

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES :

**STRESS, URGENCE ET REANIMATION : QUAND IL FAUT
PRENDRE UNE DECISION...**



Institut de Formation en Soins Infirmiers

AMBROISE PARE



Session Juillet 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier, en toute sincérité et honnêteté, mon formateur guidant, Monsieur Samuel DESTRINGUET, cadre de santé formateur à l'IFSI Ambroise Paré de Mons-en-Barœul, sans qui ce travail de fin d'études n'aurait certainement pas pu voir le jour. Sa disponibilité, sa bienveillance, sa pédagogie et ses conseils m'ont permis d'évoluer et de réussir à finir ce travail de fin d'études qui me tient particulièrement à cœur. Je le remercie très humblement d'avoir été compréhensif et autant à l'écoute tout au long de l'élaboration de ce travail, malgré mes doutes et mes incertitudes.

Je remercie également ma référente de suivi pédagogique, Madame Sylvie BUISINE, cadre de santé formatrice à l'IFSI Ambroise Paré de Mons-en-Barœul, qui m'a aidée, accompagnée, soutenue, suivie et comprise tout au long de mes études, et dont sa présence m'a permis de m'épanouir au mieux en tant qu'étudiante. Je la remercie de sa bienveillance, de son professionnalisme et de sa bonne humeur. Grâce à sa passion du métier ainsi que ses valeurs soignantes, elle m'a transmis des qualités professionnelles essentielles afin de devenir une soignante qualifiée.

Je remercie tous les professionnels de santé rencontrés pour les entretiens de ce travail de fin d'études, leur disponibilité et leur bienveillance à mon égard, ainsi que tous ceux que j'ai pu rencontrer lors de mes différents stages et qui m'ont permis de m'épanouir, de me construire en tant que future professionnelle et de développer mon identité professionnelle.

Je remercie, avec autant d'émotions, ma famille, ma Maman, mes amis ainsi que ma meilleure amie, Marine, m'ayant soutenue tout au long de mes études et ayant cru en moi et en mon projet jusqu'à l'obtention de mon diplôme. Leur présence et leur soutien irrévocables m'ont portée pendant ces trois années de formation et m'ont aidée à l'élaboration de ce travail de fin d'études.

SOMMAIRE

Introduction	1
PREMIERE ETAPE	2
A. Constat de départ.....	2
B. Phase exploratoire.....	4
DEUXIEME ETAPE	7
Cadre contextuel	7
I- La réanimation	7
A. Le service de réanimation, un service spécifique	7
1) Qu'est-ce que la réanimation ?	7
2) Un peu d'histoire	8
3) Législation	10
B. L'infirmière	11
1) Le métier d'infirmière, un métier spécifique	11
2) L'infirmière en réanimation	12
II- La situation d'urgence	13
A. Qu'est-ce qu'une urgence ?	13
B. Infirmière et urgence, quelles responsabilités ?	14
III- Le stress	15
A. D'où vient le mot « stress » ?	15
1) Qu'est-ce que le stress ?.....	15
2) Les origines du stress.....	16
B. Conclusion.....	18
Cadre conceptuel	19
I- Le stress	19
A. Le stress, ou l'ami peu connu	19
1) La physiologie du stress	19
2) Le « bon » stress	21
B. Les stratégies d'adaptation, ou « coping »	22
1) Les différentes stratégies	22
2) L'adaptation en urgence.....	24
II- Les compétences de l'infirmière.....	26

A.	Qu'est-ce qu'une compétence ?	26
1)	Les compétences de l'infirmière.....	26
2)	Les compétences de l'infirmière en réanimation.....	29
B.	Les compétences en situation d'urgence	30
1)	Compétence et urgence.....	30
2)	Les limites des compétences de l'infirmière en situation d'urgence	32
III-	Synthèse du cadre théorique	33
	Entretiens professionnels	34
I-	Choix de l'outil d'investigation	34
II-	Présentation des professionnels interrogés	34
III-	Analyse de contenu	35
1.	La situation d'urgence	35
2.	Le stress	38
1)	Qu'est-ce que le stress ?.....	38
2)	Réanimation = stress ?	39
3)	La gestion du stress dans la compétence IDE.....	40
a)	L'expérience professionnelle	40
b)	Les connaissances théoriques.....	41
IV-	Réajustements	42
	TROISIEME ETAPE	43
I-	Formulation de la problématique.....	43
	QUATRIEME ETAPE.....	44
I-	Perspectives professionnelles	44
II-	Conclusion du travail de recherches	45

Introduction

Le service de réanimation, un contexte bien spécifique...

C'est dans ce contexte que j'ai réalisé mon premier stage de troisième année. En tant qu'étudiante, la pression était particulièrement importante, car c'était ma première expérience dans un tel service. Mais ce n'est pas sans dire lorsque nous rencontrons, nous, professionnels de santé, une situation d'urgence, lors de notre journée de travail.

C'est pourtant ce qui m'a poussée à me demander quels facteurs m'influençaient, en tant que future professionnelle, dans ma prise de décisions, face à une situation d'urgence d'un de mes patients, où j'en ai la responsabilité. Evidemment, la question du stress, en réanimation comme face à une urgence, est présente dans l'esprit de chacun.

Avant d'aborder le sujet de ce travail de fin d'études, il me semble essentiel de parler de mes antécédents face au stress. Le stress, c'est quelque chose qui me suit depuis toujours. Perfectionniste, j'ai toujours été très dure avec moi-même, tant dans ma vie personnelle, qu'en tant qu'étudiante face à ma future vie professionnelle. En entrant en première année d'étude d'infirmière, l'idée de travailler sur ce sujet est déjà présente. Puis, mes stages professionnels m'ont permis de me développer dans mon identité professionnelle, et m'ont appris à aborder ce stress d'une autre manière.

Seulement, le stress aigu, en situation d'urgence, m'était inconnu jusqu'au jour où j'ai passé les portes du service de réanimation. C'est là que je me suis décidée de m'arrêter sur ce stress si spécifique, qui m'a permis ainsi d'agir pour ma patiente. Ainsi est là le point de départ de ce travail.

Ce travail s'articulera de la façon suivante : je démarrerai par présenter mon constat de départ. Ensuite, après avoir réalisé des recherches bibliographiques, elles me permettront de formuler ma question de départ. Celle-ci représente alors le fil conducteur de ce travail élaboré, puisqu'en découleront des recherches et ainsi le cadre théorique développé à partir des mots-clés de la question de départ. A la suite du cadre théorique, des entretiens menés auprès des professionnels de terrain seront réalisés et confrontés à la théorie. Par conséquent, nous pourrons ainsi formuler la problématique de ce travail de fin d'études. Enfin, pour terminer, une perspective professionnelle et une conclusion viendront terminer ce mémoire.

Première étape

A. CONSTAT DE DEPART

J'effectue mon sixième stage de ma formation infirmière, lors de mon semestre cinq, dans un hôpital public des Hauts-de-France pendant dix semaines. Je suis dans un service de réanimation neurochirurgicale, accueillant de multiples pathologies (hémorragie méningée, traumatisme crânien, tumeurs cérébrales, patients polytraumatisés...) et des patients de tout âge. Les événements retenus pour présenter ma situation d'appel de mon travail de fin d'études se déroulent lors de la huitième semaine de mon stage, où je suis encadrée par mon tuteur de stage, un infirmier. Il me laisse prendre en charge dans leur globalité deux patients intubés, ventilés et sédatisés. A ce jour, je prends en charge Monsieur J (nom d'emprunt), 23 ans ainsi que Madame S (nom d'emprunt), 45 ans.

Nous sommes le 25 octobre 2019. Je prends mon poste de matin à 6h40 ce jour, où nous prenons les transmissions avec mon tuteur. Il me laisse rapidement en autonomie et je commence à prélever mes bilans sanguins. Après avoir réalisé cet acte chez Monsieur J, j'oriente rapidement ma prise en charge chez Madame S, puisque l'aide-soignant en binôme avec moi ce jour me demande mon aide pour tourner la patiente lors de la toilette. Madame S est une patiente de 45 ans, entrée dans le service il y a une semaine suite à une hémorragie méningée sur rupture d'une probable malformation artérioveineuse cérébrale. Madame S est veuve, a une fille et deux petits-fils. Elle présente comme antécédents une cirrhose hépatique d'origine alcoolique. C'est le deuxième jour où je la prends en charge.

Une fois la toilette terminée, je commence ma surveillance neurologique de huit heures. La patiente, installée, commence à désaturer à 92%, alors qu'initialement elle présentait une saturation à 95%. Je me tourne vers le respirateur, cette machine qui respire artificiellement pour la patiente, et augmente le pourcentage d'oxygène envoyé dans les poumons. Madame S ne répond pas et continue de désaturer à 85%. Le stress commence à monter car je me retrouve seule dans la chambre, à devoir gérer ma patiente qui présente un problème. Je me décide d'alerter rapidement et appelle l'aide-soignant, parti peu de temps après la toilette terminée, pour qu'il prévienne mon tuteur que j'ai besoin d'aide. Je décide de prendre une sonde d'aspiration et de commencer à l'aspirer. Seulement, Madame S mord sur sa sonde d'intubation, ce qui rend mon passage impossible.

Mon cœur commence à s'accélérer, mes mains sont moites, le scope se met en alarme car la saturation est maintenant à 78%. Je sens le stress monter peu à peu. Le respirateur se met également en alarme, puisque Madame S mord sur sa sonde et il ne peut donc pas introduire le volume demandé. Je décide de mettre en place une canule de Guedel, essaye de la mettre tant bien que mal. Madame S continue de mordre sur sa sonde fortement. Paniquée, je force et je ne réfléchis plus. J'introduis finalement la canule, ce qui empêche Madame S de mordre sur sa sonde d'intubation. Ces alarmes me tapent dans la tête, je persévère et finit par introduire ma sonde d'aspiration. J'appelle à l'aide, la saturation ne remonte pas et est à 63%. Je décide d'instiller (humidifier dans la sonde d'intubation à l'aide de sérum physiologique) afin de pouvoir être plus efficace dans mes aspirations. Je ne sais pas si mes idées sont bonnes, si mes soins sont efficaces. Je ne sais plus si mes soins sont de qualité ou non, tellement le stress m'envahit. Les aspirations sont productives, Madame S tousse et le scope ne s'arrête pas d'alarmer. Je me sens sous tension en ne sachant plus quoi faire. Je me sens mal, mes idées fusent et je réfléchis paniquée à ce que je peux faire d'autre. J'ai très chaud dans cette chambre, inquiète et effrayée à l'idée de ne pas pouvoir arranger la situation et je continue d'aspirer la patiente.

Mon tuteur arrive en courant et me demande ce qu'il vient de se passer. Je lui explique, lui raconte tous les soins que j'ai pu faire. Ma voix tremble, je continue d'aspirer la patiente encore une fois. Les alarmes continuent de sonner et je me sens dépassée, me sentant inefficace face à cette situation. Mes aspirations sont productives, mon tuteur me dit de continuer et appelle l'anesthésiste de garde.

Enfin, l'aide-soignant, qui était arrivé en même temps que mon tuteur, me dit que la saturation remonte. Je vois les chiffres augmenter peu à peu, laisse en place la canule de Guedel et regarde mon tuteur affolée. Mon cœur ne ralentit pas et je commence seulement à me sentir mieux lorsque la saturation remonte à 91%. L'anesthésiste de garde arrive et demande à mon tuteur quel est le problème. Il lui explique que Madame S vient de désaturer jusqu'à 63%, qu'elle était très encombrée et qu'elle mordait fortement sur sa sonde d'intubation. L'anesthésiste prescrit une radio de thorax et augmente les paramètres ventilatoires ainsi que les sédations mises en place. La saturation reste aux alentours de 91%. Je continue d'avoir chaud, range le matériel utilisé et décide de laisser ma patiente se remettre de cet épisode.

Je m'assois vers le poste de soins et essaye de reprendre mes esprits. Je ne sais pas quoi penser de ma prise en charge. Je me sens perdue et dépassée. Mon tuteur arrive et s'assoit à côté de moi :

- « - *Ca va Apolline ? Tu es toute blanche...*
- *Oui, ça va merci ! Je me remets de mes émotions, c'est dur de gérer son stress dans une situation pareille.*
 - *Ce n'est jamais évident, mais tu as bien réagi. Le stress n'est pas toujours mauvais, tu sais ! »*

Je me remémore ce qu'il vient de se produire et peut encore ressentir ce stress permanent dans ma poitrine. Je me demande alors si ce stress que j'ai pu ressentir tout au long de ma prise en charge, m'a permis d'être plus efficace, ou au contraire, m'a freinée et m'a empêchée de réfléchir correctement, et ainsi de prodiguer des soins de qualité. Je me questionne enfin sur ma prise en charge infirmière, et plus particulièrement sur la qualité de mes soins prodigués, alors que j'étais submergée par le stress. Suite à cette situation, une multitude de questions m'occupe l'esprit.

