Il possède essentiellement un parcours d'urgence, en effet il a travaillé pendant 8 ans en service d'Urgences adultes et est actuellement au SMUR / SMUR maritime depuis 5 ans sur demande personnelle. Il a également été dans des services tels que le bloc pédiatrique et le bloc opératoire.

Pour mon troisième entretien, j'ai interrogé une infirmière travaillant au sein d'un service d'Urgences adultes depuis 6 ans et demi. Je l'appellerais « infirmière 3 ». Elle a 40 ans et a obtenu son diplôme d'infirmière il y a 17 ans. Avant de décider de travailler dans ce service, elle a travaillé dans différents services dont en hépato-gastrologie, en EHPAD mais également en domicile pour un cabinet libéral.

Enfin, lors de mon dernier entretien, j'ai questionné une infirmière de 25 ans (infirmière 4). Elle est diplômée depuis juillet 2017 et travaille depuis 2 ans et demi à sa demande, au plateau technique interventionnel d'un centre hospitalier. Avant ce service elle a fait 2 mois en réanimation et actuellement, à cause de la crise sanitaire liée au COVID-19, elle est réquisitionnée dans un service de réanimation s'occupant uniquement de patient atteint du COVID-19.

### **III. 1. 4 – Déroulement des entretiens**

En amont du début des entretiens, j'ai demandé à un infirmier que je connais personnellement, de tester mon guide d'entretien une fois celui-ci validé par mon guidant de mémoire. En effet cela m'a permis de m'assurer de la pertinence de celui-ci.

De plus compte tenu de la crise sanitaire actuelle, j'ai dû m'adapter et mener mes entretiens différemment. C'est-à-dire par le biais d'un entretien téléphonique prédéfini à l'avance. J'ai envoyé mon questionnaire aux infirmiers qui souhaitaient voir mes questions en amont de l'entretien. J'ai donc supprimé la problématique ainsi que les objectifs de l'entretien avant d'envoyer mes questions aux professionnels de santé.

### **III. 1. 5 – Vécu des entretiens, limites, et difficultés rencontrées**

Tout d'abord, j'ai trouvé de part le contexte actuel, plus difficile d'obtenir des entretiens, les infirmiers n'étant pas toujours disponibles. Il était également plus compliqué de mener les entretiens par téléphone et non pas en face-à-face. En effet cette organisation ne me permettait pas de voir les expressions faciales des infirmiers, leur gestuelle etc. Il était parfois difficile de savoir quand garder le silence, ou au contraire de savoir à quel moment reprendre la parole sans couper les infirmiers.

Par ailleurs, mon mémoire portant principalement sur les services spécifiques à l'urgence, cela n'est pas représentatif de la profession dans sa globalité. En effet, les infirmiers interrogés ont tous l'habitude de prendre en charge des urgences, ils m'ont donc répondu très souvent de façon similaire. Or, je ne peux donc pas affirmer que d'autres infirmiers non habitués à cela, auraient répondu de la même façon à mes questions.

De plus j'ai parfois eu quelques difficultés à suivre mon entretien dans l'ordre souhaité, dû aux réponses ouvertes des infirmiers lié au type d'entretien choisi. En effet parfois j'avais besoin de poser des questions de relances et d'autres fois ce n'était pas nécessaire grâce aux réponses très complètes de certains infirmiers.

En outre j'ai trouvé ces échanges très enrichissant, puisqu'ils ont parfois confirmé les propos recueillis en amont au sein du cadre conceptuel et théorique et d'autres fois apporté des réponses non abordées dans celui-ci.

### **III. 2 – Analyse des entretiens**

J'ai débuté mon guide d'entretien par le thème de l'urgence, puis j'ai enclenché sur le thème du stress et pour finir sur le thème de la relation soignant-soigné. Etant donné que j'ai établi mon guide d'entretien en suivant la trame de mon cadre conceptuel et théorique, j'effectuerais cette analyse sous la même approche afin de la rendre plus fluide, compréhensible et pertinente.

#### **III. 2. 1 – L'urgence**

Sans surprise, tous les infirmiers interrogés ont pris en charge des urgences vitales maintes fois, si ce n'est quotidiennement. Il est intéressant de noter que tous sont d'avis qu'en début de carrière, notre prise en charge est différente étant donné le peu d'expérience dont nous bénéficions. En effet, l'infirmier 1 explique : « *En début de carrière c'est différent, [...] j'avais déjà moins d'outils et je n'avais jamais fait face à ça* ».

De plus, tous sont d'accord pour dire que l'expérience est primordiale pour faire face à une urgence vitale. Ainsi l'infirmière 3 raconte que : « *chaque situation vécue, aide à vivre les prochaines à venir* ». Cependant rentre aussi en compte la formation, car elle permet l'apprentissage de connaissances mais également l'acquisition de compétences. L'infirmier travaillant au SMUR m'explique : « *Parce que j'ai l'expérience, j'ai fait des études, [...], j'ai eu pas mal de formation sur le sujet et comme j'en ai eu énormément justement des urgences vitales, [...], donc je suis à peu près serein sur ce qu'il se passe* ».

