

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

« MAINS SUR LA POITRINE : UNE HISTOIRE DE CŒUR »
La place des émotions soignantes au cœur de l'urgence vitale

GILLOURY Inès
Promotion 2015-2018

Directeur de mémoire
Zuliani Pascale

Avril 2018

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

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

« MAINS SUR LA POITRINE : UNE HISTOIRE DE CŒUR »

La place des émotions soignantes au cœur de l'urgence vitale

GILLOURY Inès

Promotion 2015-2018

Directeur de mémoire

Zuliani Pascale

Avril 2018

Résumé

Tous les ans, l'arrêt cardiaque touche environ 40000 personnes, responsable d'un taux de morbi-mortalité élevé. L'arrêt cardiaque intra-hospitalier représente 5% des arrêts cardiaques, et les chances de survie sont en partie conditionnées par la rapidité et la justesse de mise en œuvre des gestes réanimatoires par les soignants. Durant ma deuxième année, j'ai été confronté à l'arrêt cardiaque d'un patient au cours d'un stage en chirurgie. Cette situation intense émotionnellement parlant m'a amené à me questionner sur les nombreux aspects qui englobent la prise en charge d'un arrêt cardiaque. Aussi ce mémoire s'intéresse à la place des émotions soignantes dans le contexte de l'urgence vitale.

Au cours de cette situation j'ai pu observer une différence significative de prise en charge entre nous, soignants du service et l'équipe mobile du SAMU. Ces derniers étant beaucoup plus efficaces. De plus j'ai pu observer les manifestations chez les infirmiers du service d'émotions et sentiments tels que la peur et la culpabilité, tandis que les soignants du SAMU paraissaient calmes et détachés. De part la réalisation d'entretiens auprès de 4 infirmières sur leur vécu de l'urgence, j'ai pu réaliser une confrontation des points de vue et ainsi étayer mon questionnement. D'autre part et conjointement à l'intérêt professionnel, la lecture d'articles professionnels m'a permis d'aboutir à la question générale de recherche suivante : Dans quelles mesures nos émotions influencent-elles notre prise en charge infirmière face à l'imprévisibilité d'une urgence vitale ? L'étude de cette question au travers des savoirs scientifiques met en évidence l'importante charge émotionnelle éprouvée par les soignants dans le cadre de l'urgence vitale. D'autre part, la mise à distance émotionnelle et le développement de stratégies défensives s'avèrent indispensables afin de se montrer rapide et efficace. Cependant, ces processus défensifs semblent avoir un coût à long terme pour le soignant car certains peuvent être corrélés à une démotivation au travail ainsi qu'à un épuisement professionnel. Enfin, la formation et plus spécifiquement la simulation s'avère être un outil essentiel au développement de compétences spécifiques à l'urgence de part l'apprentissage par l'erreur qu'elle propose, toutefois sans risque pour le patient. Néanmoins, celle-ci peut-elle s'avérer suffisante pour préparer l'infirmier aux conséquences émotionnelles d'une vraie urgence vitale ? Ceci m'amènera donc à formuler la question de recherche spécifique suivante : En quoi l'usage de la simulation comme apprentissage expérientiel émotionnel en situation d'urgence vitale est-il pertinent ?

Mots clés : URGENCE, EMOTION, MECANISMES DE DEFENSES, COPING

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION.....	7
I. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION GENERALE DE RECHERCHE.....	9
1.1. <i>Opinions et préjugés concernant la situation.....</i>	9
1.2. <i>Questionnement</i>	9
1.3. <i>Objet d'étude</i>	10
1.4. <i>Intérêt professionnel et personnel</i>	10
1.5. <i>Synthèse des apports des recherches documentaires et scientifiques</i>	11
1.6. <i>Pertinence sociale de l'objet d'étude</i>	13
1.7. <i>Formulation de la question générale de recherche.....</i>	13
II. DE LA QUESTION GENERALE A LA QUESTION SPECIFIQUE DE RECHERCHE	14
1. DEVELOPPEMENT DES PRINCIPAUX CONCEPTS MIS EN EXERGUE PAR LA QUESTION DE RECHERCHE	14
1.1 <i>L'Urgence vitale.....</i>	14
1.1.1 <i>De l'urgence et du temps</i>	14
1.1.2 <i>Soignants : l'importance de la formation</i>	15
1.2 <i>Les Emotions</i>	17
1.2.1 <i>Quid de l'émotion ?</i>	17
1.2.2 <i>La théorie de l'appraisal</i>	18
1.2.3 <i>L'art de manier ses émotions</i>	20
1.3 <i>Mécanismes de défenses et Coping</i>	22
1.3.1 <i>Les Mécanismes de défense</i>	22
1.3.2 <i>Le Coping.....</i>	23
2. SYNTHESE DES APPORTS SCIENTIFIQUES ET PROBLEMATISATION	25
CONCLUSION.....	27
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	28
ANNEXES.....	30
1.1 <i>Annexe A: Questionnaire des entretiens infirmiers et compte-rendu.....</i>	30
1.2 <i>Annexe B : Tableau synthétique des articles</i>	34
1.3 <i>Annexe C : Tableau synthétique des ouvrages</i>	45
1.4 <i>Annexe D : Carte mentale à partir de la question de recherche.....</i>	48
1.5 <i>Annexe E : Tableau des recherches documentaires</i>	50
1.6 <i>Annexe F: Compte rendu de la démarche documentaire</i>	53

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR : Arrêt cardio-respiratoire

BAVU: Ballon autoremplisseur à valve uni-directionnelle

CSIH : Chaîne de survie intra-hospitalière

DSA : Défibrillateur semi-automatique

IDE : Infirmière diplômé d'état

IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers

MCE : Massage cardiaque externe

SAMU: Service d'aide médicale urgente

SFAR: Société Française des anesthésistes réanimateurs

SFMU: Société Française de médecine d'urgence

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

RCP : Réanimation cardio-pulmonaire

ReAC : Registre électronique des arrêts cardiaques

VVP : Voie veineuse périphérique

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier ma directrice de Mémoire dont la bienveillance et la gentillesse m'ont accompagné durant la construction de ce travail. Ses précieux conseils ont permis de faire évoluer ma réflexion ainsi que ce mémoire.

Je souhaite également remercier l'équipe de formateurs qui nous ont suivi pendant ces trois années et qui ont contribué à forger les professionnels que nous allons devenir. Plus particulièrement, je remercie ma référente pédagogique qui s'est toujours montrée disponible et à l'écoute de mon projet professionnel.

Un grand merci également à mes collègues de promotion qui se reconnaîtront. Vous avez rendu ces trois années beaucoup plus belles par votre bonne humeur et votre humour. Merci pour cette amitié qui perdurera je l'espère.

Je tiens à remercier ma famille et mon conjoint pour leur soutien sans faille et leurs conseils durant ces trois années à l'IFSI. Je vous aime.

Je remercie plus particulièrement ma sœur, pour son aide pour la rédaction du résumé en anglais de ce mémoire ainsi qu'Ana pour son investissement dans ce mémoire et pour la mise en relation avec les professionnels interrogés.