Questionnement spontané :

Le stress m'a-t-il permis d'être plus efficace dans cette situation d'urgence ? Ou a-t-il été un frein m'empêchant d'être efficace ? Est-ce qu'il m'a permis d'agir plus rapidement ? Est-ce que j'ai réussi à bien gérer ce stress envahissant et permanent ? Ai-je bien agi pour ma patiente, alors que j'étais submergée par le stress ? Est-ce que le contexte de réanimation accentue la présence du stress dans la prise en charge infirmière ? Le manque de connaissances a-t-il un impact sur le stress vécu ?

B. PHASE EXPLORATOIRE

Dans l'article « *Le stress, ami ou ennemi mal connu* », rédigé par l'intervenante en management et prévention des risques E. VIEYRA, paru dans la revue de L'aide-soignante n°180 (2016, p30), l'auteur explique le phénomène de stress. Selon elle, « *le stress est une réaction naturelle de notre corps qui cherche à s'adapter à ce qu'il perçoit comme danger. [...] Le stress nous aide à nous adapter rapidement face à une situation d'urgence.* » Ainsi, le phénomène de stress peut être ressenti dans le quotidien de l'infirmier, et plus particulièrement dans un contexte de situation d'urgence, contexte pouvant être perçu comme le danger du patient. Il est donc lié à l'efficacité de la prise en charge infirmière lors d'une situation d'urgence. Seulement, elle précise que « *certaines évoquent le fait d'être plus efficace grâce au stress, ils sont motivés par la peur d'échouer, la montée d'adrénaline.* » Les réactions face au stress sont donc individu-dépendant, puisque chaque individu réagit différemment face au phénomène de stress, pouvant être tétanisant pour d'autres personnes. Dans ce même article, l'auteur explique ensuite la différence du bon stress et du mauvais stress. Elle précise que « *la notion de bon stress correspondrait à ce qui nous permet de surmonter nos peurs, nos difficultés. Il peut nous rendre plus efficace et rapide.* » En cela, le stress positif, peut avoir un impact sur la personne qui ressent ce phénomène. Il stimule, et permet de mettre en place des actions plus ou moins rapidement. Cependant, permet-il d'être plus efficace pour autant ?

A travers son ouvrage « *Les soignants face au stress* », Françoise BOISSIERES, infirmière (2003, p40), nomme le travail de Hans SELYE, médecin endocrinologue québécois, et notamment la distinction entre ce qu'il nomme « le bon stress » du « mauvais stress ». Le bon stress est ainsi traduit comme « *la réponse positive de notre organisme à une stimulation qui nous permet de survivre ou de bien vivre.* »

L'auteur fait remarquer que « *face au stress, nous allons créer des stratégies d'adaptation individuelles. L'ensemble de ces stratégies est appelé « coping »* ». Selon elle, il existe deux types de coping. Le premier est le coping de retrait, défini par une attitude de fuite, et le deuxième, le coping actif, où l'individu va mettre en place des actions afin de chercher des solutions et des informations nécessaires face à la situation de stress. Selon l'auteur, la personne est donc capable de trouver des stratégies d'adaptation adéquates face à la situation de stress, seulement s'il réalise un travail sur soi-même. Ainsi, le soignant, face à une situation d'urgence, est capable de mettre en place une stratégie d'adaptation adéquate.

Finally, the author shows us that there are several adaptation methods, from which we can deduce that each caregiver reacts differently to an emergency situation and the stress generated by the situation. Each caregiver is different and will therefore put in place different adaptation strategies (active coping or withdrawal coping), according to their experience, their personality and their knowledge of the situation.

Question de départ :

Thus, thanks to the articles previously analyzed, the starting question can be posed :

Pourquoi le stress influence-t-il le soignant dans la prise de décisions en situation d'urgence dans un service de réanimation ?

Deuxième étape

Afin de commencer mon cadre théorique du travail de recherches, il est indispensable de développer et présenter le contexte de mon sujet, à savoir le service de réanimation, tout comme la situation d'urgence.

CADRE CONTEXTUEL

I- LA REANIMATION

A. Le service de réanimation, un service spécifique

Le service de réanimation est l'un des services du centre hospitalier le plus avancé et le plus pointu en termes de technicité ainsi que des soins prodigués aux patients. Les patients admis en réanimation présentent généralement des défaillances multiples et complexes, ou des pathologies spécifiques à ce type de service mettant directement en jeu leur pronostic vital. Pour pouvoir comprendre le fonctionnement d'un service de réanimation, nous allons étudier ce qu'est véritablement la réanimation.

1) Qu'est-ce que la réanimation ?

Le terme de réanimation trouve son origine dans le verbe d' « animer ». Par définition, animer correspond à « donner l'âme, donner la vie ». Ce terme descend du latin *animare*, lui-même provenant de *anima* signifiant en latin « le principe vital, l'âme ».

La définition du mot réanimation, selon le dictionnaire de l'Académie Française, correspond ainsi à « *la restitution ainsi qu'à la surveillance d'une ou de plusieurs fonctions vitales menacées à court ou moyen terme d'un patient* ». Effectivement, le médecin va mettre en place dans le service des soins et des moyens nécessaires à la survie du patient, avec une surveillance spécifique et rapprochée de la part de l'équipe en référence de celui-ci. Cette discipline de la médecine exige alors des moyens et une organisation très spécifique du domaine de la réanimation. Les patients entrant dans le service de réanimation requièrent le plus souvent d'une ventilation artificielle. Ils sont scopés et l'équipe médicale et

paramédicale veillent sur le maintien voire la restitution d'une ou de plusieurs fonctions vitales. Ainsi, c'est un des services où les patients les plus graves sont hospitalisés, présentant des pathologies complexes ou une aggravation importante de leur état, et se trouvent généralement entre la vie et la mort.

D'autre part, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) précise que l'état grave des patients, la surveillance et les traitements appliqués requièrent des professionnels spécialisés dans ce domaine. De ce fait, les médecins dans ces services sont spécialisés en anesthésie et/ou en réanimation et œuvrent en collaboration avec tous les autres médecins du centre hospitalier. Le service de réanimation nécessite une surveillance rapprochée des patients, à savoir un suivi continu ainsi que des soins spécifiques au maintien de leurs fonctions vitales ainsi qu'au rétablissement des défaillances aiguës présentes chez le patient.

La réanimation est donc une branche de la médecine spécifique et intransigeante tant dans la technicité, dans la prise en charge des pathologies ainsi que des savoirs nécessaires pour exercer cette discipline. Elle est dédiée à la prise en charge de patients présentant des pathologies complexes en phase aiguë, demandant une précision dans les savoirs, dans les soins prodigués et dans la surveillance mise en place pour le patient hospitalisé.

Maintenant que nous savons ce qu'est la réanimation et afin de mieux comprendre son apparition dans les services, nous allons pouvoir retracer historiquement l'apparition mais également l'évolution de cette discipline.

2) Un peu d'historique

Le dossier de « *l'Histoire de la Médecine* » portant sur « *L'historique de la Réanimation Médicale en France* », explique que l'ancêtre et le pionnier de la réanimation est Claude BERNARD.

Claude BERNARD est un médecin et physiologiste français ayant vécu au XIX^{ème} siècle. C'est dans son « *Cahier de notes* », où il notait ses expériences et ses réflexions, que l'on retrouve la notion de la constance du milieu intérieur, qui plus tard sera baptisé d'homéostasie. Il explique alors que face aux modifications continues de l'environnement extérieur, toute personne doit conserver une stabilité interne. On retrouve également dans ses expériences la notion de respiration artificielle où il explique que « *c'est le manque*

d'oxygène qui amène la mort dans l'empoisonnement au curare. » De ce fait, Claude BERNARD est parti de l'empoisonnement au curare et s'est rendu compte que le manque d'oxygène des cellules provoquait alors la destruction cellulaire, amenant alors, à long terme, à la mort du patient. Cette notion sera appelée plus tard l'hypoxie. De plus, il précise que « *c'est l'oxygène qu'il faut rendre pour rappeler à la vie et le contre-poison sera simplement la respiration artificielle* ». Mais c'est seulement cent ans plus tard, en 1954, que la respiration artificielle vit le jour. En effet, c'est lors de l'ouverture du premier service de réanimation neuro-respiratoire à l'hôpital Claude BERNARD de Paris que les respirateurs artificiels apparaissent vraiment dans les centres hospitaliers.

Selon cet article de « *L'histoire de la Réanimation Médicale en France* » écrit par F. VACHON, membre de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), la première machine à insuffler de l'air dans les poumons d'un patient à pression positive intermittente a été élaborée par un médecin anesthésiste suédois en 1950. Cette machine est baptisée « *Engström* ». Sa première utilisation date de 1952 à Copenhague, lors d'une épidémie de poliomyélite, une maladie infectieuse envahissant le système nerveux et provoquant des paralysies irréversibles (notamment respiratoires). Craignant l'arrivée de ce virus en France, Pierre MOLLARET, neurologue français, organise dans son service un centre de réanimation neuro-respiratoire. Le service utilisé est le pavillon PASTEUR réservée initialement pour les patients atteints de la rougeole. Le neurologue transforma ce pavillon en une unité moderne de réanimation, la première unité de réanimation au monde. La ventilation assistée mise en place dans le service se fait à l'époque par voie endotrachéale, après trachéotomie avec la mise en place de canules en caoutchouc, changées toutes les huit heures. Les pressions et les volumes insufflés sont contrôlés en parallèle et testés sur des chiens intubés et ventilés, puis calculés afin d'être adaptés pour les patients hospitalisés.

Une fois la mise en place de cette unité de réanimation, les médecins pionniers de cette discipline se tournent vers une autre pathologie prédominante en France : le tétanos aigu généralisé. La ventilation assistée mise en place chez ces patients permet en quelques mois de diminuer considérablement le taux de mortalité. Cette « *nouvelle médecine* » se répand dans toute la France et d'autres services de réanimation s'ouvrent en Province et notamment à Lyon, Strasbourg, Nancy, Rennes ou encore Lille. On peut dire alors que ce sont surtout les maladies infectieuses telle que la poliomyélite, le tétanos ou encore les méningites qui ont permis le développement des unités de réanimation en France.

La réanimation s'est très rapidement dévoilée comme une discipline efficace dans la prise en charge des patients graves. Mais comment cette « nouvelle médecine » est-elle régie par les lois ? Et quelles lois ont été mises en place spécifiquement pour la prise en charge des patients en service de réanimation ? C'est ce que nous allons étudier afin de poursuivre.

3) Législation

Comme tout établissement de santé, des textes de lois existent pour réglementer leur pratique. La réanimation étant un service bien spécifique, il existe plusieurs décrets régissant son organisation et son mode de fonctionnement.

Selon le Décret n°2002-466 du 5 avril 2002, et notamment dans l'Article D. 712-106, « *la permanence médicale est assurée par au moins un médecin du membre de l'équipe médicale* ». Ainsi, chaque patient hospitalisé en réanimation est surveillé de manière rapprochée, et un médecin anesthésiste-réanimateur assure la permanence en cas de problème, et est prêt à intervenir si besoin, en cas de nécessité médicale. Il peut alors procurer des soins adaptés en temps réel, évaluer chaque patient et peut agir à tout moment en cas de complications ou d'urgence.

De plus, selon l'Article D. 712-109 du même Décret du 5 avril 2002, « *l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation comprend au minimum deux infirmiers pour cinq patients, un aide-soignant pour quatre patients* ». Le service de réanimation doit tenir compte de cet effectif et le respecter, au regard de la gravité des patients pris en charge ainsi que de cette surveillance rapprochée nécessitant la disponibilité des soignants en cas de soucis ou d'aggravation potentielle d'un ou de plusieurs patients. Ainsi, dans les services de réanimation, les infirmiers prennent en charge au maximum trois patients par poste, de jour comme de nuit.

Enfin, selon l'Article D. 712-111 du même Décret du 5 avril 2002, « *l'activité de réanimation ne peut être autorisée que si l'établissement de santé dispose sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année : des équipements mobiles, d'un secteur opératoire, d'un laboratoire...* » Ainsi, tous les établissements ne peuvent pas ouvrir d'unités de réanimation. Cette spécialité étant très exigeante en termes de surveillance et de soins prodigués, les examens complémentaires pouvant être mis en place rapidement voire immédiatement, les équipements doivent être à la portée de main des médecins prescrivant

ces examens tout comme les infirmiers pratiquant ou accompagnant le patient aux examens prescrits (scanner, gaz du sang, prélèvements sanguins, prélèvements urinaires...).

Afin de poursuivre, selon le Décret n°2006-72 du 24 janvier 2006, « *les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.* » De ce fait, comme nous l'avons vu précédemment dans la définition de la réanimation, cette partie de la médecine prend en charge et soigne des patients dans un état très critique.

Afin de conclure, l'ensemble des lois régissant le système des unités de réanimation repose sur la technicité, l'exigence du personnel disponible pour les patients en état grave, et tous les établissements possédant des unités de réanimation doivent remplir certains critères afin d'assurer au mieux la surveillance des patients hospitalisés.