Pour l'infirmière 3, il y a plusieurs compétences nécessaires à la prise en charge d'une urgence vitale, selon elle il faut une bonne organisation ainsi qu'une communication efficace au sein de l'équipe soignante. Elle énonce également que l'expérience personnelle est importante mais que celle de l'équipe soignante l'est tout autant. C'est ce que souligne l'infirmière 4 en expliquant que : « *y a énormément de choses à prendre en compte, [...] y a ton expérience à toi, mais aussi une expérience de l'équipe avec qui tu es en train de travailler* ». En effet il semblerait que cela ait un impact décisif sur notre stress. Ainsi l'infirmier 2 explique : « *une équipe sécurisée, empêchent à mon sens tout stress, limitent au grand maximum le stress* ». J'ai pu donc comprendre grâce à l'infirmière 3 que les connaissances et l'expérience personnelle mais aussi celle de l'équipe ; sont des outils clés à la prise en charge d'une urgence vitale, car selon elle cela nous permet d'anticiper les soins et donc de ne pas être pris au dépourvu.

Il est évident que tous ces éléments ont indéniablement un impact sur notre niveau de stress.

### **III. 2. 2 – Le stress**

Lorsque j'ai demandé aux infirmiers s'ils avaient déjà vécu une situation stressante au travail, ils m'ont tous sans exception répondu positivement. En effet le stress est omniprésent lors ce que l'on s'occupe d'un autre être humain, cependant il est présent à différents degrés en fonction du type de situation rencontré.

C'est pourquoi les quatre infirmiers interrogés m'ont tous souligné l'existence de différents types de stress. Pour les infirmiers 1, 3 et 4 le stress peut être de type émotionnel. Pour l'infirmier 1 cela se présente sous le fait d'être angoissé et de ne plus pouvoir agir lorsque l'on est submergé par ses émotions. Tandis que pour l'infirmière 3 cela peut être lié au fait de connaître personnellement le patient que l'on a en soin. La dernière infirmière interrogée explique quant à elle, que le stress peut être émotionnel lorsque l'on transfère l'image d'un proche sur un patient que l'on a en soin ou si l'on connaît le patient.

Selon l'infirmière 3 et 4 le stress peut également être positif ou négatif. Pour la troisième infirmière le stress positif est : « *important et nécessaire* », elle dit aussi que : « *y a une motivation en fait, qui fait que si on n'y arrive pas de toute façon la personne elle va mourir.* ». La quatrième infirmière explique aussi que : « *ce stress, y peut être positif, du coup il va te donner l'énergie, la concentration... Euh, l'effet tunnel un peu ! Du coup tu seras hyper concentrée dans ce que t'est en train de faire.* » Or elle explique aussi qu'à contrario, le stress peut être négatif : « *parce que ses substances sont très fortes et du coup ça peut te, t'épuiser ! [...] Et tu peux paniquer aussi et du coup perdre tes moyens.* ».

Le premier infirmier interrogé ainsi que le troisième et la dernière infirmière, m'expliquent également que le stress se manifeste de différentes manières et notamment corporellement. En effet l'infirmière 4 explique : « *[...] c'est physiologique en fait ! T'as une réaction euh, une agression extérieure en fait, qui peut être de diverse sorte, qui fait que toi tu as une réaction de survie on va dire. Donc ton organisme va sécréter des substances, pour que tu puisses prendre la fuite, entre guillemets. Ça c'est la chose naturelle. Donc il libère des substances pour que tu puisses réagir à une difficulté.* ». Par ailleurs elle souligne le fait de mettre de côté ses émotions pour mieux gérer son stress ainsi que suivre un schéma de soin ordonné pour anticiper au maximum les risques encourus. L'infirmier travaillant au SMUR déclare également s'enfermer dans le mutisme lors des soins afin ne pas communiquer son stress à ces collègues et au patient. Le refoulement de ses émotions est nécessaire selon lui au moment des soins. Néanmoins ces

deux infirmiers expliquent renouer une relation avec le patient une fois la phase aigüe de l'urgence surmontée.

Ce même infirmier m'a précisé que ce qui générait du stress chez lui, était essentiellement l'environnement autour de lui et non pas la situation d'urgence en elle-même. En effet celui-ci est stressé si l'équipe qui l'accompagne stress beaucoup, si la famille du patient est présente et stressée également. Il y a également la méconnaissance du service dans lequel on travaille ou encore de la situation, qui sont à son sens génératrices de stress. L'infirmière 3 le rejoint sur ce point lorsqu'elle dit que pour être efficace, il faut que le nombre de personnes au sein de l'équipe ne soit trop grand ni trop petit, qu'il faut un juste équilibre.

En effet si l'environnement de travail est saturé d'individu, il est difficile de se concentrer, de se partager les tâches et donc de diminuer son stress. Elle explique également l'importance de parler à voix haute ce que l'on fait, afin de tenir ses collègues au courant. Cela évite que les soignants se perdent dans les tâches restant à réaliser et permet donc une bonne organisation d'équipe.