Enfin, j'adresse mes remerciements aux professionnels rencontrés lors de mon parcours qui m'ont transmis leurs savoirs et leur passion et qui m'ont donné l'envie d'exercer ce métier parfois difficile.

INTRODUCTION

Au cours de ma deuxième année, alors que j'effectuais mon stage en chirurgie polyvalente, j'ai pu prendre en charge Mme C une patiente de 73 ans à J3 post-opératoire d'une colectomie gauche sur un abcès péritonéal. Il est environ 13 h dans le service de chirurgie. Je vois Isabelle l'infirmière du secteur, courir dans le couloir vers la salle de soins, tandis que Laura une autre infirmière est au téléphone avec l'équipe mobile du SAMU, car Mme C est en arrêt-cardiorespiratoire. Je me précipite dans la chambre de la patiente et vois l'anesthésiste Dr P, seule, pratiquant un massage cardiaque externe sur Mme C. Je branche le masque à oxygène déjà présent dans la chambre en le réglant à 15 L et le place sur la patiente. Isabelle arrive derrière moi avec le chariot d'urgence. Le Dr P nous demande alors si quelqu'un peut la relayer pour effectuer le massage cardiaque, car elle va devoir intuber. Je propose au Dr P de la relayer et poursuis le MCE tandis qu'Isabelle prépare l'adrénaline et que Laura prépare le plateau d'intubation. Le Dr P retire la tête de lit et s'installe à la tête de Mme C. Elle branche le BAVU et commence à ventiler la patiente à raison de 30 compressions, 2 insufflations, aussi elle me demande de compter à haute voix. Elle demande à Laura le laryngoscope ainsi qu'une lame métallique et une sonde d'intubation de 6,5. Laura s'exécute cependant la seule lame métallique présente dans le chariot d'urgence est une lame pédiatrique. Elle donne donc à l'anesthésiste une lame adulte en plastique. Le Dr P nous demande l'heure, il est 13h17 puis demande à Isabelle d'injecter 1mg d'adrénaline. Isabelle cherche la VVP de la patiente mais découvre à ce moment qu'elle s'est accidentellement déperfusée, probablement avant de se mettre en ACR ou lors de la mobilisation. Isabelle et Laura tentent donc de reperfuser Mme C. L'anesthésiste me demande calmement d'interrompre le massage afin d'intuber Mme C. L'intubation se fait assez facilement. Elle ausculte la patiente et trouve un murmure symétrique, signe que la sonde est bien en place. Le Dr P demande la seringue d'adrénaline car Isabelle et Laura rencontrent des difficultés à perfuser Mme C, les veines commençant à se collaber. Pour pallier à la voie veineuse, elle injecte 3 mg directement en intra-trachéal par la sonde d'intubation. Pendant ce temps je continue toujours de masser la patiente. Cela fait environ une dizaine de minute que nous avons commencé la réanimation. L'équipe mobile du SAMU arrive alors dans la chambre de la patiente et le Dr P en continuant de ventiler, leur explique le déroulé des faits. L'infirmier du SAMU remarque alors l'absence de plan dur sous la patiente. Cependant

aucun de nous jusqu'alors n'y avait prêté attention, focalisé sur la patiente et les gestes à réaliser. Nous installons donc la patiente sur la planche et je poursuis le massage. La patiente est alors scopée¹ puis l'infirmier du SAMU parvient finalement à la perfuser. Le médecin urgentiste me demande d'arrêter le massage, il l'ausculte et trouve un pouls carotidien. La patiente est cependant toujours inconsciente car un arrêt cardio-respiratoire prolongé peut en effet entraîner des lésions cérébrales par hypoxie des zones concernées. Le massage cardiaque n'étant plus nécessaire, je descends du lit et me recule. Je réalise alors que nous sommes maintenant une dizaine dans la chambre. Etant concentrée sur la réalisation du massage, je n'avais pas prêté attention à mon environnement. Je laisse ma place au médecin urgentiste à côté de la patiente car celle-ci doit tout d'abord être stabilisée. Quelques minutes plus tard, l'équipe du SAMU sort de la chambre en poussant le lit de la patiente: il la conduit au scanner puis en service de réanimation où elle sera prise en charge. Mme C décédera deux jours plus tard en réanimation.

J'ai tout d'abord choisi cette situation de soins pour réaliser ce mémoire car il s'agit de la plus intense émotionnellement parlant que j'ai rencontrée au cours de mes stages. En effet, lors d'un arrêt cardiaque, la mort n'est pas inéluctable. Dès lors, on ressent la responsabilité qui « pèse sur nos épaules » et qui nous incombe d'agir. Nombreuses sont donc les émotions ressenties par les soignants dans ce contexte. C'est pourquoi, ce travail de recherche s'intéresse à l'influence de ces émotions sur la prise en charge d'une urgence vitale. Afin de répondre à ce questionnement, nous aborderons dans un premier temps la notion de l'urgence très intriquée dans des durées biologiques et impliquant de ce fait la nécessité d'une prise en charge organisée ainsi que la formation des soignants. Dans un second temps, nous définirons les émotions et en expliciterons les variabilités intra et interindividuelles. Nous démontrerons d'autre part le lien étroit entre émotions et urgences ainsi que la nécessité de réguler ses émotions dans ce contexte. Dans un dernier temps nous aborderons, les différents mécanismes de défenses et les stratégies de *coping* mises en place par les soignants ainsi que leurs conséquences sur le psychisme. Puis nous investiguerons l'apport de ces mécanismes dans la prise en charge de l'urgence vitale par les soignants. Enfin, l'analyse des liens effectués entre ces différents éléments aboutira à la formulation d'une question spécifique de recherche.

¹ Action désignant la mise en place d'un monitoring cardiaque par utilisation d'un dispositif médical couramment nommé scope.

I. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION GENERALE DE RECHERCHE

1.1. Opinions et préjugés concernant la situation

En premier lieu et pour introduire mon processus réflexif, je pensais que lorsque que je serai confrontée à une urgence vitale, toute la prise en charge serait optimale et organisée. En effet, les professionnels de santé sont formés à l'urgence et donc supposés préparés à ce genre de situation. Aussi, le manque d'organisation ainsi que la survenue d'imprévus ont été les premières choses qui m'ont interpellée et beaucoup questionnée.

D'autre part, la prise en charge de Mme C a suscité, chez moi ainsi que chez les autres soignants impliqués, de nombreuses interrogations sur les raisons qui ont conduit à cette urgence vitale. J'ai également constaté que cette situation a engendré au sein de l'équipe soignante de nombreuses émotions. J'ai pu percevoir de la peur, mais également de la colère dans certaines attitudes et réactions de la part des soignants du service. De plus, j'ai perçu un niveau de stress élevé comparativement aux soignants du SAMU qui étaient relativement calmes. Quand à cette situation, elle a également pointé l'influence de la relation soignant-soigné et de la connaissance du patient dans le cadre de l'urgence vitale. En effet, il s'agissait de notre patiente, nous étions donc impliqués plus ou moins personnellement de part la relation de confiance que nous avons établie. Ceci je pense, implique une plus grande difficulté de gestion émotionnelle et de mise à distance de la situation. Enfin au cours de cette réanimation je pense que quelques erreurs ont été commises tels que l'oubli du plan dur pour le MCE ainsi que l'absence d'utilisation du DSA. Ceci met donc l'accent sur l'importance de la formation aux gestes et soins d'urgences des professionnels paramédicaux. Pour finir, les quelques imprévus d'ordre matériels et organisationnels notamment le manque de matériel dans le chariot d'urgence constitue un rappel pour les professionnels de l'importance de la vérification de ce dernier.