Après avoir vu les différentes lois déterminant le mode de fonctionnement d'une unité de réanimation, il est important de souligner que l'infirmier exerçant dans ce type de service a certaines responsabilités spécifiques au service lui-même. Avant d'étudier l'infirmier exerçant en réanimation, il est primordial de s'arrêter sur le métier d'infirmier en tant que tel.

B. L'infirmière

1) Le métier d'infirmière, un métier spécifique

Selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, « *l'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation de la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel* ». Ainsi, le métier d'infirmier est un métier spécifique, qui dépend du Code de la Santé Publique. Il possède son propre Code de Déontologie des Infirmiers, dépendant du Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 relatif aux devoirs des infirmiers, aux modalités d'exercice et aux différentes règles relatives aux différents modes d'exercice.

Le métier d'infirmier s'exerce après avoir réalisé trois années d'études au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers. Ces trois années se divisent en six semestres de vingt semaines chacun, donnant pour finalité un diplôme d'Etat. De plus, selon l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, et notamment l'Article 42 souligne que *« le diplôme d'Etat d'infirmier s'obtient par l'obtention des 180 crédits européens correspondant à l'acquisition des dix compétences du référentiel »*. Ainsi, les étudiants infirmiers valident tout au long de leur cursus les dix compétences demandées afin de pouvoir être présentés au diplôme d'Etat.

Le travail de l'infirmière en réanimation est très peu développé lors de la formation d'un étudiant infirmier. Ce service étant spécifique et exigeant dans les connaissances tout comme dans la technicité des soins délivrés aux patients, il est intéressant de développer le rôle d'une infirmière dans un service de réanimation.

2) L'infirmière en réanimation

Dans les services de réanimation, les aspects techniques tout comme les connaissances théoriques prennent une place très importante dans le travail quotidien de l'infirmier.

Face à l'état grave des patients hospitalisés dans un service de réanimation, une ventilation artificielle est majoritairement nécessaire, avec la mise en place indispensable d'une sonde oro-trachéale d'intubation de même qu'un respirateur. Ces soins spécifiques à la réanimation, comme la manipulation de certains médicaments (sédations, drogues...), requièrent une attention particulière des professionnels prenant en charge ces patients. Ainsi, les infirmiers soignent deux à trois patients par poste. Ils sont par conséquent aptes à utiliser les respirateurs permettant la ventilation mécanique, à procurer des soins spécifiques à la sonde d'intubation et d'administrer des médicaments spécifiques à la réanimation. D'autre part, la limite du nombre de patients pris en charge par poste permet à l'infirmier d'être disponible et de prendre le temps pour chaque patient, mais surtout de pouvoir agir en cas d'urgence ou de complication.

Selon la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), il n'existe pas de diplômes ni de formations nécessaires pour exercer dans les services de réanimation en tant

qu'infirmière. Cependant, cette discipline fait appel à des connaissances spécifiques, tout comme des aptitudes à prodiguer certains soins retrouvés uniquement dans un service de réanimation.

En outre, il existe des diplômes universitaires accessibles à l'ensemble des professionnels travaillant en réanimation permettant d'approfondir, de valoriser et de perfectionner ses connaissances tout comme les différentes techniques de soins de réanimation. Il existe notamment des diplômes universitaires (DU) portant sur la ventilation artificielle, sur la réanimation des maladies infectieuses, ou encore portant sur la neuro-réanimation ou la réanimation néphrologique. Ces diplômes permettent ainsi de valoriser les compétences de l'infirmière en réanimation, mais permettent également d'approfondir les connaissances et de développer au mieux les différentes compétences attendues dans un service de réanimation.

Après avoir développé le rôle de l'infirmière en réanimation, il est important de s'arrêter sur la situation d'urgence, situation maîtresse dans le constat de départ développé ci-dessus. Avant de préciser les différentes responsabilités de l'infirmière en situation d'urgence, il est nécessaire de connaître ce qu'est véritablement une urgence.

II- LA SITUATION D'URGENCE

A. Qu'est-ce qu'une urgence ?

Le terme d'urgence a pour origine le mot latin *urgens* signifiant « qui presse », mais également le mot *urgentia* signifiant « nécessités pressantes ».

L'urgence, par définition, selon le dictionnaire Larousse, est ainsi « *de ce qui requiert une action, une décision immédiate. C'est être dans la nécessité d'agir rapidement.* » En médecine, l'urgence est définie comme « *toute circonstance qui introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement* ». Ainsi, une urgence est caractérisée par une situation évaluée par les professionnels compétents et doivent surtout évaluer le degré d'urgence.

En effet, il existe quatre degrés d'urgence définis. Le premier degré d'urgence, selon l'article « *Les degrés d'urgence* » écrit par l'Hôpital Fribourgeois, se nomme l'urgence

différé. Elle est définie, d'après ce même article, comme « *une urgence sans risque particulier. Cette situation ne nécessite pas de soins d'urgence, la prise en charge peut être différée.* » Dans ce cas, les patients pris en charge dans ce type d'urgence ne requièrent pas de soins immédiats et le pronostic vital n'est pas en jeu. Le deuxième degré d'urgence est l'urgence relative, ou l'urgence majeure. Le patient dans cette situation ne présente pas d'enjeu vital non plus, son état est stable mais nécessite des investigations complémentaires pour la prise en charge de celui-ci. Le troisième degré d'urgence est appelé l'urgence vraie, où le patient a un risque vital potentiel, pouvant s'aggraver rapidement et présenter des défaillances aiguës engageant le pronostic vital. Dans la prise en charge de ce type d'urgence, le délai d'intervention est de 20 minutes. Le dernier degré d'urgence est l'urgence vitale. Dans cette situation, l'urgence engage directement le pronostic vital du patient, comme un arrêt cardio-respiratoire par exemple. Les professionnels doivent intervenir immédiatement afin de restaurer les fonctions vitales du patient. L'équipe médicale et paramédicale en référence du patient doivent mettre en place des soins de manière rapide et efficace.

Ainsi, une infirmière dans les services hospitaliers tout comme à domicile ou en intervention, dans le cadre de ses responsabilités, doit être capable de reconnaître une situation relevant d'une urgence et de cibler quel degré d'urgence présente le patient pris en charge. Mais quelles responsabilités spécifiques possède l'infirmière en situation d'urgence ? Et quelles lois régissent les limites de l'infirmière en situation d'urgence ? C'est ce que nous allons développer ci-après.

B. Infirmière et urgence, quelles responsabilités ?

L'infirmière est habilitée à reconnaître une situation relevant de l'urgence et d'agir en fonction de l'état du patient. Mais quelles lois régissent les responsabilités de l'infirmière ?

Selon le Code de la Santé Publique, et plus particulièrement l'Article R.4311-14 explique qu' « *en l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence.* » Ce même article précise que « *dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin.* » Enfin, ce même Article indique qu' « *en cas d'urgence et en-dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse*

intervenir un médecin. » Par conséquent, les infirmiers ont la responsabilité d'intervenir en situation d'urgence, doivent être capable d'identifier une situation relevant de l'urgence et d'intervenir afin de délivrer des soins conservatoires jusqu'à l'intervention d'un médecin, ou appliquent des protocoles d'urgence préalablement écrits par les médecins.

Or, selon le Code de Déontologie des Infirmiers, et notamment dans le Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, l'Article R.4312-14 précise que « *le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas.* » De plus, ce même article mentionne que « *si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'infirmier ne peut intervenir sans que la personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté* ». Ainsi, les professionnels de santé ne peuvent agir sans avoir consulté la personne de confiance.

Cependant, la situation relevant d'une urgence est particulière. En effet, en situation d'urgence, l'équipe médicale et paramédicale en référence du patient pris en charge n'a pas nécessairement besoin d'avoir le consentement du patient avant de prodiguer des soins dans la mesure où le pronostic vital est engagé. Dans ce cas, les professionnels de santé délivrent des soins d'urgence.

Néanmoins, ils ne peuvent pas toujours intervenir. Dans certaines situations, le patient pris en charge a préalablement écrit des directives anticipées, refusant alors certains soins ou toute réanimation. La Loi Léonetti-Clayes du 2 février 2016 relative aux droits du patient encadre ces directives anticipées, et notamment l'Article R.1111-17 du Code de la Santé Publique stipule que « *les directives anticipées s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.* » Les professionnels de santé prenant en charge un patient ayant écrit des directives anticipées, ont alors le devoir de les consulter, mais également de les respecter, même si le pronostic vital du patient est engagé en décidant alors de ne pas délivrer certains actes nécessaires à la survie du patient.

Dans ces conditions, l'infirmière intervenant dans des situations d'urgence est susceptible de prendre des décisions afin de prodiguer des actes conservatoires, ce qui peut faire apparaître chez celle-ci le phénomène de stress. Mais quel est ce phénomène ? D'où vient-il ? C'est ce que nous allons étudier par la suite afin de poursuivre.

III- LE STRESS

A. D'où vient le mot « stress » ?

1) Qu'est-ce que le stress ?

Selon le dictionnaire Larousse, le stress est défini comme « *un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque* ». Il est également défini, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) comme « *une agression de l'organisme par un agent physique, psychique, émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation* ». Ce terme trouve son origine dans la langue anglaise, où « stress » signifie alors « force, contrainte, effort, tension ». Ainsi, le stress peut être défini comme un changement interne de l'organisme provoqué par une action inhabituelle ou inconnue, se traduisant par des signes physiques ou émotionnels ressentis par la personne vivant ce phénomène de stress. On diffère le stress de l'anxiété, puisque l'anxiété est une émotion alors que le stress est un mécanisme de réponse pouvant amener différentes émotions telle que l'anxiété.

Maintenant que nous connaissons la définition du stress, il est intéressant de savoir son origine, de retracer son historique et de savoir comment est-il arrivé dans nos cultures.

2) Les origines du stress

D'après le Centre d'Etudes sur le Stress Humain (CESH), le mot « stress » a été employé pour la première fois par un endocrinologue canadien nommé Hans SELYE dans les années 1920, dans le cadre de ses études médicales à l'Université de Montréal. C'est dans le cadre de ses études qu'il a remarqué que tous les patients qu'il prenait en charge avaient quelque chose en commun, à savoir qu'ils subissaient tous un stress physique provoqué par la maladie. Ce sont dans ces conditions que l'endocrinologue emploie pour la première fois ce terme, et le définit comme « *une contrainte non-spécifique sur le corps causée par des irrégularités dans son fonctionnement normal* ». Il précise que ce phénomène résulte de certaines sécrétions d'hormones responsables de l'apparition du stress. Ainsi, Hans SELYE est l'un des pionniers du concept de stress, en ayant démontré que celui-ci avait bien un impact sur la santé de la personne subissant ce phénomène. Dans l'ouvrage « *Les soignants*

face au stress » écrit par Françoise BOISSIERES, infirmière, l'auteure précise que Soly BENSABAT, élève de Hans SELYE, explique que le stress « *est une réponse de l'organisme à un stimulus en vue de la perturbation qu'il a entraînée* » (2003, p36). De plus, Soly BENSABAT développe le fait qu'il explique alors plusieurs natures de stimulus, que ce soit de nature physique, psychologique, émotionnelle ou encore sensorielle. Ainsi, chaque stimulus vécu par la personne en situation de stress va ainsi, d'après Hans SELYE, mettre en place une réaction qu'il nomme le « *syndrome général d'adaptation* ».

Néanmoins, les travaux de l'endocrinologue ont été contestés par d'autres chercheurs, précisant alors que le stress n'est pas forcément un phénomène dit « *non-spécifique* », puisque cela voudrait dire que chaque individu pourrait ressentir du stress devant les mêmes situations. Or, ça ne correspond pas à la réalité. En effet, chaque personne ne réagit pas de la même manière selon les situations vécues. Ainsi, la source du stress diffère d'une personne à une autre.

Selon le Centre d'Etudes sur le Stress Humain, un médecin, John MASON, s'est attardé sur ce phénomène, et a réalisé plusieurs expériences, notamment sur deux groupes de singes n'ayant pas été nourris pendant une courte période. Le premier groupe de singes n'ont pas été nourris pendant une période latente, et se trouvaient seuls entre eux. Le deuxième groupe de singes n'étaient pas nourris non plus, mais ont été mis devant des singes qui pouvaient manger. Le résultat montre la présence du stress physique induit par la faim, mais également la présence d'un stress psychologique dans le deuxième groupe ayant vu les autres singes manger, car ils avaient sécrété davantage d'hormones de stress. Cette expérience a permis au médecin de démontrer l'importance du stress physique autant que le stress psychologique.

Cependant, les chercheurs ont précisé dans leurs différentes études que malgré la différence de la source du stress pour chaque personne, il existe des éléments communs que l'on retrouve dans chaque situation, provoquant alors la sécrétion des hormones responsables du stress.

Mais quelles hormones sont sécrétées dans l'organisme ? Quels mécanismes physiologiques sont responsables de l'apparition du stress ?