De plus en lien avec la crise sanitaire actuelle, l'infirmière 4 relate que malgré les équipements mis à disposition, il y a parfois un stress lié à la peur d'être contaminé par une pathologie. Par ailleurs le premier infirmier contacté a parlé de d'autres données essentielles ayant un impact sur notre niveau de stress hormis la situation d'urgence comme : *« des situations face à l'agressivité, face à la charge de travail, euh, au manque de matériel... à l'afflux de patients aussi bien sûr ! »*.

Enfin l'infirmier 2 et l'infirmière 4, mettent en lumière l'importance de débriefing en équipe après la gestion d'une situation d'urgence. En effet l'infirmière travaillant au plateau technique interventionnel précise : *« c'est important [...] après que tu aies vécu cette situation de stress, d'en parler avec tes collègues ou même ton cadre, pour faire un retour d'expérience en fait. Ça permet d'améliorer sa pratique. [...] Pour essayer de comprendre ce qui s'est passé, qu'est-ce qu'on peut améliorer... C'est quelque chose qu'il faut pas hésiter à faire. »*.

Dès lors nous comprenons grâce aux infirmiers que le stress peut être grandement influencé par la relation de soin.

### **III. 2. 3 – La relation soignant-soigné**

La relation de soin est une donnée capitale dans la gestion d'une urgence vitale et du stress. Effectivement, tous les infirmiers interrogés sont unanimes sur le fait que le patient est au cœur de la relation de soin. Il est une priorité à ne pas négliger.

Lors de mon premier entretien l'infirmier explique : *« [...] il faut toujours euh, avoir une approche qui soit bienveillante. Déjà se présenter tout bonnement en arrivant au près du patient, dire qui l'on est parce que les patients voient en arrivant, bah notamment aux Urgences, une multitude de blouses blanches et ils savent pas forcément qui on est. [...] se présenter ça permet de euh, bah de créer euh, une relation ! »*. Effectivement se présenter dans un premier temps, permet d'orienter le patient et de le rassurer. En faisant cela, le soignant lui donne des éléments nécessaires à la construction d'une relation de confiance. L'ensemble des infirmiers citent également cet élément clé, lorsque je leur demande de quelle manière ils mènent une relation de soin.

Il est intéressant de constater que tous les infirmiers ne mènent pas forcément une relation de soin de la même façon, lors d'une urgence vitale. Certains font participer les patients aux soins afin de les canaliser, de diminuer leur angoisse et de créer un lien de confiance ; comme l'infirmière 3 qui raconte : « *Pour moi le patient il fait partie de l'équipe. [...] mais après à plusieurs degrés en fonction de sa conscience et de son état bien entendu.* »

Néanmoins il existe plusieurs façons d'inclure un patient aux soins. Cela passe déjà pour l'ensemble des infirmiers par l'explication de ceux-ci au patient. Soit avant et après les soins comme le fait l'infirmier du SMUR afin d'être totalement concentré lors des interventions ; soit pendant les soins comme le font les trois autres infirmiers questionnés.

L'infirmier travaillant aux Urgences adultes insiste sur l'importance d'employer une voix apaisante lorsque nous dialoguons avec les patients. En effet, l'hôpital étant généralement source de stress pour les patients, avec notamment le syndrome de la blouse blanche ; il est fondamental de tout mettre en œuvre pour les apaiser.

La dernière infirmière interrogée explique aussi qu'il est important d'avoir une écoute active des dires du patient : « *[...] je pense qu'on a un énorme rôle d'écouter le patient, donc de lui montrer qu'on s'occupe de lui, qu'on l'écoute vraiment. [...] faire un reflet des sentiments, de lui montrer que tu vois comment il se sent.* ». Elle ajoute que parfois nous pouvons essayer d'apaiser le patient, en lui faisant faire des exercices de relaxation par le biais de la respiration, quand cela est faisable.

La réassurance est également un point essentiel pour que la relation de soin et la gestion de l'urgence se déroulent au mieux. Elle s'enclenche en premier lieu par le fait d'expliquer les soins au patient comme stipuler plus haut dans l'analyse. Néanmoins l'infirmier du SMUR rapporte que lorsque que la situation d'un patient est trop critique, qu'elle a beaucoup de chance de se solder par le décès ; il est très souvent impossible d'apaiser le patient. Puisque la peur d'une mort imminente est solidement ancrée dans l'esprit du patient. La seule manière de le calmer dans ces cas là est l'utilisation de médicaments d'urgence prescrite par le médecin urgentiste.

Cependant l'infirmière 3 donne un conseil intéressant, celui de ne pas hésiter à réexpliquer au patient tout ce qu'il s'est passé, une fois l'urgence stabilisée. Je cite : « *[...] après quand le temps aigu est passé du vital, bien sûr on réexplique les choses, même des fois je m'excuse de l'avoir un petit peu sauté dessus, mais je lui explique pourquoi on a fait ça et dans quel but, dans un deuxième temps. Et après là, quand on est plus dans l'urgence vitale propre, on reprend un peu plus tout le relationnel, tout ce qui va se passer, l'avenir etc.* ».