1.2. Questionnement

Ce précédent constat m'a donc incité à me questionner sur l'urgence en général et sa prise en charge. De plus, comme le démontre cette situation où différents imprévus sont venues perturber la prise en charge et où des erreurs ont été commises, les soignants ne sont pas toujours infaillibles. Ceci m'a donc poussée à m'interroger sur les différents facteurs humains, organisationnels ou matériels qui viennent se greffer au sein d'une

urgence et qui peuvent en influencer la prise en charge. D'autre part, je me suis également interrogée sur l'importance de la formation théorique, de part mes propres lacunes, mais aussi de part le manque de formation continue et d'exercices de mise en situation rapportés par les infirmières du service a posteriori de cette situation.

De plus, suite à mon propre ressenti et de part l'observation des soignants et de leurs différentes attitudes au cours de la situation, je me suis questionnée sur la place des émotions au sein d'une situation d'urgence : par exemple, sommes nous tous égaux face au stress ? Ou encore, existe t'il des moyens pour apprivoiser ses émotions ? Et enfin, quels impacts les émotions du soignant peuvent ils avoir sur la prise en charge du patient en arrêt cardiaque ?

1.3. Objet d'étude

Au regard ma situation et de mon questionnement je choisis d'étudier la place des émotions au sein de l'urgence vitale.

1.4. Intérêt professionnel et personnel

Afin d'estimer l'intérêt professionnel de mon objet d'étude et d'enrichir mon questionnement, j'ai effectué des entretiens informels auprès de professionnels infirmiers en chirurgie. J'ai reçu un retour plutôt positif car toutes avaient déjà été confrontées à une situation d'urgence. Afin d'avoir une trame pour la réalisation de ces entretiens, j'ai réalisé une liste de questions (Annexe A) auxquelles les différentes professionnelles ont répondu. Il en ressort que plusieurs IDE interrogés ne pensent pas bénéficier de suffisamment de formation et estiment qu'il en découle un manque de savoir-faire qui peut à son tour majorer le stress du soignant dans l'urgence. D'autre part les IDE interrogées s'accordent à dire qu'une situation d'urgence amène son lot d'émotions fortes. Parmi ces émotions on retrouve de la colère, de la culpabilité lorsque le patient décède ou encore une joie intense lorsqu'il est tiré d'affaire. Le stress apparaît aussi comme un point central d'une situation d'urgence. Deux points de vue existent à ce sujet chez les soignants interrogés. Certaines considèrent le stress comme un moteur pour le soignant de part l'adrénaline qui selon elles pousse le soignant à être rapide et efficace. Cependant d'autres considèrent que le stress a une influence négative car il leur fait perdre leurs moyens et bouleverse leurs

capacités réflexives et organisationnelles. Le manque de formation, la difficulté à canaliser ses émotions et le manque d'expérience sont reconnus par les IDE comme pouvant induire un stress important.

Ces entretiens m'ont donc permis d'étayer mon questionnement, notamment sur la formation des professionnels aux soins d'urgences ainsi que sur l'influence du stress et des émotions sur la prise en charge d'une urgence vitale. Ils m'ont aussi apporté des pistes de réflexions et de recherche concernant la notion « d'imprévu » dans un contexte d'urgence. Pour finir ces entretiens m'interpelle sur l'apport de l'expérience professionnelle et de la formation théorique. En effet ces derniers peuvent ils être des facteurs de réduction du stress dans l'urgence ?

D'autre part, je trouve un intérêt personnel à la rédaction de ce mémoire car le milieu de l'urgence, de la réanimation et de l'anesthésie m'a toujours beaucoup plu. Aussi vivre cette situation m'a conforté dans ce choix, et étudier ce sujet serait également pour moi une façon d'affiner mon projet professionnel.

Enfin, au travers de ce mémoire, j'espère améliorer ma pratique soignante, car cette situation m'a mise face à mes lacunes et mon manque de connaissances de l'urgence et de sa prise en charge.

1.5. Synthèse des apports des recherches documentaires et scientifiques

J'ai poursuivi ma réflexion en effectuant des recherches documentaires assez larges afin de définir et d'affiner ce que l'on entend par « urgences vitales ». L'article écrit par Bénévent, R. (2009) intitulé la rhétorique de l'urgence, revient en détail sur l'étymologie du mot « urgences » et sur l'évolution de sa définition dans l'histoire. L'auteur y intègre la dimension temporelle comme étroitement liée à l'urgence et développe l'influence de l'urgence sur la société avec une représentation de l'urgentiste presque « mythologique ».

J'ai poursuivi mes lectures par un article rédigé par Didier Houssin (2006) qui développe entre autres, le concept de temps, ce dernier se heurtant invariablement à la médecine d'urgence. Il existe en effet des durées physiologiques et biologiques compatibles avec la vie humaine comme le temps d'hypoxie supporté par le cerveau lors d'un arrêt cardiaque. D'autre part, une conférence d'experts organisée par la SFAR (Société française d'anesthésie et de réanimation) en 2004 a élaborée des recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalière. Cet article m'a

parut très pertinent. Tout d'abord, en préambule, il définit l'urgence vitale comme « la survenue d'une détresse pouvant conduire à tout instant à un arrêt cardiaque ». Aussi avoir cette définition m'a permis de centrer mes recherches sur l'ACR et sa prise en charge car il est le risque majeur de finitude d'une urgence vitale. Cet article aborde également la notion de CSIH ou Chaîne de survie intra-hospitalière qui est à la base de l'organisation de la prise en charge des urgences vitales à l'hôpital. Il est organisé sous forme de questions/réponses et aborde : les modalités et le traitement de l'alerte, le chariot d'urgence, l'organisation de la prise en charge de l'arrêt cardiaque et des urgences vitales hors arrêt cardiaques, la formation des professionnels et la dimension éthique. Pour étayer un peu plus mes savoirs sur l'arrêt cardiaque et sa prise en charge, j'ai lu un article écrit par un groupe d'expert (2007) intitulé Prise en charge de l'arrêt cardiaque. Il aborde de façon détaillée la prise en charge médicale de l'arrêt cardiaque aussi bien intra que extrahospitalier avec la notion d'algorithme de réanimation spécialisée et la notion de chaîne de survie (CSIH). J'ai poursuivi mes lectures par un article écrit par Pierre Michelet et François Kerbaul, Arrêt cardiaque intra hospitalier. Cet article énonce les étiologies des arrêts cardiaques intra-hospitaliers qui sont différentes de ceux en extra-hospitaliers. Il aborde également la notion de pronostic vital ainsi que le syndrome « post arrêt » cardiaques, la formation des professionnels, la CSIH et l'importance de la prévention des défaillances d'origines respiratoires et circulatoires dans la prévention de la survenue des arrêts cardiaques hospitaliers. J'ai continué mes recherches plus orientées sur le plan éthique avec la lecture de Lepresle, É. (2016). samu-smur. Urgence de réanimer, limites d'une réanimation qui aborde la dimension éthique de l'arrêt cardiaque notamment sur la question du « faut il ou non réanimer ». Cet article est moins pertinent pour mon objet de recherche mais il m'a apporté des pistes de réflexions nouvelles et une éventuelle ouverture sur la question de la fin de vie. Enfin, pour développer le concept d'imprévu qui m'avait questionné dès le départ lors de ma situation de soins et qui avait été également abordés lors des entretiens avec les professionnels, j'ai lu Perrenoud, P. (1999). Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences. Cet article illustre et définit très précisément le concept d'imprévu, ses facteurs d'influences et ouvre des pistes de réflexion sur le développement de compétences en matière de gestion d'imprévus, ce qui est très en lien avec ce que nous appelons la gestion des risques dans le milieu médical.