B. Conclusion

Ce cadre contextuel nous a permis de faire le point sur l'apparition du stress dans notre société. Il est indispensable dans ce travail de recherche de se concentrer sur la physiologie du stress, comment est-il décrit dans la littérature, les différentes stratégies d'adaptation mises en place par la personne vivant ce phénomène de stress ou encore les stratégies d'adaptation mises en place notamment en situation d'urgence. C'est ce que nous allons poursuivre dans ce travail de recherche, et notamment dans le cadre conceptuel, permettant de développer au mieux le concept de stress, tout comme d'autres concepts impliqués dans la situation d'appel étudiée.

CADRE CONCEPTUEL

I- LE STRESS

A. Le stress, ou l'ami peu connu

Le phénomène de stress est une réaction normale et nécessaire afin de s'adapter à une situation ou un agent stressant. Il est souvent perçu comme une sensation désagréable et négative au sein de la société. Cependant, nous ne pouvons vivre sans ce mécanisme de stress. Il est indispensable afin de s'adapter, de se défendre et de réagir face à des situations spécifiques.

Mais quels mécanismes physiologiques sont mis en place afin de déclencher ce phénomène de stress au sein de l'organisme ? Qu'entend-on par « bon » et « mauvais stress » ? C'est ce que nous allons étudier afin de poursuivre notre recherche.

1) La physiologie du stress

Lorsqu'un individu se trouve devant une situation stressante, une cascade de réactions biologiques sont mises en place. Ces réactions biologiques se font en trois étapes différentes avec un rétrocontrôle négatif, à savoir une inhibition des hormones responsables du stress. Les trois étapes retrouvées sont la phase d'alarme, la phase de résistance et la dernière étape est le rétrocontrôle négatif, sinon phase d'épuisement. Dans une situation d'urgence, c'est la phase d'alarme qui nous intéresse et qui est concernée.

Selon le Centre d'Etudes sur le Stress Humain (CESH), lorsqu'un agent stressant est identifié, c'est le système nerveux autonome qui intervient, et plus particulièrement le système nerveux sympathique. Il est responsable notamment de l'activation de l'axe hypothalamo-piuito-surrénalien. C'est alors la phase d'alarme qui se met en place. En effet, l'hypothalamus est activé après avoir repéré la situation stressante. Cette région du cerveau va jouer un rôle dans la sécrétion de messages envoyés à une glande appelée l'hypophyse, ou glande pituitaire. Cette glande est située juste en-dessous de l'hypothalamus, et elles sont reliées entre elles par la tige hypophysaire. L'hypophyse sécrète ainsi des messagers chimiques, qui vont agir sur les glandes surrénales. Ces glandes, situées au niveau des reins, sont responsables de la sécrétion d'une hormone appelée le cortisol. Une autre hormone,

également responsable du phénomène de stress est appelée la noradrénaline. Elle est particulièrement connue notamment en cas d'urgence car c'est l'hormone responsable d'une accélération cardiaque. La noradrénaline est sécrétée, tout comme le cortisol, par les glandes surrénales, mais le système nerveux autonome est également responsable de la sécrétion de celle-ci. Toutes les hormones ne peuvent agir que lorsqu'elles se lient à des récepteurs spécifiques. Le cortisol comme la noradrénaline possèdent des récepteurs dans l'ensemble de l'organisme, y compris au niveau du cerveau. Lorsqu'ils se lient à leurs récepteurs, ils peuvent alors interférer avec les cellules de l'organisme.

Une fois libérée, la noradrénaline agit en mobilisant rapidement les ressources de l'organisme, et notamment en faisant augmenter la glycémie et la pression artérielle. Elle augmente également la fréquence cardiaque, la force de contraction du cœur ou encore dilate les voies respiratoires afin de faciliter au mieux les échanges gazeux par rapport aux besoins d'oxygène des cellules. Cela permet alors aux muscles et aux cellules de réagir plus rapidement. En outre, cette réponse de l'organisme entraîne un afflux de glucose pour la production d'énergie et d'oxygène aux organes intervenant dans le mécanisme de stress, à savoir l'encéphale, les muscles ou encore le cœur qui doit alors pomper plus rapidement afin d'envoyer l'oxygène nécessaire aux cellules pour fonctionner rapidement et efficacement. Dans ce cas, le sang est concentré sur les organes agissant dans le mécanisme de stress. L'apport de sang aux autres organes, tels que les organes du système digestif ou encore du système urinaire, est diminué. La réduction de l'apport sanguin notamment aux reins permet d'activer le système rénine-angiotensine-aldostérone, incitant alors les reins à retenir les ions sodium, provoquant alors une rétention d'eau et une élévation de la pression artérielle.

Le cortisol est une hormone ayant une action assez lente sur l'organisme, alors que la noradrénaline est très rapidement active sur l'organisme. Le cortisol « *transforme les gras en sucre pour appuyer l'action de l'adrénaline* » explique Tania SCHRAMEK, coordonnatrice du Centre d'Etudes sur le Stress Humain du Centre de recherche Fernand-Seguin. Elle précise ainsi que « *les deux hormones travaillent de concert tout au long de la réaction de stress* ». De ce fait, l'action de l'adrénaline est potentialisée par le cortisol, et agissent ainsi ensemble afin d'adapter au mieux la réponse de l'organisme face au facteur de stress.

Maintenant que nous savons le fonctionnement du mécanisme de stress au sein de l'organisme. En effet, Hans SELYE, lors de ses recherches, a différencié le bon stress du mauvais stress. Il est intéressant de s'arrêter sur la notion de « bon stress », permettant alors à l'individu de réagir en situation d'urgence.

2) Le « bon » stress

Comme rappelé ci-dessus, le stress est une réaction nécessaire et normale du corps humain face à une situation ou un agent stressant. Elle permet de s'adapter, de se défendre en cas de besoin ou de réagir plus ou moins efficacement en fonction d'une situation nécessitant une acclimatation rapide. Selon Françoise BOISSIERES dans l'ouvrage « *Les soignants face au stress* », le pionnier du concept de stress, Hans SELYE, endocrinologue, définit le stress comme « *l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné* » (2003, p36). De ce fait, il différencie et baptise le bon stress comme « *eustress* » et le mauvais stress comme « *distress* ». Le bon stress correspond selon lui, « *à la réponse positive de notre organisme à une stimulation qui nous permet de survivre ou de bien vivre* » (2003, p39). A la différence du mauvais stress, qui, selon lui, est « *la réaction de notre organisme à une stimulation qui se traduit par des souffrances* » (2003, p40). Ainsi, nous pouvons donc en conclure que le bon stress est une réaction physiologique nécessaire à notre organisme, et apparaît face à différents facteurs de stress.

Françoise BOISSIERES, infirmière et auteure du livre « *Les soignants face au stress* », explique qu'il existe différents facteurs de stress. Elle différencie le stress physique, où l'on peut retrouver le bruit ou la lumière artificielle, le stress social, le stress émotionnel où l'on retrouve l'anxiété, l'angoisse ou encore la nervosité et le stress professionnel, avec les pressions psychologiques, les responsabilités ou encore les conflits relationnels. Ainsi, dans un service de réanimation, les facteurs de stress retrouvés peuvent être nombreux. Nous pouvons noter la présence des scopes avec les alarmes, un stress physique, ou les lumières artificielles du service. Il y a également les responsabilités de l'infirmière dans un service de réanimation ou elle prend en charge souvent des patients instables et fragiles nécessitant une surveillance rapprochée et des soins spécifiques, qu'est le stress professionnel. Mais nous retrouvons également des facteurs de stress en situation d'urgence. En effet, les responsabilités de l'infirmière prenant en charge la situation d'urgence, les alarmes ou

l'adrénaline du contexte d'urgence accentue la survenue du phénomène de stress. Seulement, le stress vécu par l'infirmière vivant la situation d'urgence peut être un bon stress, permettant alors, selon Hans SELYE, d'« *une réponse positive* » (2003, p38 à 40), à savoir réagir efficacement afin de sauver le patient.

De plus, dans ce même ouvrage « *Les soignants face au stress* » de Françoise BOISSIERES, l'auteure énonce qu'« *il est rare que l'on associe l'évocation du stress à quelque chose de positif* » (2003, p40). Or, elle détermine le fait par ailleurs que « *le stress est un ingrédient de la vie : bien dosé, il s'avère indispensable et contribue à rendre notre existence savoureuse.* » (2003, p40). Ainsi, le stress ne doit pas forcément être vu et vécu comme une expérience désagréable, car il permet à l'individu de s'adapter et de se défendre face à certaines situations avec plus ou moins la présence de facteurs de stress. Il permet également à l'individu de réagir face à un danger potentiel, de se protéger ou de fuir.

En outre, le stress réveille ce qu'on peut appeler « *d'instinct* » et permet d'agir efficacement et ainsi de s'adapter en fonction des situations stressantes ou des agents stressants rencontrés. D'autre part, chaque personne se retrouvant face à une situation de stress va mettre en place ce qu'on appelle des « *stratégies d'adaptation* ». Mais qu'appelle-t-on stratégie d'adaptation ? A quoi sert-elle ? Et comment l'individu face au stress s'adapte-t-il ? C'est ce que nous allons développer afin de poursuivre.

B. Les stratégies d'adaptation, ou « coping »

Comme cité précédemment, il existe ce qu'on appelle des stratégies d'adaptation. L'individu rencontrant une situation stressante, va mettre en place une stratégie d'adaptation, ou plus communément appelé le « *coping* ». Il en existe plusieurs types, et il est intéressant de les développer et d'étudier quelles stratégies peuvent être mises en place notamment en situation d'urgence pour une infirmière.

1) Les différentes stratégies

Par définition, une adaptation, selon le Dictionnaire Larousse, est de « *modifier quelque chose pour le mettre en accord avec une situation nouvelle, ou modifier quelque chose pour l'approprier, le mettre en accord* ». Ainsi, l'organisme humain s'adapte en

permanence en fonction de son environnement extérieur comme intérieur afin de respecter l'homéostasie.

Dans l'ouvrage « *Les soignants face au stress* » de Françoise BOISSIERES, l'auteure explique que « *face au stress, nous allons créer des stratégies d'adaptation individuelles* » (2003, p40). Ainsi, face à un facteur de stress, l'environnement de la personne change et l'organisme détecte ce facteur comme un potentiel danger. Il va ainsi mettre en place une adaptation afin de réagir face à son potentiel danger. L'auteure développe également en précisant que « *l'ensemble de ces stratégies est appelé « coping » du verbe anglais to cope with, « faire face avec »* » (2003, p40). Elle explique également le fait que « *le coping, c'est tout ce que la personne va interposer entre elle et les événements perçus comme stressants, pour garantir son bien-être physique et psychique* » (2003, p40). Ainsi, ces stratégies d'adaptation permettent à l'individu de se défendre et de réagir face à une situation reconnue comme stressante. En d'autres termes, elles permettent également à l'individu de s'accommoder aux facteurs stressants, et ainsi de rester en bonne santé. La personne s'adapte ainsi, face à l'adrénaline mise en place, tout comme le système nerveux sympathique, et met en place des actions afin de modifier la situation et de revenir à l'état initial, non stressant, et ainsi de supprimer cette source de stress. Mais les différentes stratégies d'adaptation adoptées par l'organisme diffèrent en fonction de l'individu. En effet, la personne qui va rencontrer une situation donnée, ne va pas réagir de la même manière qu'une autre personne.

Selon Françoise BOISSIERES dans le même ouvrage « *Les soignants face au stress* », nous distinguons deux sortes de coping. Elle explique le premier type de coping dit « de retrait », où il est « *représenté par des comportements de fuite, d'évitement, d'agressivité ou par des attitudes de déni ou de fatalisme* » (2003, p41). Elle précise que ce type de coping « *réduit les tensions émotionnelles mais reste passif* » (2003, p41). Puis, le deuxième type de coping dit « actif », où l'auteure développe que ce coping « *se traduit par la recherche d'informations et la recherche de solutions* » (2003, p41). L'auteure précise que « *c'est en faisant un travail sur ses fragilités, sur l'origine du stress, que la personne pourra trouver des stratégies de défense* » (2003, p41). Ainsi, chaque personne vivant son stress met en place une stratégie d'adaptation particulière, active ou passive, et apprend de chaque expérience afin de toujours mieux s'adapter. Par conséquent, une infirmière en

réanimation, face à une situation d'urgence, va apprendre et modifier ses prises de décision et ses actes afin d'optimiser au mieux ses prises en charge.

C'est pourquoi il est intéressant pour nous de s'arrêter sur une situation stressante particulière : la situation d'urgence, ainsi que les différents facteurs de stress présents dans l'urgence.