Il est important de noter que l'infirmière ne prend pas seulement en charge l'urgence vitale, mais aussi tout le contexte dans sa globalité, c'est-à-dire l'urgence et le post-urgence. Nous pouvons donc constater qu'il existe une multitude de façons de mener une relation soignant-soigné, et non pas une manière de faire universelle fonctionnant pour chaque soignant. Je pense qu'il y a autant de relation de soin qu'il existe de soignants et de patients. Cette relation est propre à chaque binôme soignant – patient.

## IV- DISCUSSION

Pour donner suite à l'analyse des propos recueillis auprès des infirmiers, je vais désormais confronter leurs réponses avec les concepts clés du cadre théorique et conceptuel. Cela ayant pour but de mettre en lumière les similitudes et les discordances de point de vue, et ainsi permettre une discussion sur les phénomènes entrant en jeu dans ce travail de recherche. En outre, cette exploration pratique m'offre une possibilité d'ouverture sur d'autres questions de recherches.

Au vu des résultats de l'enquête, je constate que dans l'ensemble, les soignants interrogés sont en accord avec mon cadre conceptuel. Tout d'abord, le fait qu'ils aient tous une expérience assez complète des services d'urgence est importante, du fait que mon mémoire soit centré sur ces services. En effet tous sont d'avis que pour prendre en charge de façon efficiente une urgence vitale, l'expérience est primordiale. Cette idée rejoint la théorie de DEWEY développée ci-dessus, selon laquelle l'expérience puiserait dans nos expériences antérieures pour modifier ensuite la qualité de nos expériences ultérieures.

Ils expriment également l'importance de la formation avec l'acquisition de savoirs théoriques et de compétences, comme l'explique Christine PAILLARD dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers : « Pour P. Perrenoud, développer une compétence correspond à l'aptitude à maîtriser une famille de situations et de processus complexes en agissant dans un but précis.<sup>78</sup> ». De plus selon Marie ALDERSON et deux autres auteurs ayant rédigé l'article « Une analyse évolutionniste du concept de compétence » paru dans le numéro 116 du magazine « Recherche en soin infirmiers » : « Plusieurs auteurs font état du fait que les infirmières devront acquérir différentes connaissances afin de développer des compétences [...]. Peu d'auteurs vont jusqu'à définir les différents types de connaissances, mais certains d'entre eux spécifient que les connaissances sont d'ordre déclaratif (connaissances théoriques), procédural (connaissances pratiques) et conditionnel (connaissances sur le contexte) [...]. L'infirmière devra intégrer et savoir mobiliser ces différentes connaissances afin que leurs compétences s'expriment.<sup>79</sup> ». Néanmoins il est intéressant de noter que la troisième infirmière interrogée désigne plus particulièrement des compétences que je n'ai pas développées dans le cadre conceptuel et théorique, comme la capacité à être organisé et à savoir communiquer efficacement au sein d'une équipe. De plus je me rends compte que j'ai développé uniquement le concept d'expérience à l'échelle individuelle et non à celle d'un groupe, d'une équipe. Rappelons qu'une équipe est définie par le centre de ressources textuelles et lexicales comme un « groupe de personnes réunies pour accomplir ensemble un travail commun<sup>80</sup> ».

Concernant le concept de stress, je constate que la dernière infirmière interrogée m'a donné une définition du concept, lorsque je lui ai demandé de quelle manière le stress se manifestait chez elle. Sa réponse rejoint la définition donnée par le dictionnaire des concepts en soins infirmiers évoquée dans le cadre théorique. J'ai également noté que leurs stratégies pour faire face au stress, n'est autre que la stratégie de coping développée par URSIN et LEVINE. Néanmoins les infirmiers ne citent jamais le mot « coping » lorsqu'ils parlent des moyens mis en place pour diminuer leur stress. A la place, ils confient leur manière de faire en énumérant leurs actions : refouler leurs émotions, se concentrer sur les soins etc. Pour faire un rappel avec

---

<sup>78</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. p. 103.

<sup>79</sup> ALDERSON Marie, CHARRETTE Martin, GOUDREAU Johanne. Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Recherches en soins infirmiers*, 2014, n°116. p. 26.

<sup>80</sup> Disponible sur internet : <https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9quipe>

le cadre conceptuel, la théorie d'URSIN et LEVINE repose sur trois éléments, qui selon eux influencent le coping : le contrôle (on gère les manifestations du stress pour rester maître de nous-même), le feedback (la connaissance de l'expérience stressante va diminuer notre stress) et enfin la prédiction (l'anticipation de la situation permet une meilleure maîtrise de soi et une meilleure approche)<sup>81</sup>.