1.6. Pertinence sociale de l'objet d'étude

L'essor croissant des séries médicales depuis quelques années illustre bien que l'urgence revêt un intérêt sociétal majeur car elle interpelle et fascine.

Aussi qu'en est il dans la vraie vie ? Professionnels de santé comme grand public, nous sommes tous susceptibles d'être confrontés à des situations qui nous poussent à agir. De part sa gravité et la nécessité d'une réaction rapide, l'arrêt cardiaque fait partie intégrante de ces situations où il en va de notre devoir légal d'agir. Chaque année en France, l'arrêt cardio-respiratoire toucherait environ 40000 personnes, et est responsable d'un taux de morbi-mortalité très élevés (environ 90% de mortalité). Afin de pallier au peu de données épidémiologiques disponibles sur le sujet, la France a mis en place depuis 2011 un registre électronique national des arrêts cardiaques (ReAC) qui recense la survenue d'un arrêt cardiaque ainsi que ses caractéristiques. Aussi, on constate que malgré la présence de témoins dans 61% des cas et la mise en œuvre de gestes réanimatoires immédiats dans 52% des cas lors de l'arrêt, la survie à 30 jours est seulement de 5%. Les arrêts cardiaques intra hospitaliers représentent quand à eux 5% sur le nombre d'arrêt cardiaque recensés. Et c'est majoritairement à ces 5 % que ce mémoire va s'intéresser. En effet à contrario de l'arrêt cardiaque extra-hospitalier où de nombreuses données épidémiologiques sont disponibles, très peu s'intéresse à l'ACR intra-hospitalier. Cependant de nombreuses sociétés savantes telles que la SFAR, la SFMU, la Croix Rouge Française, le SAMU de France, la Société française de cardiologie et bien d'autres élaborent régulièrement des recommandations à destinations des professionnels de santé sur la survenue d'un arrêt cardiaque en service de soins. Ceci dans le but d'optimiser les pratiques soignantes en matières d'urgences vitales. Ainsi, le sujet de l'urgence vitale intra-hospitalière et sa prise en charge représente un enjeux de santé publique majeur, dans un soucis de réduction de la mortalité et des comorbidités post-arrêt chez les patients ayant été victimes d'un arrêt cardio-respiratoire au sein d'un établissement de santé.

1.7. Formulation de la question générale de recherche

Ces différentes recherches ainsi que la confrontation des points de vue avec mes pairs m'ont donc permis de formuler la question générale de recherche suivante :

Dans quelles mesures nos émotions influencent elles notre prise en charge infirmière face à l'imprévisibilité d'une urgence vitale ?

II. DE LA QUESTION GENERALE A LA QUESTION SPECIFIQUE DE RECHERCHE

Dans le but de répondre à ma question générale de recherche. J'ai extraie de mon travail trois concepts clés : l'urgence vitale, les émotions et les mécanismes de défenses et *coping*. Au sein de cette deuxième partie, j'explicitai les concepts retenus au travers des différents articles scientifiques et ouvrages (Annexes B, C, D, E, F) en lien avec mon thème de recherche.

1. DEVELOPPEMENT DES PRINCIPAUX CONCEPTS MIS EN EXERGUE PAR LA QUESTION DE RECHERCHE

1.1 L'Urgence vitale

1.1.1 De l'urgence et du temps

Selon Pierre Valette (2013, p. 60), « Est urgent en médecine, ce qui n'est pas programmé ». Au regard de cette définition, l'urgence apparaît alors comme quelque chose d'imprévisible. De façon plus précise, l'urgence se caractérise comme « tout phénomène de survenue brutale auquel on n'a pu se préparer, tout phénomène face auquel on n'a pu se défendre. » (*Ibid.*). En d'autres termes, l'urgence vitale peut se définir comme une situation menaçant le pronostic vital à court terme et nécessitant une action salvatrice immédiate. En effet, pour Houssin (2003), « la réaction urgente a pour objet principal la préservation de la vie ». De ce fait, le risque principal d'une urgence vitale est d'aboutir à l'arrêt cardio-respiratoire qui en l'absence de gestes réanimatoires efficaces aura pour finitude la mort du sujet. La notion de temps est donc ancrée à l'urgence car elle y revêt un facteur pronostique essentiel. En effet, du terme urgence se décline des expressions bien connues dans le langage courant. Aussi, tout un chacun comprend au travers de l'expression "c'est urgent", de la nécessité d'une réaction rapide.

D'autre part, en matière de droit des patients, l'urgence fait parfois l'objet de dérogation. En effet, la loi du 4 mars 2002² a introduit l'obligation pour le professionnel de santé de dispenser une information loyale et claire au patient dans le but de recevoir un consentement libre et éclairé aux soins. Or en son article 11, la loi précise que « seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser ». De plus, l'Article R.

² Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

4311-14³ stipule que « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence [...] à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence ». Ces différentes dérogations ont pour but de réduire le délai de prise en charge du patient en état critique. Elles sont donc pourvoyeuses d'un gain de temps pour le soignant. Dans un souci similaire d'optimisation du temps biologique et d'amélioration du pronostic de survie, Richard O.Cummins (1991), cité par Valette (2013, p. 127) a introduit la notion de chaîne de survie. Sur cette dernière, chaque maillon représente une action réanimatoire indispensable. Le premier maillon désigne la reconnaissance de l'arrêt cardiaque et l'alerte. Le deuxième maillon indique la mise en œuvre d'un massage cardiaque externe et le troisième maillon, l'usage d'un défibrillateur. Ces trois premiers maillons peuvent s'adresser au grand public. Le quatrième et dernier maillon désigne la réanimation spécialisée ou médicalisée s'adressant aux soignants et comprenant notamment l'usage d'amines (*Ibid.*). Ce concept de chaîne de survie est largement adopté en France aux seins des établissements hospitaliers et SMUR car elle permet l'augmentation des chances de survie d'une victime en arrêt cardio-respiratoire. Cependant d'après Valette (2013), « la défaillance d'un seul maillon diminue significativement les chances de survie de la victime ». Ce constat nous rappelle donc de l'importance d'une formation régulière aux gestes et soins d'urgences chez les soignants. Celle-ci étant garante de l'application et du respect de cette chaîne indispensable à la survie du patient.