2) L'adaptation en urgence

Lorsqu'une personne se retrouve face à une situation d'urgence, elle doit faire face à un facteur de stress et à toutes les réactions physiologiques qui se produisent au sein de l'organisme. Comme cité précédemment, les différentes stratégies d'adaptation sont mises en place par la personne en fonction de ses expériences mais aussi en fonction de sa personnalité. En effet, dans l'ouvrage « *Les soignants face au stress* » de Françoise BOISSIERES cité précédemment, l'auteure souligne bien l'importance de l'expérience de la personne afin d'affiner et d'apprendre de soi-même et de mieux s'adapter par la suite. Seulement, elle ajoute que face aux différents signes de l'apparition du stress, « *nous pouvons mettre en œuvre des stratégies qui nous permettront de mieux vivre des situations difficiles.* » (2003, p43).

En outre, l'infirmière en situation d'urgence se doit de mettre en place des stratégies d'adaptation dans un premier temps pour rétablir ou pour tout mettre en œuvre afin de rétablir les fonctions vitales du patient, mais également dans un deuxième temps, apprend de ces situations et s'adapte plus rapidement. Nous pouvons donc en conclure que l'expérience est importante dans cette situation, dans le sens où l'infirmière réagira plus rapidement en mettant en place une stratégie d'adaptation plus en clin si elle a déjà vécu cette situation auparavant.

De plus, Françoise Boissières précise que « *nous pouvons nous organiser autrement, par exemple, ou demander de l'aide, mais, pour cela, il faut comprendre et accepter ce que nous vivons pour changer notre comportement* » (2003, p44). En ce sens, l'infirmière, face à une situation d'urgence, doit pouvoir comprendre ses différents facteurs de stress afin de s'adapter au mieux et de mettre en place des stratégies les plus en adéquation possible avec la situation rencontrée. En d'autres termes, l'infirmière doit donc être capable de comprendre ce qui se passe dans la situation du patient, mais également doit se connaître afin de détecter l'apparition des signes du stress vécu.

Ainsi, l'infirmière développe, à travers ses différentes expériences, plusieurs compétences. Mais qu'appelle-t-on réellement une compétence ? Que veut dire « compétence » dans un service hospitalier ? C'est ce que nous allons étudier afin de poursuivre.

II- LES COMPETENCES DE L'INFIRMIERE

Les études d'infirmière sont basées notamment sur l'acquisition des dix compétences développées dans le référentiel de formation des professions de santé, et plus particulièrement la profession infirmière. C'est pourquoi il est important de développer ce concept dans notre travail de recherche.

A. Qu'est-ce qu'une compétence ?

1) Les compétences de l'infirmière

Par définition, une compétence est « *la capacité reconnue chez une personne dans un domaine* », selon le dictionnaire Larousse. Par conséquent, on appelle « *compétence* » ce qu'une personne est capable de faire, et concernant l'infirmière, ce qu'elle est capable de faire dans un service hospitalier.

Dans le « *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession* », le référentiel de compétences de l'infirmière est précisé, et provient de l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce référentiel notifie les dix compétences devant être validées par l'étudiant tout au long de sa formation. Ces compétences sont ainsi évaluées lors des stages pratiques de l'étudiant, permettant alors d'observer la progression de l'étudiant, et d'acquérir toutes les compétences nécessaires en tant que futur infirmier. Ainsi, les études d'infirmière sont basées sur l'acquisition de compétences précises et nécessaires afin d'exercer justement le métier d'infirmière.

Afin de poursuivre, dans l'ouvrage « *Le paradigme de la discipline infirmière en France* » écrit par Arlette MARCHAL et Thérèse PSIUK, deux formatrices et superviseuses dans de multiples unités hospitalières, les auteures expliquent que « *ce sont les manifestations de la compétence qui peuvent être observées, et son exercice est nécessaire pour qu'elle se maintienne chez le professionnel* » (2002, p100). En d'autres termes, la compétence est un concept qui ne peut être observé qu'à travers ses manifestations, telles que les différents savoir-faire au sein d'un service. De plus, chaque infirmière dans un service se doit d'entretenir ses différentes compétences. Ainsi, l'infirmière continue de se

former et d'acquérir des compétences tout au long de sa carrière, et maintient ses différentes compétences dans le temps par son exercice quotidien dans le service.

Elles notifient également que « *pour Guy LE BOTERF, la compétence ne peut être qu'en actes et situations ; c'est un « savoir-agir » reconnu* » (2002, p104). En d'autres termes, Guy LE BOTERF, Docteur en sciences humaines et sociologie, explique qu'une compétence n'est pas un concept inné. En effet, l'infirmière doit être capable de s'adapter en fonction des différentes situations vécues. Elle n'agit pas uniquement de manière répétée, mais décide de mettre en place certains actes en fonction des éléments de la situation rencontrée. De plus, les auteures de ce même ouvrage précisent qu'une personne « *compétente ne prend pas n'importe quelle décision, elle prend l'initiative qu'elle juge la meilleure* » (2002, p101). En effet, une infirmière ayant les compétences acquises va prendre des décisions adaptées et en adéquation avec la situation rencontrée. Ainsi, l'infirmière ayant les compétences acquises va prendre des décisions en fonction de la situation vécue mais également de ses expériences précédentes lui ayant permis d'acquérir la compétence en question.

Afin de poursuivre, les mêmes auteures de l'ouvrage expliquent que les compétences de l'infirmière sont en corrélation avec la situation vécue étant unique. Elles précisent notamment que « *les données d'une situation clinique sont donc à chaque fois uniques, demandant à l'infirmière une mise en jeu : de connaissances issues des sciences médicales et sciences humaines* » (2002, p105). En d'autres termes, l'infirmière ayant acquis une compétence fait intervenir ses précédentes expériences, mais également ses connaissances théoriques de la situation permettant alors d'agir de la meilleure façon possible. Les auteures spécifient également que l'infirmière, lorsqu'elle est en action, « *ne doit pas reproduire une technique [...], mais de composer, de construire un acte de soin personnalisé* » (2002, p105). Par conséquent, l'infirmière compétente ne doit pas répéter les mêmes actions et toujours prendre les mêmes décisions. Elle doit faire preuve d'adaptation tout au long de sa prise en charge mais également en fonction des différentes situations de soin rencontrées.

Enfin, les auteures de ce même ouvrage nous développent l'importance de l'identité de la personne dans l'acquisition d'une compétence. En effet, elles précisent que « *dans les jugements clinique et stratégique, l'infirmière fait intervenir, en plus de l'expérience et des connaissances, des facteurs psychologiques : la motivation, l'estime de soi, la persévérance* » (2002, p112). En outre, l'infirmière ne raisonnera pas forcément de la même

manière que son collègue. Son identité personnelle intervient dans l'identité professionnelle. « *Le professionnel est celui qui sait mobiliser son identité personnelle* » (2002, p113) dit Guy LE BOTERF. Ainsi, l'infirmière ayant acquis une compétence donnée, ne la manifestera pas nécessairement de la même manière que sa collègue, puisque l'expérience, les connaissances et l'identité personnelle rentrent en jeu dans l'acquisition des compétences. Pour finir, les auteures de ce même ouvrage explique que « *compétence rime avec assurance* » (2002, p112).

En effet, elles développent que les compétences s'acquièrent « *dans la confiance manifestée par ceux qui savent que l'on peut compter sur le professionnel* » (2002, p114). En d'autres termes, la reconnaissance du travail de l'infirmière par l'équipe médicale ou paramédicale aide au développement de la confiance et de l'assurance, et permet ainsi à l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la profession dans les services.

Pour finir, elles terminent en disant que « *la compétence d'une profession dépend essentiellement de la qualité des interactions entre les professionnels* » (2002, p114). Par conséquent, la place du travail en équipe est indispensable dans l'élaboration de l'acquisition des compétences. Les échanges entre soignants permettent un enrichissement de connaissances, expériences et la confrontation des différents modes de raisonnement parvient au développement des compétences des soignants. Les auteures précisent que « *la compétence collective ainsi générée se distingue de la somme des compétences individuelles qui la composent* » (2002, p115). En d'autres termes, les équipes soignantes des services sont composées de différents soignants, eux-mêmes possédant des compétences personnelles. La mise en commun avec un partage au sein de l'équipe permet de développer ainsi des compétences collectives retrouvées dans les équipes et permettant une prise en charge optimale du patient pris en soin.

Pour conclure, l'acquisition des compétences ne peut se faire qu'en présence de connaissances théoriques, des différentes expériences vécues en tant que soignant, de son identité personnelle et professionnelle et de la présence de l'équipe soignante. Ces différents points clés permettent le développement optimal des différentes compétences d'une infirmière dans un service de soin.

Mais comment les compétences se développent dans un service spécifique qu'est le service de réanimation ? C'est ce que nous allons développer afin de continuer.

2) Les compétences de l'infirmière en réanimation

Dans les services de réanimation, comme cité dans le cadre contextuel, les patients hospitalisés sont majoritairement instables et présentent de multiples défaillances mettant en jeu directement le pronostic vital du patient. Les patients ont le plus souvent des sondes d'intubation, sont techniqués avec des cathéters artériels, des sondes vésicales, sondes nasogastriques et d'autres spécificités de la réanimation. Certains soins prodigués sont ainsi bien spécifiques à la réanimation.

Ces soins spécifiques à la réanimation, comme la manipulation de certains médicaments (sédations, drogues...), requièrent une attention particulière des professionnels prenant en charge ces patients. Une infirmière en réanimation se doit de développer des compétences bien spécifique au service.

Ces notions étant très peu abordés lors des trois années d'études d'un étudiant infirmier, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), en collaboration avec d'autres sociétés de réanimation, comme le Collège des Réanimateurs Extra-Universitaires Français, ont développé un « *référentiel de compétences* » précisant alors les aptitudes, compétences et savoirs nécessaires pour exercer dans un service de réanimation le plus solennellement et le plus efficacement possible en tant qu'infirmière.

Ce référentiel développe alors 14 compétences centrées sur la prise en charge d'un patient hospitalisé en réanimation, la complexité et la précision attendues dans la prise en soins d'une infirmière. Les auteurs de ce document précisent, à travers les 14 compétences développées, l'ensemble des savoirs, des aptitudes et enfin des compétences nécessaires pour l'acquisition d'une compétence bien spécifique à la réanimation. A titre d'exemple, nous pouvons retrouver la compétence sur le patient sédaté, sur le patient en insuffisance circulatoire aigue, insuffisance respiratoire aigue ou encore insuffisance rénale aigue. Dans ce référentiel de compétences, nous retrouvons ainsi l'importance des savoirs théoriques nécessaires à l'acquisition des compétences.

A titre d'exemple, dans la compétence sur le patient en situation d'insuffisance rénale aigue, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation précise l'ensemble des savoirs à connaître pour l'infirmière. L'auteur du référentiel de compétences citent l'ensemble des savoirs, notamment « *les bases physiologiques, les signes cliniques et paracliniques, les différentes étiologies d'une insuffisance rénale aigue et les risques encourus par le patient* ». Par conséquent, l'infirmière travaillant en réanimation ne peut développer ses compétences

que si l'ensemble des connaissances de la situation et des connaissances théoriques sont connues par celle-ci. L'infirmière ne peut soigner le patient en insuffisance rénale aigüe si elle ne comprend pas les mécanismes de l'insuffisance rénale en elle-même.

Pour conclure, le développement des compétences d'une infirmière en réanimation est assez spécifique, dans le sens où les compétences retrouvées dans ce type de service est très spécifique à la réanimation. Cependant, l'acquisition des compétences se fait toujours de la même manière : à savoir les connaissances, l'expérience et la présence de l'équipe soignante permettant le développement des compétences. Ce qui diffère est ainsi le type de compétence acquise dans le service, plutôt que le mécanisme d'acquisition de la compétence en elle-même. Mais que se passe-t-il si l'infirmière se retrouve en situation d'urgence ? Il est intéressant de le développer par la suite.

B. Les compétences en situation d'urgence

1) Compétence et urgence

Selon la Mutuelle d'Assurance des Professionnels de Santé, dans un premier temps, l'infirmière doit être capable de reconnaître une situation comme relevant de l'urgence et doit la stadifier. Comme développé dans le cadre contextuel, il existe plusieurs degrés d'urgence. L'infirmière doit être capable de stadifier la situation d'urgence.

De plus, en situation d'urgence, l'infirmière, selon le Code de Santé Publique, est « *habilité à reconnaître une situation d'urgence, mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, [...], accomplir des actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin* ». Par conséquent, l'infirmière face à une situation d'urgence, doit avant tout être capable d'évaluer une situation de soin. En effet, dans le référentiel de compétences infirmière, une compétence appelée « *Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier* ». Dans cette compétence, les items permettant de la valider regroupe la « *pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée* », la « *cohérence des informations recueillies et sélectionnées dans la situation de la personne* » et la « *pertinence du diagnostic de situation clinique posé* ». En d'autres termes, l'infirmière est ainsi capable d'évaluer une situation rencontrée, et détermine alors un diagnostic, voire une hypothèse de diagnostic du problème du patient. En outre, en situation

d'urgence, l'infirmière doit avant toute chose, être capable d'évaluer la situation clinique d'urgence et de déterminer l'urgence en tant que telle.