Cependant j'ai remarqué que lorsque que j'ai traité la partie sur le stress dans le cadre théorique, je n'ai pas du tout abordé la notion de débriefing, contrairement aux infirmiers qui m'ont souligné son importance. Il est défini par le dictionnaire Larousse comme « *l'action de faire parler quelqu'un, de l'aider à formuler de vive voix ce qu'il ressent après un événement [...], dans un but de soutien psychologique* »<sup>82</sup>. Ce processus de discussion post-événementiel est primordial pour l'évolution des pratiques, la posture réflexive ainsi que pour le bien-être des soignants. Cela permet de ne pas garder pour soi des appréhensions et donc d'avoir une meilleure approche des situations de stress à venir, que ce soit sur le plan individuel ou collectif.

Par ailleurs concernant la relation soignant-soigné, les infirmiers expriment l'importance d'agir vite et de façon efficace face à un patient en situation de détresse vitale. Dès lors ils ne laissent pas la place à leurs émotions et essaient directement de rassurer le patient en maîtrisant au possible leurs communication non-verbale. Car si le patient identifie l'équipe comme étant stressée, il aura plus de mal à gérer son niveau d'anxiété. De plus comme expliquer dans le cadre théorique, ceux-ci mettent en lumière l'importance d'une communication adaptée, avec une voix apaisante comme le disait l'infirmier 1 ; mais aussi la nécessité de transmettre les informations en amont des soins au patient, de façon claire et précise. Tout cela sert à apaiser le patient le plus possible, malgré qu'il soit parfois dans un état de panique incontrôlable du au degré d'urgence de son état.

Néanmoins lors d'une urgence vitale, la relation de confiance est je dirais imposée, puisque si les soignants n'agissent pas, le patient mourra. Or je n'avais pas soumis cet aspect là de la relation de confiance dans le cadre conceptuel. Il est également important de maintenir une relation d'aide avec le patient une fois la phase aigue traversée. C'est ce qu'expliquaient l'infirmier du SMUR et l'infirmière travaillant aux Urgences. En effet je n'avais pas abordé ce point, or la prise en soin d'un patient ne se limite pas à la prise en charge somatique. Il est important de poursuivre la relation de soin une fois la phase d'urgence évincée, afin de réexpliquer au patient ce qu'il s'est passé, lui demander ce qu'il en a compris et l'aiguiller dans la conduite à tenir en post-urgence.

Ainsi, après avoir effectué ce travail, plusieurs questions me viennent à l'esprit :

- En quoi un suivi des patients en post-urgence est-il important ?
- Quel est l'impact d'un décès lors d'une urgence vitale sur l'équipe soignante ?
- En quoi les stratégies de coping mises en place par le soignants lors d'une situation d'urgence peuvent elle impacter la relation de soin ?

Toutes ces questions peuvent à mon sens faire l'objet d'une nouvelle étude. Néanmoins je pense que le suivi d'un patient en post-urgence sera l'hypothèse de recherche que je développerais.

---

<sup>81</sup> BLOCH Henriette, CHEMAMA Roland, DEPRET Éric, *et al. Grand dictionnaire de la psychologie*. p. 902.

<sup>82</sup> Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9briefing/21917>

## CONCLUSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche en sciences infirmières aura été très bénéfique selon moi. En effet il m'a permis d'analyser et donc de mieux comprendre les réactions que j'ai pu avoir face à la situation vécue. Mais également à adopter un regard professionnel, plus mature, c'est-à-dire un regard distancié. De plus ce travail m'a conduit à approfondir ma posture réflexive, à mieux cerner les enjeux liés à une urgence vitale, mais aussi à les appréhender de façon plus sereine et réfléchie.

Ayant comme projet professionnel de travailler aux urgences, le choix de ce thème de recherche était donc significatif pour moi. En effet il m'a permis de démystifier l'urgence vitale et ses enjeux ainsi que relativiser sur la prise en charge de celle-ci. Je retiens grâce aux entretiens menés auprès des infirmiers que nous ne sommes pas tout seul face à l'urgence, et qu'il faut se laisser le temps de se forger une expérience professionnelle, afin de prendre en charge ce genre de situation efficacement. Néanmoins, cette recherche a également mis en lumière l'intérêt de la prise en charge post-urgence du patient.

Dès lors ce travail de recherche ainsi que le témoignage des soignants, m'aideront à améliorer ma pratique professionnelle ainsi qu'à la remettre en question au besoin. Car même si ces trois ans de formation m'ont transmis des valeurs professionnelles essentielles, mon identité d'infirmière quant à elle continuera de se forger tout au long de ma carrière.

## BIBLIOGRAPHIE

### **Ouvrages :**

BAGGIO, Stéphanie. *Psychologie sociale : concepts et expérience*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2011. 176 p.

BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre. *Les soignants face au stress*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2003. 181 p.

DUBOIS FRESNEY Catherine, PERRIN Georgette. *Le métier d'infirmière en France*. Paris : Presses Universitaires de France, 2017. 128 p.

DANTZER, Robert. *Les émotions*. Paris : Presses Universitaires de France, 2002. 128 p.

JOLY, Bruno. *La communication*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2009. 150 p.

KOTSOU Ilios, MIKOLAJCZAK Moïra, QUOIDBACH Jordi, *et al.* *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunos, 2014. 336 p.

MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. 3<sup>e</sup> éd. Rueil-Malmaison : Elsevier Masson, 2008. 223 p.

MORTERA Simone, NUNGE Olivier. *Gérer ses émotions : des réactions indispensables*. Genève : Jouvence, 1998. 96 p.

PETIT, Emmanuel. *Economie des émotions*. Paris : La découverte, 2015. 128 p.

RUSINEK, Stéphane. *Les émotions : Du normal au pathologique*. Paris : Dunod, 2004. 126 p.

SANDER David, SCHERER Klaus R. *Traité de psychologie des émotions*. Paris : Dunod, 2014. 485 p.

ZARIFIAN, Philippe. *Le modèle de la compétence : Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Liaisons, 2004. 115 p.

### **Dictionnaires :**

BLOCH Henriette, CHEMAMA Roland, DEPRET Éric, *et al.* *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse, 2011. 1064 p.

LA BORDERIE René, MORANDI Franc. *Dictionnaire de pédagogie : 120 notions-clés, 320 entrées*. Paris : Nathan, 2006. 271 p.

PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. 3<sup>e</sup> éd. Noisy-le-Grand : Setes, 2016. 568 p.

REY, Alain. *Le robert micro : dictionnaire de la langue française*. 3<sup>e</sup> éd. Paris : Poche, 1998. 1506 p.

#### **Articles de revues :**

ALDERSON Marie, CHARRETTE Martin, GOUDREAU Johanne. Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Recherche en soins infirmiers*, 2014, n°116. p. 28-39.

BARBIER Jean-Marie, ZEITLER André. La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche & formation*, 2012, n°70. p. 107-118.

BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, Stress, Coping. *Recherche en soins infirmiers*, décembre 2001, n°67. 68-83 p.

CHABROL, Henri. Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2005, n°82. p. 31-42.

FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°89. p. 33-42.

POLICARD, Florence. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, juin 2014, n°117. p. 33-49.

PSIUK, Thérèse. Evolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, 2006, n°84. p.16-28.

#### **Documents Internet :**

Académie Nationale de Médecine [en ligne] [Mise à jour en 2020] [Référence du 03/04/2020]. Disponible sur internet : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=r%C3%A9assurance>

BABATASI Catherine, MAILLARD Laurent, MARDEGAN Pierre, et al. *Société Française de Médecine d'Urgence* [en ligne] [Mise à jour en février 2003] [Référence du 25/02/2020]. Disponible sur internet : <https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/sauv.pdf>

BÉLORGEY Pascale, VAN LAETHEM Nathalie. *Emarketing.fr* [en ligne] [Référence du 05/03/2020]. Disponible sur internet : <https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/Identifier-les-6-emotions-fondamentales-326064.htm>

BOURRIER P, CHÉRON G, GERBEAUX P, et al. *Société Française de Médecine d'Urgence* [en ligne] [Mise à jour en 2001] [Référence du 22/03/2020]. Disponible sur internet : [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjdm\\_rC3q3oAhUNzoUKHUQXCosQFjAGegQIBxAB&url=http%3A%2F%2Fw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjdm_rC3q3oAhUNzoUKHUQXCosQFjAGegQIBxAB&url=http%3A%2F%2Fw)

[www.sfm.u.org%2Fupload%2FpreferentielsSFMU%2Fref\\_uhcd.pdf&usg=AOvVaw0RptzPAuQdirQYadgKOe7C](http://www.sfm.u.org%2Fupload%2FpreferentielsSFMU%2Fref_uhcd.pdf&usg=AOvVaw0RptzPAuQdirQYadgKOe7C)

*CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)* [en ligne] [Référence du 28/04/2020]. Disponible sur internet : <https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9quipe>

*CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)* [en ligne] [Référence du 23/03/2020]. Disponible sur internet : <https://www.cnrtl.fr/definition/relation>

*CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)* [en ligne] [Référence du 21/03/2020]. Disponible sur internet : <https://www.cnrtl.fr/definition/sentiment>

*Inserm iPubli* [en ligne] [Référence du 12/03/2020]. Disponible sur internet : [www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/?sequence=18](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/?sequence=18)

*Larousse* [en ligne] [Référence du 03/04/2020]. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9assurance/66862>

*Larousse* [en ligne] [Référence du 26/03/2020]. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>

*Larousse* [en ligne] [Référence du 28/04/2020]. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9briefing/21917>

*Larousse* [en ligne] [Référence du 11/03/2020]. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>

*Légifrance* [en ligne] [Mise à jour du 26/01/2020] [Référence du 30/03/2020]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

*Le Figaro Santé* [en ligne] [Référence du 02/03/2020]. Disponible sur internet : <https://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/stress/stress-generalites/origine-mot-stress>

# **ANNEXES**

## SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien ou questionnaire .....	I-II
Annexe 2 : Grille d'analyse des entretiens .....	III-IV

# Annexe 1

## GUIDE D'ENTRETIEN

### **En quoi la gestion du stress influe dans la prise en soins d'un patient en situation de décompensation d'une fonction vitale aux urgences ?**

#### **Thème : L'URGENCE**

Question 1 :

- Avez-vous déjà pris en charge une urgence vitale et quel en a été votre ressenti ?