1.1.2 Soignants : l'importance de la formation

Encore aujourd'hui, nombreux sont les soignants dont les connaissances en matière d'urgence ne sont pas remises à jour. Or ces connaissances sont indispensables pour évaluer une situation à caractère urgent et mettre en place les gestes salvateurs. Une étude réalisée par M. Galinski, N. Loubardi, M.C. Duchossoy et M. Chauvin (2003), a permis d'évaluer les connaissances et l'attitude théorique du personnel soignant (médical et paramédical) face à une situation d'urgence. Cette étude est basée sur un questionnaire ayant pour items : la présence de formation antérieure, la reconnaissance et prise en charge d'un ACR, l'expérience des gestes réanimatoires et la présence d'un chariot d'urgence. Les résultats retrouvent des lacunes en ce qui concernent le diagnostic et la mise en œuvre des premiers gestes pour l'ACR. Toutefois, Galinski et al, (2003) démontrent aux travers des

³ Article R 4311-14 du Code de la Santé Publique

résultats que la majorité des soignants pense savoir effectuer un MCE et ventiler efficacement. Une surestimation des connaissances est donc largement émise par les soignants interrogés. D'autre part, une étude finlandaise sur des infirmiers et étudiants infirmiers reprise par Galinski et al, (2003) pour expliquer leurs résultats démontre que malgré une forte estimation de connaissances adaptés en matière de réanimation, seulement 21% effectuaient correctement le MCE et 33% ventilaient efficacement. De plus, les soignants avec les meilleurs résultats avaient bénéficiés d'une formation dans les 6 mois précédant l'étude. En effet selon Galinski et al, (2003) concernant la formation aux gestes et soins d'urgences, « il existe un déclin des connaissances au cours du temps dont la différence devient significative entre les 6^e et 12^e mois après l'enseignement. ». Ces différents constats attestent donc de la nécessité d'une remise à niveau des connaissances chez les soignants par une formation aux gestes et soins d'urgences régulière.

En matière de formation à l'urgence, la simulation est une méthode en plein essor. Florence Policard, (2014) au travers d'une étude auprès de professionnels en formation, s'intéresse à l'apport de la simulation de situations d'urgences en interprofessionnalité. Selon Policard, (2014), « La situation d'urgence vitale reste relativement rare. Paradoxalement, c'est justement ce caractère peu fréquent qui pose problème, car les professionnels y sont peu souvent confrontés et donc peu préparés. ». Les scénarios de simulation permettent donc aux professionnels de s'exercer et de développer des compétences sans risques pour le patient. D'autre part, la simulation interprofessionnelle permettrait de développer une communication adaptée ainsi qu'une meilleure collaboration par connaissance en amont des compétences de chacun (*Ibid.*).

Un autre intérêt de la formation en dehors de l'apport de connaissances théoriques et techniques est qu'elle permettrait une meilleure gestion émotionnelle. En effet, selon Houssin (2003) la formation peut être pourvoyeuse d'un meilleur contrôle émotionnel face à une situation d'urgence, de part « l'apprentissage des procédures qui, en créant un climat de régularité et en programmant la réaction, mettent l'esprit à l'abri de la panique, et sur un entraînement mimant la réaction à un événement menaçant ou imprévu ».

En effet, l'urgence peut être à l'origine de fortes émotions chez les soignants. D'après Girault (1989), cité par Laurent, Chahraoui et Carli, (2007), « la charge émotionnelle [...] est intimement lié à la notion d'urgence ». Aussi c'est pourquoi nous nous intéresserons dans un second temps aux émotions soignantes dans le contexte particulier qu'est l'urgence vitale.

1.2 *Les Emotions*

1.2.1 *Quid de l'émotion ?*

L'émotion tout comme l'urgence vitale représente un concept clé pour ce mémoire car il est au cœur même de ma question de recherche. Dans cette perspective et par le lien qu'elle noue avec l'urgence, il paraît indispensable de l'explicitier au travers de ce travail de recherche.

Définir une émotion n'est pas chose aisée. Cela suscite d'ailleurs encore aujourd'hui de nombreux débats au sein de la communauté scientifique. Cependant, une des premières théories fondatrices en ce qui concerne la définition de l'émotion est celle de James-Lange. Elle est nommée ainsi car elle regroupe le postulat de Williams James, complété un an plus tard par celui de Carl Lange. Dans un essai, James (1884) cité par Sander et R. Scherer (2009), émet l'hypothèse que l'émotion est engendrée par les sentiments d'une modification corporelle, ces changements corporels même qui suivent la perception d'un fait. James illustre alors son propos grâce à un exemple devenu célèbre : celui de la vision d'un ours dans la forêt. Imaginez que vous tombez nez à nez avec un ours, votre cœur bat plus vite, vous vous mettez à trembler et selon James c'est votre perception de ces changements physiologiques qui est à l'origine même de la peur ressentie. Un an plus tard, dans une publication de 1885, Carl Lange cité par Sander et R. Scherer (2009), se questionne sur les modifications corporelles comme étant à l'origine de l'émotion, appuyant ainsi le postulat de James.

Quelques uns de leurs contemporains notamment Cannon et Bard ont critiqués cette théorie. En effet selon Cannon et Bard (1927,1931) cités par Sander et R. Scherer (2009), la réponse viscérale n'est pas indispensable à la réponse émotionnelle. Leurs travaux neurophysiologiques ont démontrés que les modifications viscérales n'étaient pas spécifiques de la réaction émotionnelle car elles étaient également observées lors des phases de digestion par exemple. Cependant les travaux de Cannon et Bard connaissent eux aussi leur limites car ils n'englobent qu'une proportion de la réponse corporelle.

Ces différents débats démontrent de ce fait, la subsistance de la question suivante « la réaction corporelle est-elle une cause, une composante ou une conséquence de l'émotion ? » (Sander et R. Scherer, 2009, p.8).

Malgré les nombreuses théories et la grande variabilité de la définition de l'émotion, une vision plus moderne s'accorderait à la définir comme multi componentielle, c'est à dire

englobant plusieurs composantes. En effet, il existe au sein de la communauté scientifique un consensus concernant l'utilisation du terme émotion, comme non interchangeable avec le terme sentiment comme cela peut être le cas dans le langage courant. Le sentiment est toutefois considéré comme une composante de l'émotion dans la mesure où il en résulte. Ainsi parmi les composantes de l'émotion, nous retrouvons le sentiment subjectif, la réponse psychophysiologique qui comprend les modifications corporelles et l'expression motrice avec notamment les expressions faciales. Ces trois composantes sont d'ailleurs couramment désignées par les scientifiques comme la triade de la réaction émotionnelle (Sander et R. Scherer, 2009).