De plus, l'infirmière doit avoir les compétences nécessaires afin d'agir et d'intervenir le plus rapidement possible. Elle doit avoir les connaissances nécessaires afin de reconnaître la situation et de prendre des décisions les plus adéquates face à la situation vécue. De plus, selon le Code de la Santé Publique, « *en l'absence de protocole préalablement écrit par le médecin, l'infirmier est compétent pour décider des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir le médecin* ».

En d'autres termes, une fois avoir repéré une situation relevant de l'urgence et se retrouvant sans protocole d'urgence, doit être capable de prendre des décisions nécessaires à la survie du patient jusqu'à l'intervention du médecin. Elle doit ainsi développer les compétences nécessaires afin de pouvoir agir le plus efficacement et le plus rapidement possible. Elle doit être capable de mobiliser l'ensemble des connaissances requises pour comprendre la situation et agir en fonction de la situation, en adaptant ses choix et sa prise en charge.

Le « *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession infirmière* » développe les dix compétences nécessairement acquises lors des études de l'infirmière. Parmi ces dix compétences, la compétence 2 nommée « *Concevoir et conduire un projet de soins infirmier* » développe une partie sur la pertinence des réactions en situation d'urgence.

En effet, cette compétence possède plusieurs indicateurs, et notamment le fait que « *les situations d'urgence et de crise sont repérées, les mesures d'urgence appropriées sont mises en œuvre* ». En ce sens, l'infirmière, après avoir passé le diplôme d'Etat, acquière cette compétence et est donc capable de repérer une situation d'urgence et de mettre en œuvre des actes appropriés en fonction de la situation rencontrée.

Seulement, il est intéressant de savoir quelles sont les limites des compétences infirmières dans le domaine de l'urgence, car elle ne peut réaliser tout acte de l'ordre médical. C'est ce que nous allons développer par la suite afin de poursuivre.

2) Les limites des compétences de l'IDE en situation d'urgence

Nous savons désormais que l'infirmière a la responsabilité d'agir en situation d'urgence. Néanmoins, peut-elle réaliser tous les actes et prendre des décisions de l'ordre médical ?

Selon le Code de la Santé Publique, l'infirmière agit sur son rôle propre et sur son rôle sur prescription médicale. En d'autres termes, l'infirmière a la responsabilité de mettre en place des actes relevant de son rôle propre, en l'absence de prescription médicale. Elle agit également sur prescription médicale, la responsabilité revenant au médecin prescripteur mais également à l'infirmière agissant sur prescription.

Ainsi, l'infirmière a donc la responsabilité d'agir et de mettre en place des soins relevant de son rôle propre, après avoir identifié une situation relevant de l'urgence. Nous avons précisé précédemment que selon le Code de la Santé Publique, et plus particulièrement l'Article R.4311-14 explique qu' « *en l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence.* » Ce même article précise que « *dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin.* » Enfin, ce même Article indique qu' « *en cas d'urgence et en-dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin.* ».

En d'autres termes, l'infirmière a des limites dans ses compétences en situation d'urgence, dans le sens où elle met en place des gestes dits conservatoires, à partir du moment où il n'y a pas de protocoles préalablement écrits, datés et signés, ainsi qu'en l'absence d'un médecin dans la situation vécue.

Pour conclure, il existe des limites dans la compétence IDE en situation d'urgence, car l'infirmière ne peut mettre en place des gestes de l'ordre médical sans la présence du médecin ni de protocoles écrits.

III- SYNTHÈSE DU CADRE THÉORIQUE

Il est intéressant de souligner la question du stress dans le développement des compétences IDE dans notre synthèse du cadre théorique. En effet, Nous avons précédemment développé que le stress ne doit pas forcément être vu et vécu comme une expérience désagréable, car il permet à l'individu de s'adapter et de se défendre face à certaines situations avec plus ou moins la présence de facteurs de stress. Il permet également à l'individu de réagir face à un danger potentiel, de se protéger ou de fuir. En outre, le stress réveille ce qu'on peut appeler « d'instinct » et permet d'agir efficacement et ainsi de s'adapter en fonction des situations stressantes ou des agents stressants rencontrés.

De plus, l'infirmière, face à une situation d'urgence, doit pouvoir comprendre ses différents facteurs de stress afin de s'adapter au mieux et de mettre en place des stratégies les plus en adéquation possible avec la situation rencontrée. En d'autres termes, l'infirmière doit donc être capable de comprendre ce qui se passe dans la situation du patient, mais également doit se connaître afin de détecter l'apparition des signes du stress vécu.

Enfin, l'acquisition des compétences ne peut se faire qu'en présence de connaissances théoriques, des différentes expériences vécues en tant que soignant, de son identité personnelle et professionnelle et de la présence de l'équipe soignante. Ces différents points clés permettent le développement optimal des différentes compétences d'une infirmière dans un service de soin.

Le stress a donc un impact sur l'infirmière en situation d'urgence, et celle-ci ayant développé ses compétences IDE, doit être capable de mettre en place des stratégies d'adaptation nécessaires afin de pallier la situation de stress.

Entretiens professionnels

Afin d'enrichir le contenu de notre cadre théorique, nous nous orientons alors vers une enquête sur le terrain auprès des professionnels de santé. Cette enquête est basée sur des entretiens semi-directifs. Notre question de départ est : « *Pourquoi le stress influence-t-il le soignant dans la prise de décisions en situation d'urgence dans un service de réanimation ?* ». La réalisation de ces entretiens a permis d'acquérir des éléments supplémentaires, permettant ainsi de confronter les idées théoriques à la réalité du terrain professionnel.

I- Choix de l'outil d'investigation

Afin de réaliser cette enquête auprès des professionnels de santé, j'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs (ou semi-dirigés). L'entretien permettant un échange direct avec l'interlocuteur, c'est donc selon moi le plus adapté afin de réaliser l'enquête. De plus, l'entretien semi-directif m'a permis de laisser les professionnels de santé s'exprimer librement, tout en les orientant dans leurs réponses à travers ma grille d'entretien. Les questions dans la grille d'entretiens sont ouvertes, permettant une liberté de réponse, tout en répondant à un objectif bien précis.

Par conséquent, j'ai construit ma grille d'entretiens et mes questions face aux concepts relevés au sein du cadre théorique précédemment étudié. À la vue de la situation actuelle, et actuellement en période de confinement lors de la réalisation de mes entretiens, l'ensemble de ceux-ci ont été réalisés par appels téléphoniques.

II- Présentation des professionnels interrogés

L'ensemble des professionnels interrogés sont tous des professionnels travaillant dans un service de réanimation. Selon leur profil, ils n'ont cependant pas la même expérience, ni le nombre d'années de diplôme les uns des autres.

Le premier infirmier interrogé, nommé ici Infirmier 1, travaille en service de réanimation depuis plus de 30 ans. Il est diplômé depuis juillet 1989 et a toujours travaillé en service de réanimation.

La deuxième infirmière interrogée, surnommée ici Infirmière 2, travaille en service de réanimation depuis 6 ans. Elle est diplômée de juillet 2014, a commencé de travailler en service conventionnel pendant quelques semaines, mais après avoir réalisé son stage pré-professionnel, a pris sa prise de poste définitive dans un service de réanimation.

Enfin, la troisième et dernière infirmière interrogée, appelée ici Infirmière 3, travaille en réanimation depuis bientôt 2 ans. Elle est diplômée depuis juillet 2018, et a commencé sa prise de poste en service de réanimation, sans jamais avoir fait de stages au préalable dans ce type de service.

L'importance de la différence du nombre d'années d'expérience est due notamment aux différentes composantes de la compétence infirmière, à savoir la connaissance théorique, l'expérience, ainsi que son identité professionnelle, composantes développées dans le cadre théorique précédent. Il est ainsi important de remarquer, si des différences peuvent apparaître en fonction du nombre d'années d'expérience des différents professionnels interrogés.

III- Analyse de contenu

L'ensemble des professionnels interrogés se rejoignent dans leurs discours à propos du stress, et notamment de son importance dans le quotidien de l'infirmière. En effet, l'infirmier 1 estime que « *le stress est indispensable* », l'infirmière 2 pense « *qu'il est nécessaire d'avoir une pointe de stress dans la profession d'infirmière* » et l'infirmière 3 affirme qu' « *on doit toujours garder un peu ce stress, qui montre qu'on ne prend rien à la légère* ».

Afin d'analyser le contenu de l'ensemble des entretiens réalisés, il est intéressant d'analyser les informations recueillies par thème, permettant alors d'étudier les questions traitant de la même thématique.

1. La situation d'urgence

Le premier thème abordé lors des entretiens menés est avant tout la situation d'urgence. Lors de l'entretien, j'ai décidé, dans un premier temps, de m'arrêter sur une notion et de demander aux professionnels interrogés ce qu'ils ressentent face à une situation d'urgence. Puis, dans un deuxième temps, j'ai posé la question de savoir également

comment les professionnels interrogés réagissent face à une situation d'urgence, ce qu'ils mettent en place en termes d'actions.

L'infirmier 1, suite à la question de son ressenti face à une situation d'urgence, a énoncé le fait qu'il se « *demande tout le temps si j'ai pas fait une erreur* ». De plus, il ajoute que « *le stress vient de ça* ». En d'autres termes, lorsqu'il se retrouve face à une situation d'urgence, il se remet tout de suite en question ainsi que sa pratique professionnelle afin de comprendre ce qu'il se passe réellement dans la situation. Il ajoute pour conclure que « *je me remets en question tout le temps et je me demande ce que j'ai pas fait ou ce que j'ai oublié de faire* ».

De plus, l'infirmier 1, face à la question des différentes actions qu'il met en place, a tout de suite précisé qu'il « *anticipe beaucoup les choses* ». De ce fait, il m'explique que « *comme je connais bien le service, tu vois euh, j'ai plus ce, ce stress d'urgence* ». Il rajoute afin de poursuivre que « *c'est des situations que j'anticipe et que je connais bien en fait donc, je sais que maintenant je sais plus trop ce que ça veut dire urgences (rires), mais euh c'est de part la pratique en fait hein.* »

En d'autres termes, l'infirmier 1, grâce à son expérience professionnelle et sa carrière en réanimation, sait beaucoup mieux anticiper les choses et sait tout de suite agir face à une situation d'urgence rencontrée. Grâce à son anticipation et à ses connaissances, il sait quoi faire et donc ne ressent pas d'émotions négatives face à une situation d'urgence.

L'infirmière 2, quant à elle, me parle sincèrement de son ressenti et me précise qu'elle « *ressent avant tout du stress, bien sûr !* ». Mais elle ajoute rapidement qu'il est « *important de garder son sang-froid, et de s'entourer des bonnes personnes ressources* ». En ce sens, l'infirmière 2, travaillant depuis 6 ans en service de réanimation à ce jour, a abordé l'importance de l'équipe pluridisciplinaire dans la gestion d'une situation d'urgence. En d'autres termes, elle se sent « *rassurée d'être épaulée face à une urgence* », et précise avant tout que « *chacun trouve sa place et euh, est finalement acteur dans la situation* ». Dans ce sens, l'infirmière 2 apporte surtout la notion de l'importance du travail en équipe, et de l'importance de la présence des collègues au sein de ce type de service.

De plus, l'infirmière 2, face à la question des actions qu'elle met en place face à une situation d'urgence, m'a tout de suite précisée qu'« *il est important de discuter, de dire ce*

que chacun fait, chacun a sa place et doit dire ce qu'il fait pour pas perdre de temps quoi ». Elle conclut que « *les maitres mots, c'est de faire en sorte d'être organisé et euh rapide* ».

Or, dans l'ouvrage « *Le paradigme de la discipline infirmière en France* », écrit par Arlette MARCHAL et Thérèse PSIUK, les auteures, comme développé précédemment, ont appuyé sur le fait que « *la compétence d'une profession dépend essentiellement de la qualité des interactions entre les professionnels* » (2002, p114).

Par conséquent, la place du travail en équipe est indispensable dans l'élaboration de l'acquisition des compétences. Les échanges entre soignants permettent un enrichissement de connaissances, expériences et la confrontation des différents modes de raisonnement parvient au développement des compétences des soignants. Elles concluent en disant que « *la compétence collective ainsi générée se distingue de la somme des compétences individuelles qui la composent* » (2002, p115).

Ainsi, nous pouvons donc en déduire que théoriquement, l'importance du travail en équipe se retrouve également sur le terrain à travers les propos de l'infirmière 2.

Enfin, l'infirmière 3, en poste depuis presque 2 ans en réanimation, dit que « *déjà, je vais tout de suite capter qu'il y a un problème, et on va dire que ma première réaction c'est de trouver le problème* ». Elle ajoute par la suite que « *je pense tout de suite à l'action que je peux mettre en place avant de me concentrer sur ce que je ressens quoi.* » De plus, en parlant des actions mises en place, elle précise que « *je vais voir quelles actions que moi je peux déjà euh engendrer, et si je comprends pas ben, c'est vrai que j'appelle direct le médecin ou l'interne* ». En d'autres termes, l'infirmière 3 n'a pas encore assez de recul pour anticiper certaines choses que l'infirmier 1 anticipe par exemple.