Questions de relance :

- Pensez-vous que votre expérience a facilité la prise en charge ? Pourquoi ?
- Quelles sont les compétences nécessaires à la prise en charge d'une urgence vitale selon vous ?
- Selon vous, quels sont les éléments fondamentaux permettant une prise en charge efficiente ? (Formation, Compétence)

***Objectif : Identifier si les soignants ont déjà eu une expérience de l'urgence vitale et l'importance de la formation / expérience face à cette situation.***

#### **Thème : LE STRESS**

Question 2 :

- Avez-vous déjà été confronté à des situations stressantes dans le cadre de votre profession ?

Questions de relance :

- Comment le stress se manifeste-t-il selon vous ?
- Quels sont les facteurs qui influencent votre stress ?
- Selon vous quelle est la part d'influence des émotions lors d'une situation stressante / urgence vitale ?

***Objectif : Avoir une vision globale du stress, de ses effets ainsi que ses conséquences.***

#### **Thème : LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ**

Question 3 :

- Dans le cadre d'une urgence comment menez-vous la relation de soin avec le patient ?

Questions de relance :

- Quels outils de la relation sont importants selon vous lors d'une situation d'urgence ?
- Qu'est-ce qui permet de mettre en place une relation de confiance ou d'aide ? (Communication)
- Dans une situation d'urgence, comment tentez-vous d'apaiser votre patient ?

***Objectif : Identifier les moyens mis en place face au stress du patient en situation de décompensation d'une fonction vitale, identifier les points clés de la relation soignant-soigné.***

**Talon sociologique :**

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien de temps êtes-vous infirmier ?
- Dans quel service travaillez-vous et depuis combien de temps ?
- Avez-vous choisi de travailler dans ce service ?
- Quel est votre parcours professionnel ?

***Objectif : Recensement des infirmiers dans un but comparatif.***

## Annexe 2

### GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

	<b>IDE 1</b>	<b>IDE 2</b>	<b>IDE 3</b>	<b>IDE 4</b>
<b>Les ressentis face à la prise en charge d'une urgence vitale</b>	<p>-Prise en charge d'urgences maintes fois.</p> <p>-En début de carrière moins d'outils (personnels) et en fonction du lieu de travail moins d'outils matériels.</p> <p>-Expérience primordiale pour être efficace.</p>	<p>-Prise en charge d'urgences quotidiennement.</p> <p>-En début de carrière, beaucoup de stress.</p> <p>-Actuellement, presque plus de stress grâce à l'expérience, à la formation initiale + IADE, aux connaissances.</p>	<p>-Prend très souvent en charge des urgences vitales.</p> <p>-Présence de stress car on doit faire vite et être efficace.</p> <p>-Expérience primordiale. On n'appréhende pas une urgence de la même manière en début de carrière. Chaque expérience vécue, aide à vivre les prochaines à venir.</p> <p>-Compétences nécessaires pour la prise en charge d'une urgence : bonne organisation, l'expérience personnelle et celle de l'équipe, la communication au sein de l'équipe, connaissances et expérience pour anticiper les soins et ne pas être pris au dépourvu.</p> <p>-Stress émotionnel si on connaît la personne.</p> <p>-Stress si les thérapeutiques sont inefficaces.</p>	<p>-A pris en charge plusieurs fois des urgences vitales.</p> <p>-Plusieurs facteurs influencent le stress (équipe et son expérience, notre expérience personnelle, le manque de moyens matériels)</p> <p>-Stress n'est pas le même si on connaît la personne, stress émotionnel.</p> <p>-Notre stress peut être influencé par notre état émotionnel et physique au moment de l'urgence vitale (fatigue, problèmes de vie personnelle, peur d'être contaminé dans le cas du COVID-19)</p>
<b>Les ressentis face au stress</b>	<p>-Existence de plusieurs situations stressantes.</p> <p>-Lié à l'expérience du soignant.</p> <p>-Se manifeste émotionnellement, corporellement.</p>	<p>-Plutôt stressé par l'environnement (familles, stress des collègues, méconnaissance de la situation, du service, etc) que par la situation en elle-même.</p> <p>-Confiance dans l'équipe est</p>	<p>Stress se manifeste quand : on veut accélérer les choses car ça peut être source d'erreur.</p> <p>-Stress peut être positif (adrénaline, motivation, nécessaire) et négatif (perte de ses moyens, trop de monde</p>	<p>-Différents types de stress : positif (apporte de l'énergie et la concentration) et négatif (perte de ses moyens, épuisement, panique)</p> <p>- « <i>Stress est dû à une agression extérieure de sorte diverse.</i></p>