Ces mêmes auteurs proposent également une définition de l'émotion comme « un épisode de changements interdépendants et synchronisés de ces composantes en réponses à un événement hautement significatif de l'organisme » (Sander et R. Scherer, 2009). Cette définition est intéressante car elle y intègre les différentes composantes de la réaction émotionnelle comme étant un processus dynamique et souligne de l'importance de l'évènement déclencheur, ce dernier pouvant être positif ou menaçant pour l'organisme.

Ceci amène à évoquer la quatrième composante de la réponse émotionnelle. Afin de l'illustrer, reprenons l'exemple de l'ours de James : l'ours est devant vous, à ce moment vous ressentez l'envie de vous enfuir ou de vous cacher afin d'échapper au danger. Cette envie d'agir représente la tendance à l'action, quatrième composante de la réponse émotionnelle. Cette dernière est essentielle car elle est propre à chaque émotion et conditionne entre autres, ce qui est désigné en langage courant comme « l'instinct de survie » pour la peur.

1.2.2 La théorie de l'appraisal

La cinquième et dernière composante de l'émotion est appelée composante d'évaluation cognitive ou *appraisal*. Cette composante est capable d'induire des modifications sur les quatre autres, modulant ainsi la réponse émotionnelle.

Cette composante représente le processus cognitif par lequel un événement externe ou interne va être évalué, même de façon implicite, de sorte que la réponse émotionnelle constituée des quatre composantes mentionnées ci-dessus est déclenchée et se différencie en une émotion spécifique, telle que par exemple la joie, la colère, la tristesse, le dégoût. (Sander et Scherer, 2009, p. 9)

De part l'existence de cette composante permettant l'évaluation cognitive sur la source et le déclenchement de l'émotion, nous comprenons donc l'existence d'une grande variabilité

intra et inter-individuelle de la réponse émotionnelle. En effet, d'après Sander et R. Scherer (2009), « un même événement peut déclencher des émotions très différentes chez un même individu selon le contexte et chez deux individus différents ». Ainsi, pour faire le lien avec ma question de recherche, il semble que cette composante justifie de l'existence de réactions émotionnelles différentes chez plusieurs soignants confrontés à une même urgence, par exemple.

Pour aller plus loin, Richard Lazarus (1966) cité par Sander et R. Scherer (2009) propose l'existence de deux niveaux d'évaluations ou *appraisal* d'un événement : l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire. L'évaluation primaire aurait pour but de déterminer l'impact de l'événement sur la possibilité d'accomplir un but ou un besoin et dans quelle mesure celui-ci est agréable ou désagréable pour le sujet. Quand à l'évaluation secondaire, elle permettrait d'évaluer la capacité du sujet à faire face à l'événement selon ses propres ressources, se référant ainsi au concept de *coping*, développé plus bas.

Au regard de l'*appraisal*, nous comprenons donc que les émotions ressenties par les soignants face à une urgence vitale diffèrent selon les buts et besoins de ces derniers. En effet, nous pouvons imaginer qu'une infirmière ayant un service plein et de nombreux soins à effectuer, ressentira des émotions plutôt négatives face à une urgence, celle-ci venant s'ajouter à un planning serré remettant donc en cause son but : respecter sa planification. D'autre part, ses émotions pourront également être influencés par sa capacité à faire face à cette urgence de part ses propres ressources. Ceci impliquant les ressources psychologiques mais également cognitives et matérielles avec pour exemple la formation aux gestes et soins d'urgences ainsi que la disponibilité de matériel adapté et de personnel médical. Nous pouvons donc supposer qu'une infirmière n'ayant pas eu de mise à jour de formation et ne disposant que de peu de matériel au sein de son service ressentira plus d'émotions négatives face à un ACR qu'une infirmière du SAMU ayant l'habitude de cette prise en charge et disposant de ressources matérielles suffisantes. Ceci rejoint donc les notions mentionnées plus haut, concernant l'apport de la formation comme facteur réducteur de la charge émotionnelle soignante.

D'autre part, une étude réalisée par Chahraoui, K., Bioy, A., Cras, E., Gilles, F., Laurent, A., Valache, B., & Quenot, J (2011) intitulée *Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative*, illustre bien la variabilité des émotions soignantes face à l'urgence. Pour certains soignants interrogés, les situations d'urgences amènent une certaine pression et des émotions plutôt négatives « ...Certains jours, en

fonction des prescriptions, des entrées...cela peut être le branle-bas de combat (...) » (Chahraoui et al, 2011). Cependant d'autres déclarent y trouver une certaine complaisance « [...] après des situations de crises ou d'urgences, je suis stressé mais c'est un stress positif ... j'aime beaucoup cette espèce d'excitation froide, on sent qu'il y a l'adrénaline qui monte (...) ». (Chahraoui et al, 2011). Ces exemples attestent donc du caractère subjectif de l'émotion qui selon Sander et R. Scherer (2009), « est fonction des motivations et des valeurs d'un *individu donné* à un *moment donné* » (p.23).

Enfin, les différents exemples énoncés suggèrent que la question de la régulation émotionnelle s'avère être indispensable notamment dans le cadre professionnel.

1.2.3 *L'art de manier ses émotions*

Chacun d'entre nous a probablement déjà eu à réguler ses émotions, qu'il s'agisse de retenir ses larmes, contenir sa joie ou cacher sa peur. En effet, la régulation émotionnelle est un processus ancré dans l'éducation et elle s'acquière depuis l'enfance. Cependant définir ce processus peut s'avérer complexe. James Gross chercheur à Stanford en propose une large définition, cité et traduit par Sebastian Korb (2009). Selon Gross (1998, p. 275) c'est « le processus par lequel les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont, et comment ils ressentent et expriment ces émotions ». De plus selon Gross (2002), la régulation émotionnelle peut être consciente ou inconsciente, automatique ou contrôlé et peut servir à moduler l'intensité à la fois d'émotions positives ou négatives.

Néanmoins, pourquoi avons nous besoin de réguler nos émotions ? L'hypothèse de la recherche du maintien d'une forme de bien-être chez l'individu a été largement formulée. Toutefois, cette dernière n'est pas suffisante pour expliquer l'augmentation volontaire de certaines émotions négatives chez certains sportifs avant un match par exemple (Korb, 2009). Il apparaît de façon plus pertinente que la régulation émotionnelle contribue à influencer la communication entre individu et groupes sociaux et est de ce fait l'un des fondements de toutes sociétés humaines (Levesque et al, 2003, cité par Korb, 2009). Dans le milieu professionnel et plus particulièrement dans le milieu soignant, la régulation émotionnelle apparaît comme indispensable. En effet, du concept de régulation émotionnelle, s'est développé dans le milieu soignant le concept de travail émotionnel. Une méta-analyse réalisée par Huynh Truc, Marie Alderson et Mary Thompson (2009), développe et explicite ce concept. Aussi selon Truc et al, (2009), « le concept de travail émotionnel renvoie aux efforts d'autorégulations internes des émotions en milieu de