Or, le but des questions étant de remarquer les différences ou non des différentes réactions et ressentis des infirmiers rencontrés. Dans ce sens, nous pouvons remarquer une différence entre les différents professionnels rencontrés, et notamment aux actions qu'ils vont mettre en place face à une situation d'urgence. En effet, la différence majeure entre eux retrouvée est leur expérience au sein du service de réanimation.

Néanmoins, dans l'ouvrage « *Le paradigme de la discipline infirmière en France* » écrit par Arlette MARCHAL et Thérèse PSIUK, les auteures précisent notamment que « *les données d'une situation clinique sont donc à chaque fois uniques, demandant à l'infirmière une mise en jeu : de connaissances issues des sciences médicales et sciences humaines* » (2002, p105). En d'autres termes, l'infirmière ayant acquis une compétence fait intervenir ses précédentes

expériences, mais également ses connaissances théoriques de la situation permettant alors d'agir de la meilleure façon possible.

Ainsi, nous pouvons donc en conclure que l'importance de l'expérience dans la prise de décisions vis-à-vis des différentes actions à mettre en place face à une situation d'urgence est présente tant dans la littérature, que retrouvée sur le terrain, à travers les différents entretiens professionnels menés.

2. Le stress

Le deuxième thème ressorti de l'ensemble des entretiens analysés est le stress. En effet, il me paraît important de savoir comment les différents professionnels interrogés peuvent définir le stress, ce qu'ils entendent par le mot « stress ».

1) Qu'est-ce que le stress ?

Lors des entretiens menés, j'ai posé la question suivante, à savoir comment les professionnels interrogés définissaient le stress. Cette question me paraît pertinente, dans le sens où nous devons savoir de quoi les professionnels parlent.

Face à cette question, l'infirmier 1 définit le stress d'une manière particulière. En effet, il m'a répondu en me disant que « *ben pff, je te dis le stress j'en ai plus beaucoup, en fait globalement en cas de ce genre de situation, je suis hyper sensible à tout en fait* ». Il réenchérit en disant « *j'analyse vite, c'est beaucoup plus d'attention. (silence). Une grande attention et une plus grande réactivité, c'est ça le stress pour moi* ».

Tandis que l'infirmière 2 définit le stress comme « *une sensation ressentie quand on est face à une situation stressante* », et précise également que « *le stress me permet de ne jamais être trop sûre de moi et de toujours rester aux aguets sur une euh potentielle situation stressante* ».

Enfin, l'infirmière 3 parle du fait que « *c'est un sentiment, un ressenti euh qui se manifeste aussi bien physiquement que dans la tête* ». Elle ajoute pour terminer que « *pour moi, c'est un peu comme un signal d'alerte, euh que nous-même on se crée* ».

Or, par définition, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) comme « *une agression de l'organisme par un agent physique, psychique, émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation* ».

Ainsi, on retrouve dans toutes les définitions la notion que chaque individu doit agir face au stress. Le signal d'alerte, l'attention ou encore la réactivité sont des mécanismes mis en place, que l'on retrouve dans la définition nommée comme le « *travail d'adaptation* ». Il est ainsi important de souligner que tous les professionnels interrogés ont bien l'image du stress comme un agent permettant d'agir, et non un sentiment qui freine à la pratique infirmière.

Seulement, il est important de savoir si, selon les professionnels rencontrés, le service de réanimation est un contexte accentuant l'effet du stress ou non.

2) **Réanimation = stress ?**

Le troisième grand thème qui émerge des entretiens analysés est le lien entre le contexte du service de réanimation et la présence du stress. J'ai ainsi demandé à l'ensemble des professionnels interrogés si le contexte de réanimation, est un contexte qui accentue l'effet du stress ou non.

Pour l'infirmier 1 tout comme l'infirmière 2, c'est un oui comme un non. L'infirmier 1 dit que « *il faut aimer l'adrénaline hein pour travailler, enfin je sais que euh, oui c'est des contextes particuliers hein.* » Il précise notamment que « *certaines personnes gèrent pas leur stress quoi, et n'aiment pas ces situations là... et globalement c'est des gens qui sont pas fait pour la réa quoi.* » En revanche, il énonce que « *en même temps, tes patients sont tellement surveillés et techniqués, que tu sais très bien que si jamais euh, ça dégénère... tu vas vite pouvoir agir quoi* ».

Dans le même sens, l'infirmière 2 dit à la fois que « *on ne peut que stresser lorsqu'il en va de la vie d'une personne... Et il faut toujours être aux aguets.* » Mais elle précise en revanche que « *la réanimation est un service que tu peux considérer comme plus sécurisant qu'un autre dans le sens où... on a vraiment la chance d'avoir du personnel en nombre* ».

Enfin, l'infirmière 3 pense que oui et précise que « *ben t'as tout ce côté ben gravissime de la réanimation quoi* ». Selon elle, « *dès qu'il y a des alarmes qui sont pas dans les clous, qu'il y a un souci, eh ben dans ta tête tu sais que si ca se passe c'est qu'il y a un problème quelque part et qu'il faut agir.* » Elle compare en disant que « *alors que dans les services conventionnels t'es tellement pas assez surveillé que tu, ben le stress on va dire que tu l'as quand c'est trop tard en fait, ou que c'est trop grave* ».

Elle termine en disant que « *en réa, t'as tellement de choses à faire, à surveiller que t'as ce caractère plus stressant quoi* ».

C'est ce que nous pouvons retrouver, selon Françoise BOISSIERES dans l'ouvrage « *Les soignants face au stress* », où l'auteure développe que « *le bruit est un facteur de stress physique [...]. Dans le milieu du service de soins, les bruits des scopes, des respirateurs, des chariots et des sonneries qui nous stressent* » (2003, p.41).

Dans ce sens., nous pouvons retrouver cette notion stressante du contexte de réanimation. Cependant, il est ici intéressant de souligner que deux des infirmiers les plus expérimentés disent que la réanimation a un côté rassurant, par la surveillance très rapprochée des patients ainsi que la disponibilité de l'ensemble des corps médicaux.

3) La gestion du stress dans la compétence IDE

Le dernier grand thème ressorti de l'ensemble des entretiens analysés est la compétence IDE. En effet, il me paraît important de savoir la gestion du stress dans la compétence IDE, et confronter les informations à la théorie.

a) L'expérience professionnelle

Déjà abordé dans la prise de décisions face à une situation d'urgence, l'expérience professionnelle fait partie des éléments indispensables dans l'acquisition des compétences IDE, comme développé dans l'ouvrage « *Le paradigme de la discipline infirmière en France* » de Thérèse PSIUK et Arlette MARCHAL.

Ainsi, je me suis permise de poser ouvertement la question de savoir si selon eux, l'expérience professionnelle a un impact ou non dans la gestion du stress.

L'infirmier 1 a tout de suite déclaré que « *oui (rires). Mais je pense que euh, pour diminuer un stress dans une réa en fait, plus on a d'expériences, et plus c'est ça qui va faire que t'as moins de stress* ». Il ajoute également « *parce que euh, tu sais ce que tu fais, tu connais les machines, les médicaments* ».

De plus, l'infirmière 2 affirme que « *je pense qu'en sortie de diplôme, on a seulement une sorte de base du métier* ». Elle ajoute par la suite que « *l'expérience te fait évoluer dans les initiatives, tes gestes, enfin ta pratique professionnelle au final !* »

Enfin, l'infirmière 3 dit que « *je sais que l'expérience c'est ce qui m'aide énormément* ». Elle développe en disant que « *c'est l'expérience qui fait que j'arrive aujourd'hui à gérer mon stress ! (rires)* ».

Afin de conclure, Arlette MARCHAL et Thérèse PSIUK dans l'ouvrage « La paradigme de la discipline infirmière en France » ont écrit qu' « *il va de soi que la compétence évolue selon l'expérience professionnelle* » (2002, p208).

Finalement, comme vu précédemment dans la prise de décisions en situation d'urgence, l'expérience professionnelle fait partie du pilier qui permet de mieux gérer son stress tout en développant ses compétences IDE en tant qu'infirmière en service de réanimation. Mais qu'en est-il des connaissances théoriques ?

b) Les connaissances théoriques

La dernière partie développée dans cette analyse de contenu des différents entretiens menés est la partie sur l'importance des connaissances théoriques dans la gestion du stress. J'ai ainsi posé la question de savoir si selon les professionnels, les connaissances théoriques ont un impact ou non dans la gestion du stress face à une situation d'urgence.

Selon l'infirmier 1, « *plus t'as de connaissances, moins t'es stressé. Quand tu sais ce que tu fais, quand tu connais euh l'ensemble des traitements en fait, une fois que tu le sais bien, ton stress il diminue largement, parce que tu sais comment les choses peuvent évoluer* ».

De plus, l'infirmière 2 ajoute que « *on ne fait bien que ce qu'on sait faire !* » Elle développe en disant « *il faut connaître les pathologies pour pouvoir les surveiller et contribuer à leurs soins* ». Elle conclue en disant qu' « *il est très important d'être à l'aise avec l'environnement du patient mais aussi du service pour avoir moins de stress possible quand tu seras face à une urgence* ».

Enfin, l'infirmière 3 affirme que « *pour moi c'est primordial* ». Elle ajoute un exemple en disant « *quand t'as jamais connu de respi, et tu vois un respi qui sonne, forcément tu sais même pas ce qui peut se passer alors qu'au final c'est juste une alarme mal paramétrée ou un patient qui tousse* ».

Ainsi, comme cité dans l'ouvrage « *Le paradigme de la discipline infirmière en France* » De Arlette MARCHAL et Thérèse PSIUK, « *le développement des connaissances n'est pas uniquement issu de l'expérience ; en effet, il ne faut pas oublier que la recherche nous apporte un éclairage souvent très riche dans une situation donnée* » (2002, 108). En d'autres termes, la compétence se développe grâce à l'expérience, mais également grâce aux connaissances théoriques, permettant d'optimiser au mieux le développement de la pratique professionnelle de l'infirmière.

De ce fait, nous pouvons ainsi en conclure que nous retrouvons l'importance également des connaissances théoriques tant dans la littérature, que sur les terrains auprès des professionnels de santé.

IV- Réajustements

Nous venons de mettre en commun notre cadre théorique et nos entretiens professionnels réalisés. Cette confrontation montre ainsi que nos différentes recherches de départ au sein du cadre théorique sont en corrélation avec notre objectif de départ.

Troisième étape

I- Formulation de la problématique

Ainsi, au regard du cadre théorique mené précédemment ainsi que de l'analyse des entretiens professionnels, il ressort qu'en effet l'importance des connaissances théoriques ainsi que de l'expérience professionnelle sont des atouts incontournables dans la prise de décisions face à une situation stressante, telle qu'une situation d'urgence.

De plus, la différence d'expériences entre les professionnels interrogés a bien démontré l'influence de l'expérience, tout comme les connaissances acquises avec le temps. C'est pourquoi il est intéressant de formuler cette problématique suivante :

En quoi les connaissances théoriques tout comme l'expérience professionnelle sont des ressources pour la prise de décisions du soignant en situation de stress dans un service de réanimation ?

Quatrième étape

I- Perspectives professionnelles

Ce travail de fin d'études, à ce jour, m'a permis de répondre à ma question de départ, à savoir : Pourquoi le stress influence-t-il le soignant dans la prise de décisions en situation d'urgence dans un service de réanimation ?

De plus, il m'a apporté un éclairage quant à mes différentes questions spontanées que j'ai pu me poser à la suite de ma situation d'appel vécue : Le stress m'a-t-il permis d'être plus efficace dans cette situation d'urgence ? Ou a-t-il été un frein m'empêchant d'être efficace ? Est-ce qu'il m'a permis d'agir plus rapidement ? Est-ce que j'ai réussi à bien gérer ce stress envahissant et permanent ? Ai-je bien agi pour ma patiente, alors que j'étais submergée par le stress ? Est-ce que le contexte de réanimation accentue la présence du stress dans la prise en charge infirmière ? Le manque de connaissances a-t-il un impact sur le stress vécu ?

A présent, et notamment grâce aux différentes recherches ainsi que des entretiens professionnels menés, je sais que le stress a une place bien plus importante dans le quotidien de l'infirmière. Il est un outil permettant ainsi de se développer, d'agir et de mieux se comprendre dans sa pratique professionnelle.

Etudier ce sujet pendant ma dernière année d'études m'a alors apporté en tant que future professionnelle. En effet, cette étude m'a ainsi permis d'appréhender différemment mon stress dans les services, et surtout dans les services de réanimations, services dans lesquels je souhaite commencer et accomplir ma carrière professionnelle.