	-Parfois on est plus capable d'agir.	<p>sécurisante.</p> <p>-Un environnement maîtrisé diminue le stress.</p> <p>-Manifestation du stress : physiologique (sudation), mutisme afin de ne pas partager son stress à l'équipe et au patient.</p> <p>-Besoin de débriefer après les interventions stressantes.</p> <p>-Emotions refoulées le plus possible au moment de l'urgence vitale pour maîtriser son stress.</p>	donc perte des repères)	<p><i>Organisme secrète des substances pour prendre la fuite et enclenche notre instinct de survie ».</i></p> <p>-Met ses émotions de côté pour mieux gérer son stress et suit un schéma de soin ordonné pour anticiper au maximum les complications/risques.</p> <p>-Plus on a de connaissances et d'expériences, plus on est confiant et moins on est stressé car on anticipe beaucoup mieux les risques.</p>
<b>La relation soignant-soigné lors d'une urgence vitale</b>	<p>-Avoir une approche bienveillante : se présenter, explication des soins et leurs but.</p> <p>-Voix apaisante.</p>	<p>-Explique en amont, avant les soins, au patient ce qui va se passer, le but des soins etc, pour le calmer, l'apaiser.</p> <p>-Pendant les soins ne parle plus au patient afin de gérer son stress.</p> <p>-Avant et après les soins, relation soignant-soigné « normale », empathie, care etc.</p> <p>-Quand il y a de fortes chances que le patient décède, c'est très dur voire impossible de le calmer.</p>	<p>-Patient doit être conscient.</p> <p>-Patient fait partie de l'équipe, doit l'inclure dans les soins pour qu'il se laisse faire et que la prise en charge soit efficace, ça le canalise car se sent impliqué dans les soins.</p> <p>-Lui expliquer les soins, être franc. Tout ça va le calmer et le rassurer car création d'un lien entre lui et l'équipe.</p> <p>-Exprimer à voix haute ce que l'on fait pour tenir les collègues au courant (organisation).</p> <p>-Post urgence : réexpliquer les gestes, pourquoi on les a faits, réassurance, aborder l'après etc.</p>	<p>-La priorité est la mise en place des thérapeutiques qui vont le stabiliser.</p> <p>-Communiquer avec le patient en même temps.</p> <p>-Partage des tâches entre les soignants, un parle avec le patient, l'autre met en place les thérapeutiques etc.</p> <p>-Très important d'écouter activement et de rassurer le patient. Expliquer ce que l'on fait etc.</p> <p>-L'aider à se détendre par le biais d'un exercice de relaxation respiratoire si possible selon l'état clinique du patient.</p>



ROBERT Angéline

## **L'urgence vitale, source de stress !**

En tant qu'infirmiers nous serons tous amenés à prendre en charge, au moins une fois au cours de notre carrière, un patient en situation d'urgence vitale. En effet j'ai moi-même été confrontée à ce genre de situation, lors d'un stage en service d'Urgence adulte. Cela m'a énormément questionné, c'est pourquoi j'ai décidé d'aborder dans ce travail de fin d'étude la problématique suivante : En quoi la gestion du stress influe dans la prise en soins d'un patient en situation de décompensation d'une fonction vitale aux urgences ?

J'ai donc suite à cela élaborer un cadre conceptuel et théorique, afin aborder les différents concepts clé lié à ma question de départ. Puis j'ai réalisé un guide d'entretien semi-directif, que j'ai soumis à quatre infirmiers spécialisé dans l'Urgence, pour avoir un aperçu de la différence entre la théorie et la réalité du terrain. J'ai ensuite analysé leurs dires, puis je les ai confrontés au cadre conceptuel et théorique.

Dès lors j'ai remarqué que l'expérience, la formation, ainsi que la communication étaient les éléments fondamentaux d'une prise en charge efficiente. Cela m'a permis d'élaborer une nouvelle problématique, ayant pour but d'approfondir la recherche et l'analyse de ce travail.

**MOTS-CLES : URGENCE VITALE / STRESS / EMOTIONS / SOIGNANTS / RELATION SOIGNANT-SOIGNE**

## **Life-threatening emergency, source of stress !**

As nurses, we will all be required to take over a patient in a life-threatening emergency situation, at least once in our careers. Indeed, I myself faced this type of situation during an internship in the adult emergency department. This situation made me question myself a lot, that is why I decided to tackle the following problem in my final thesis: How does stress management affects the care of a patient with decompensating vital function in the emergency department?

I developed a conceptual and theoretical framework in order to approach the different key concepts related to my initial question. Then I carried out a semi-directive interview guide, which I submitted to four nurses specialized in the emergency department, to get an overview of the difference between theory and reality on the ground. I thereupon analyzed their statements and compared them with the conceptual and theoretical framework.

From then on, I noticed that experience, training and communication were the fundamental elements for efficient care. This made me define a new question, so as to deepen the research and analysis of this work.

**KEY WORDS : LIFE-THREATENING EMERGENCY / STRESS / EMOTIONS / CAREGIVERS / PATIENT-CAREGIVER RELATIONSHIP**

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
460 rue Jurien de la Gravière - 29200 BREST  
MIRSI - Année de formation 2017-2020