travail » et concerne plus spécifiquement l'infirmière. D'autre part, il est indiqué que le travail émotionnel nécessite des préalables (ou antécédents), comprenant de façon non exhaustive : le soutien social des collègues ou l'expérience professionnelle. Le travail émotionnel est donc la représentation du processus de régulation émotionnelle présent au sein du milieu soignant qui consiste à transformer des émotions négatives en émotions professionnellement acceptables dans un but de « prendre soin ». De plus, au cours de nos études, nous avons tous entendu parler de la notion de « juste distance » qui sous entend l'importance d'une forme de détachement émotionnel au sein de la relation-soignant soignée. Pour faire le lien avec le contexte de l'urgence, une étude réalisée par A. Laurent, K. Chahraoui et P. Carli s'intéressant au vécu psychologique des soignants du SAMU illustre la nécessité pour le soignant de réguler ses émotions. En effet, selon Laurent, Chahraoui et Carli (2007), « Devant l'état d'urgence vital du patient, il faut agir rapidement et efficacement et, dans ce contexte, le personnel SAMU ne se permet pas d'être envahi par ses émotions ». Au sein de cette même étude, les entretiens cliniques réalisés auprès des urgentistes retrouvent également qu'il n'y a que très peu de place pour les émotions au sein de l'urgence. En effet, certains déclarent, « je fais abstraction de l'environnement et des émotions [...] j'évite de regarder le visage des patients » (Laurent, Chahraoui et Carli, 2007). Ces différents éléments en lien avec ma question de recherche tendent donc à dire que les émotions ont bel et bien une influence importante sur la prise en charge d'une urgence. S'agissant d'une influence positive ou négative, elle oblige donc les soignants à réguler leurs émotions dans le but de prodiguer des soins efficaces.

Mais alors, comment réguler ? Il apparaît que les processus de régulation émotionnel sont vus comme un continuum, allant des processus automatiques involontaires peu coûteux pour l'organisme, à des processus contrôlés qui demande au sujet de gros effort internes (Gross et Thompson, 2007 ; Oschner et Gross, 2005, cité par Korb, 2009). Toutefois, ces mêmes auteurs précisent que certains processus automatiques peuvent résulter de processus initialement volontaires et contrôlés, de part la répétition et l'entraînement. Ceci tend donc à suggérer que l'exposition répétée à une même situation, un arrêt cardiaque par exemple, permettrait au soignant d'automatiser progressivement l'effort de régulation et donc permettre une gestion émotionnelle plus rapide et efficace. Concernant les processus volontaires de régulation des émotions, deux sont principalement retrouvés. D'une part la suppression émotionnelle qui consiste en l'effort de contrôle de l'expression émotionnelle (voix, expressions faciales et comportement) et d'autre part, la réévaluation qui a pour but

de modifier la signification accordée à un événement, afin de modifier l'émotion qui en découle (Korb, 2009). Contrairement à la réévaluation qui semble diminuer le ressenti émotionnel, la suppression n'aurait aucun effet sur la diminution d'une émotion négative. Elle entraînerait au contraire une augmentation de la réponse sympathique et affecterait les capacités mnésiques et cognitives de la personne (*Ibid.*). Afin de conclure cette partie sur les émotions, il semblerait que les émotions des soignants face à une urgence soient variables, subjectives et dépendent de leurs buts et valeurs. D'autre part, dans ce cadre, la régulation émotionnelle apparaît comme indispensable et son efficacité dépendrait du moyen de régulation volontaire mis en œuvre (suppression émotionnelle ou réévaluation). Ainsi, l'expérience professionnelle et l'exposition répétée aux situations d'urgences, apparaissent comme des facteurs clés dans le processus d'automatisation de régulation des émotions en milieu soignant. Enfin, la régulation émotionnelle qu'elle soit consciente ou inconsciente agit comme une forme de protection des soignants introduisant ainsi aux concepts que sont les mécanismes de défenses et le *coping*.

1.3 Mécanismes de défenses et Coping

1.3.1 Les Mécanismes de défenses

Selon Freud, (1936) repris par Chabrol et Callahan, (2013, p. 3), « Les mécanismes de défenses représentent classiquement la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions ». Initialement en psychanalyse, ces mécanismes considérés comme inconscients et involontaires étaient associés à la pathologie car ils témoignaient de la formation de symptômes. Toutefois, les mécanismes de défenses sont aujourd'hui reconnus comme ayant une fonction adaptative (*Ibid.*). En effet, ils visent à réduire les différents affects négatifs et participent au maintien de l'homéostasie. Selon de Tychey, (2001) cité par Chabrol et Callahan, (2013), « les mécanismes de défenses sont un élément essentiel de la résilience dont l'efficacité va dépendre de la nature, de la variété, de la souplesse des mécanismes de défenses mobilisés ». Ainsi, la présence de défenses ne signe pas nécessairement de la présence d'un trouble psychiatrique, bien au contraire.

Aucun consensus n'existe cependant au sein de la communauté scientifique concernant le nombre de mécanismes de défenses, car ils sont complexes et non exhaustifs. Néanmoins, leur classification sous trois niveaux regroupant les défenses matures, intermédiaires ou névrotiques et immatures est consensuelle (Chabrol et Callahan, 2013). Cette classification peut être assimilée à un continuum : les formes les plus matures étant décrites comme les

plus adaptatives et fonctionnelles et les formes immatures, étant plutôt dysfonctionnelles et pathologiques. Toutefois, un usage sain des défenses immatures est envisageable dans la mesure où il s'agit de formes légères et modérées. De plus, leur utilisation brève peut être bénéfique dans des situations de stress important (*Ibid.*). Parmi les défenses matures, la classification de Kernberg (1976) cité par Chabrol et Callahan (2013) retrouve l'humour, la sublimation, la répression, l'anticipation et l'altruisme. D'autre part, les défenses immatures regroupent le clivage, l'idéalisation primitive, la dévaluation, l'identification projective, l'omnipotence et le déni primitif.

Afin d'illustrer l'utilisation de ces différents mécanismes chez les soignants, Chahraoui et al (2011), au travers d'une étude qualitative du vécu psychologique des soignants de réanimation en cite quelques exemples. Ainsi est retrouvé chez les soignants, « la nécessité de s'investir dans d'autres activités » représentant la sublimation, « le fait d'oublier ou de faire le vide » pouvant être attribué à de la répression ou bien « la rationalisation ou l'intellectualisation » (Chahraoui et al, 2011). D'après les auteurs, ces mécanismes permettent aux soignants de faire face à des situations où la charge émotionnelle est intense, telle que les situations d'urgences. Ceci illustre donc que les mécanismes de défenses sont utilisés par les soignants comme des outils de résilience, leur permettant ainsi de prendre en charge des situations complexes et difficiles.

D'autre part, E. Grebot, (2009) démontre par le biais d'une étude comparative, que le niveau de stress chez les urgentistes est significativement plus faible que chez les non-urgentistes. De plus, selon Grebot, (2009), les urgentistes ont moins recours aux défenses névrotiques et immatures mais mobilisent significativement plus les défenses matures que les soignants hospitaliers. Enfin, au regard de ces différents constats, nous pouvons émettre l'hypothèse que la confrontation fréquente à un événement initialement stressant, dans ce cas une situation d'urgence, permet une progressive adaptation du psychisme, de part une plus forte mobilisation des défenses matures comparativement aux défenses immatures.