J'ai donc pu évoluer dans ma pratique en tant que future infirmière, en comprenant mieux les mécanismes du stress, ce qui me permet alors de réagir de manière plus efficace. En ce sens, après avoir analysé et étudié le stress, les compétences de l'infirmière, la réanimation... Lorsque je me retrouve dans une situation d'urgence ou toute situation stressante, le stress qui m'envahit reste présent, et dynamise ainsi ma prise en charge.

II- Conclusion du travail de recherches

Afin de conclure ce travail de fin d'études, je citerai Hans Selye, « le stress, c'est la mort ». D'après lui, le stress est un ingrédient de la vie nécessaire et indispensable. Dans le quotidien de l'infirmière, des facteurs de stress sont présents, tout comme le stress, à plus ou moins grande intensité. Mais le stress nous permet de toujours garder cette œil vigilant auprès de nos patients.

Ce travail a prouvé que le stress est un outil malgré lui dans le quotidien de l'infirmière. Pour l'utiliser, il faut apprendre avant tout à le connaître, à le comprendre. Le stress, c'est comme une recette de cuisine. Si nous ne comprenons pas la recette, et que nous n'avons pas les ingrédients nécessaires, nous avons du mal à le faire fonctionner en concordance dans le quotidien.

Dans notre étude, la recette de cuisine est le stress, et les différents ingrédients sont les différentes stratégies d'adaptation, les expériences professionnelles, les connaissances théoriques, la présence de l'équipe paramédicale et médicale...

A ce jour, l'apprentissage de la gestion du stress n'est pas abordé lors des études d'infirmière, stress pourtant tant présent dans le quotidien de l'étudiant que d'un professionnel diplômé sur le terrain. Il serait donc intéressant de poursuivre ce travail de fin d'études sur différentes formations pouvant être mises en place ou existantes sur le stress du soignant ainsi que sa gestion au sein des services de soin.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BOISSIERES F., *Les soignants face au stress*, Ed. Lamarre, 2002, p35 à 40.

ROUCHI Y., PRUDHOMME C., *L'infirmière en réanimation*, Ed. Malone, 2019, p2-3.

TORTORA, DERRICKSON, *Manuel d'Anatomie et de Physiologie Humaines*, Ed. Deboeck, 2009, p338-339

MARCHAL A., PSIUK T., *Le paradigme de la discipline infirmière en France*, 2002, p1-122

ARTICLE

VIEYRA E., « *Le stress, ami ou ennemi mal connu* », *L'aide-soignante*, Le mensuel de l'exercice aide-soignant au quotidien, n°180, Octobre 2016, p30-31

WEB

La réanimation :

SFAR, « La réanimation et la surveillance continue », Disponible sur <<https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medicale-sur-la-reanimation/>> (consulté le 20/10/2019)

Dictionnaire Larousse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue/>

Dictionnaire de l'Académie Française :

<https://academie.atilf.fr/9/consulter/R%C3%89ANIMATION?options=motExact>

VACHON F., « Histoire de la réanimation médicale française : 1954-1975 », Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1101-Reanimation-Vol20-N1-p072_078.pdf (consulté le 27/10/2020)

Société de Réanimation de Langue Française, « DU/DIU spécifiques de Réanimation », Disponible sur : <https://www.srlf.org/diu-de-reanimation/du-diu-specifiques-de-reanimation/> (consulté le 29/10/2020)

Législation :

LEGIFRANCE :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000813915&categorieLien=id>

L'infirmière en réanimation :

Société de Réanimation de Langue Française, « *Référentiel de compétences de l'infirmière en réanimation* », Disponible sur : <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/20110419-R%C3%A9f%C3%A9rentiel-IDE-final.pdf> (consulté le 10/11/2019)

La situation d'urgence :

Hôpital Fribourgeois, « Les degrés d'urgence », Disponible sur <https://www.h-fr.ch/nos-specialites/nos-specialites-medicales/service-des-urgences/les-degres-durgence> (consulté le 16/11/2019)

LEGIFRANCE, « *Décret n°2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie* », Disponible sur

<[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032967571&cat](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032967571&categorieLien=id)
[egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032967571&categorieLien=id)> (consulté le 24/11/2019)

EDUCALOI, « Le consentement aux soins en cas d'urgence », Disponible sur
<<https://www.educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-aux-soins-dans-les-cas-durgence>>
(consulté le 02/12/2019)

Le stress :

Centre d'Etudes sur le Stress Humain (CESH), « Historique du stress », Disponible sur
<<https://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/historique-du-stress/>>
(consulté le 10/12/2019)

Centre d'Etudes sur le Stress Humain (CESH), « Biologie du stress », Disponible sur
<<https://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/biologie-du-stress/>>
(consulté le 12/12/2019)

LABRHA, « Physiologie du stress, système nerveux autonome (SNA) et adrénaline (ADR),
Disponible sur <<http://www.labrha.fr/2016/12/15/stress-physiologie/>> (consulté le
20/12/2019)

THERIEN S., « Eustress et distress », Disponible sur <[http://santecorazon.quebec/eustress-](http://santecorazon.quebec/eustress-et-distress/)
[et-distress/](http://santecorazon.quebec/eustress-et-distress/)> (consulté le 04/01/2020)

Société des Neurosciences, « Fiches : Le Cerveau », Disponible sur
<<https://www.neurosciences.asso.fr/V2/GrdPublic/pdf/FichesCerveau-Chapitre07.pdf>>
(consulté le 10/01/2020)

PHOTOGRAPHIE

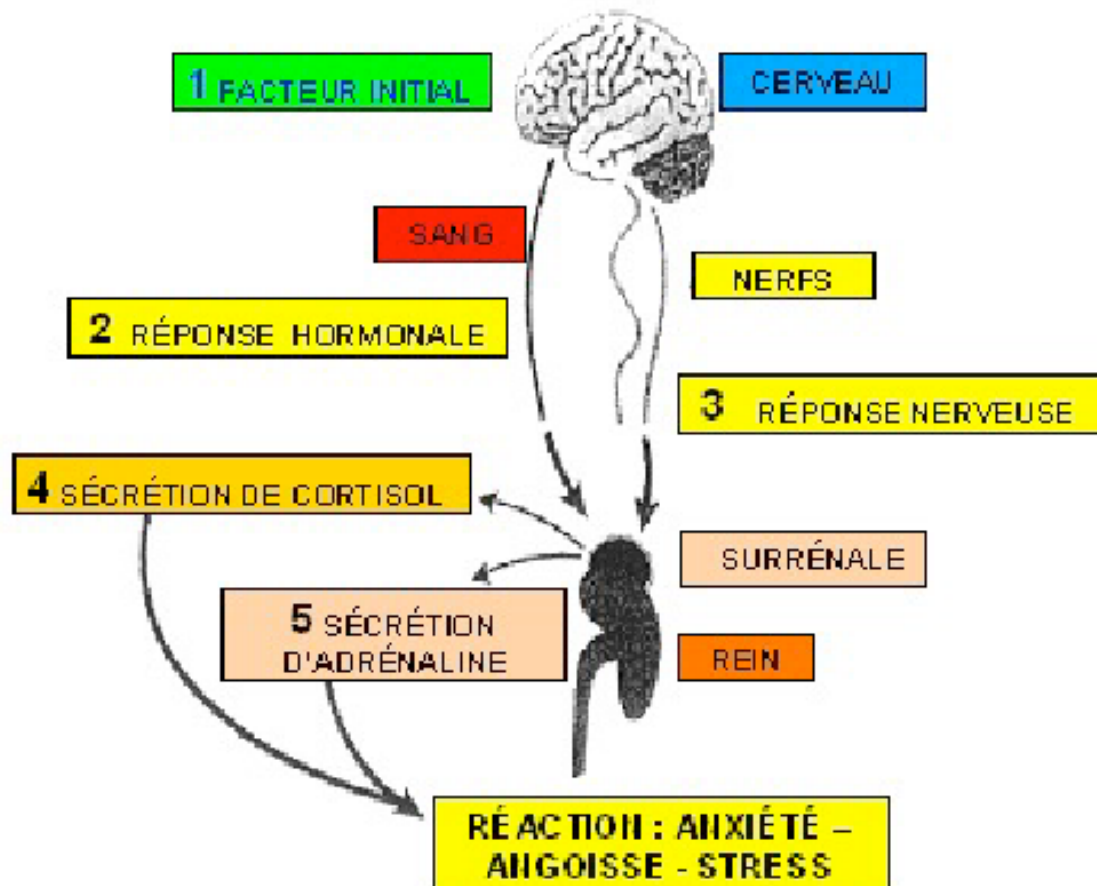
Image sur la première de couverture : issu de l'article « *Concours photo réanimation 2019 : En équipe* » par La Commission Jeunes de la Société De Réanimation de Langue Française (SRLF) : <<https://www.srlf.org/concours-photo-reanimation-2019-en-equipe/>>

Annexe n°1 : issu de l'article « *Les mécanismes du stress* » : <<https://tpestresslmb.wordpress.com/ii-la-medecine-du-stress/a-causes-et-mecanismes/>>

ANNEXES

Annexe n°1 : Physiologie du stress

MISE EN ROUTE D'UNE RÉACTION D'ANXIÉTÉ ET STRESS



GRILLE D'ENTRETIEN

Sujet - Pourquoi le stress influence-t-il le soignant dans la prise de décisions en situation d'urgence dans un service de réanimation ?

N°	Question	Objectif
1	Depuis combien de temps travaillez-vous en réanimation ?	Connaitre le temps de travail en réanimation du soignant
2	Comment réagissez-vous face à une situation d'urgence ?	Savoir la réaction du soignant face à une situation d'urgence
3	Que ressentez-vous face à une situation d'urgence ?	Connaitre ce que ressent le soignant face à une situation d'urgence
4	Qu'est-ce que le stress, selon vous ? Comment définissez-vous le stress ?	Avoir une définition du stress selon le soignant
5	Selon vous, le service de réanimation est-il un contexte qui accentue l'effet du stress ? Si oui, pourquoi ?	Savoir si le soignant pense que le contexte de réanimation est un facteur de stress
6	Selon vous, l'expérience a-t-elle un impact dans la gestion du stress en situation d'urgence ? Si oui, pourquoi ?	Connaitre si le soignant pense que l'expérience est liée à la gestion du stress en situation d'urgence
7	Selon vous, les connaissances théoriques de l'infirmière ont-elles un impact dans la gestion du stress en situation d'urgence ? Si oui, pourquoi ?	Savoir si le soignant pense que les connaissances théoriques sont liées à la gestion du stress en situation d'urgence
8	Avez-vous quelque chose à ajouter ?	Savoir si le soignant souhaite ajouter quelque chose à l'entretien

MEMOIRE

« *Stress, emergency and intensive care unit : when we have to make a decision... »*

AUTEUR : FROMMHERZ Apolline

Année : 2019/2020

Nom et adresse de l'IFSI : IFSI Ambroise Paré, 39-41 rue de Paris, Mons-en-Barœul

Nombre de mots : 194

RESUME	ABSTRACT
<p>Ce travail de fin d'études traite de l'impact du stress en situation d'urgence sur le soignant.</p> <p>Ma question de départ est la suivante : Pourquoi le stress influence-t-il le soignant dans sa prise de décisions en situation d'urgence dans un service de réanimation ?</p> <p>A la suite de cette question de départ, différents concepts sont développés tels que le stress, les stratégies d'adaptation appelées le « coping » ainsi que la compétence infirmière.</p> <p>La méthode de recherche utilisée est dans un premier temps le développement du cadre théorique avec des recherches littéraires. Puis, une étude empirique a été réalisée en menant des entretiens semi-directifs auprès des professionnels sur le terrain.</p> <p>Ainsi, ce qui ressort de ce travail de fin d'études est surtout que l'expérience ainsi que les connaissances théoriques jouent un rôle important dans la gestion du stress en situation d'urgence.</p> <p>Afin de conclure, la problématique posée à la fin de ce travail de recherche est la suivante : En quoi les connaissances théoriques tout comme l'expérience professionnelle sont des ressources pour la prise de décisions du soignant en situation de stress dans un service de réanimation ?</p> <p><u>Mots clefs</u> :</p> <p>Stress, stratégies d'adaptation, urgence, réanimation, expérience, connaissances théoriques, compétences</p>	<p>My graduation project deals with the impact of stress in emergency situation on caregiver.</p> <p>My initial issue is : Why does stress affect the caregiver in his emergency decision-making in intensive care unit ?</p> <p>Following this initial issue, various concepts are developed such as stress, adaptation strategies called "coping", as well as nursing skills.</p> <p>First, the research methodology used is the development of the theoretical framework with literature research. Then, an empirical study has been carried out by interviews some professionals in the field.</p> <p>Thus, what mostly comes out of this graduation project is that experiment as well as theoretical knowledge play an important role in stress management in emergency situation.</p> <p>To conclude, the problem pointed out at the end of this study is this following : How theoretical knowledge as well as professional experiment are resources for the caregiver decision-making in stressful situation in intensive care unit ?</p> <p><u>Keywords</u> :</p> <p>Stress, adaptation strategies, emergency, intensive care unit, experiment, theoretical knowledge, skills</p>