1.3.2 *Le Coping*

Le *coping* qui signifie « faire face », est un concept récent en psychologie, né de l'étude des mécanismes de défenses (Chabrol et Callahan, 2013). En effet, selon Alker, (1968) repris par Chabrol et Callahan, (2013), « On a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses « adaptés » en tant qu'activités de coping ». Puis le terme a évolué pour rapidement devenir un concept en soi. Afin de le définir, il paraît intéressant d'explicitier

deux notions qui sont intriqués au concept de *coping* et l'influencent fortement : le stress et la contrôlabilité. Lazarus et Folkman (1984), cité par Chabrol et Callahan (2013, p. 161) définissent le stress comme « un processus comprenant les stressors et les tensions individuelles en ajoutant [...] le rapport entre la personne et l'environnement ». De plus, « le stress sollicite les ressources biologiques (physiques), psychologiques et sociales de la personne pour faire face aux stressors, or ces ressources sont limitées » (*Ibid.*). D'autre part, la contrôlabilité peut se définir comme la croyance qu'un événement est contrôlable, ceci permettant d'influencer le stress perçu, par la stratégie de *coping* choisie (Chabrol et Callahan, 2013). Aussi un événement incontrôlable tel qu'une catastrophe naturelle par exemple serait pourvoyeuse d'un stress important. Le *coping* regroupe donc les stratégies mises en œuvre consciemment par le sujet pour faire face aux situations stressantes. (*Ibid.*). Ces stratégies ont été regroupées en deux groupes. D'une part le *coping* centré sur le problème, s'oriente vers le *management* de l'événement et plus simplement constitue la recherche d'une solution au problème (Chabrol et Callahan, 2013). D'autre part, le *coping* centré sur l'émotion constitue une régulation émotionnelle en lien avec l'événement et plus souvent une décharge émotionnelle (*Ibid.*). Le coping est donc un concept proche des mécanismes de défenses et de la régulation émotionnelle car ils concourent tous trois au maintien d'un bon équilibre psychologique. Chez les soignants, face aux nombreuses situations stressantes rencontrées (celle de l'urgence par exemple), le coping est largement mobilisé. Toutefois, existe-il une forme de coping plus adaptée qu'une autre ? Selon E. Grebot (2009), les urgentistes issus de son étude utilisent significativement moins les stratégies de coping centré sur l'émotion contrairement aux soignants hospitaliers. D'autre part, les urgentistes présentent des scores de stress professionnel et d'épuisement professionnel plus faibles. Aussi face à ce constat, nous pouvons supposer d'un lien entre l'utilisation du coping centré sur l'émotion et d'un épuisement professionnel important. De plus une corrélation existe entre dépersonnalisation de la relation soignant-soignée et l'utilisation de stratégies de coping centrée sur l'émotion (Grebot, 2009). Cette dépersonnalisation mentionnée par Grebot (2009) fait lien avec la déshumanisation retrouvé par Laurent et al (2005) en lien avec la répression émotionnelle effectuée par le personnel SAMU. Néanmoins, les auteurs formulent l'hypothèse que cette déshumanisation prend une valeur défensive pour les soignants, leur permettant ainsi d'être face à des situations difficiles en diminuant la charge émotionnelle (Laurent et al, 2005). Aussi le terme déshumanisation est remplacé dans ce contexte par le terme

« distanciation » (*Ibid.*). Toutefois, selon Laurent et al (2005), « cette distanciation est souvent accompagnée d'un sentiment d'impuissance, d'échec et de culpabilité » et « se paye au prix fort d'une dévalorisation de soi et d'une démotivation au travail ». De ce fait, les auteurs formulent l'hypothèse que la distanciation a un impact sur l'augmentation du stress professionnel chez les soignants. Ceci allant dans le sens des résultats émis par Grebot (2009).

Le coping a donc une place importante au sein du milieu soignant car il protège les professionnels face aux situations difficiles. Cependant, nous comprenons au travers des constats émis précédemment qu'il peut être à l'origine d'un épuisement professionnel, consécutif à une démotivation au travail et une majoration du stress professionnel.

2. SYNTHÈSE DES APPORTS SCIENTIFIQUES ET PROBLÉMATISATION

Au regard de tous ces éléments, nous comprenons donc que l'urgence et plus particulièrement les situations d'urgences vitales sont pourvoyeuses d'émotions et de stress professionnel chez les soignants. En effet, Girault (1989) repris par Laurent et al (2005) retrouve trois facteurs de stress professionnel comme étant spécifique de l'urgence. Il s'agit de la gravité des pathologies rencontrées, de l'imprévisibilité des situations nécessitant une importante capacité d'adaptation ainsi qu'une forte mobilisation cognitive et la charge émotionnelle fortement liée à l'urgence. Toutefois, la composante cognitive de l'émotion *appraisal* illustre de la subjectivité des émotions soignantes face à un même événement car celles-ci dépendent des valeurs, motivations et but de chacun à un moment donné. Aussi au travers de l'étude de Chahraoui et al (2011) les témoignages des soignants démontrent que certains recherchent l'urgence de part « la sensation d'adrénaline » qu'ils estiment bénéfique, tandis que d'autres la redoutent. Tous ces éléments illustrent de la nécessité pour le soignant de réguler ses émotions ainsi que de la mise en place de stratégies défensives et de coping pour faire face au stress. Ceci dans un but de se rendre physiquement et cognitivement disponible afin d'effectuer la prise en charge salvatrice. Cependant, il a été vu plus haut que la régulation émotionnelle volontaire peut s'avérer coûteuses en terme de ressources pour l'organisme, altérant de ce fait les capacités cognitives et mnésiques du soignant. Ce processus peut être observé plus fréquemment chez les soignants débutants et inexpérimentés car la confrontation régulière à un événement similaire permettant en effet d'automatiser ce processus et le rendre moins

couteux. Cela peut en effet expliquer, la meilleure capacité d'agir face à l'urgence que présentent des soignants expérimentés ou urgentistes. D'autre part, la nécessité d'adaptation aux situations difficiles et au stress apparaît comme essentielle chez les soignants. Ceci nécessite le développement de mécanismes de défenses préférentiellement matures tel que de façon non exhaustive : l'humour, la sublimation ou l'altruisme. De plus, les stratégies de coping qu'elles soient centrées sur le problème ou l'émotion s'avèrent elles aussi nécessaire à la pratique dans un but de réduction du stress. Toutefois, E.Grebot (2009) complété par Laurent et al (2005) ont montrés que l'utilisation de défenses immatures et de stratégies de coping centré sur l'émotion était pourvoyeuse d'une forme de déshumanisation dans la relation soignante entraînant à son tour un stress professionnel élevée. Dans ce contexte de développement des capacités de régulation émotionnelle et de la mobilisation de stratégies défensives adaptées, l'expérience professionnelle apparaît comme un élément indispensable. Charaoui et al (2011), retrouvent que « cette capacité d'adaptation [...] dépend de la durée de l'expérience professionnelle » et s'avère être « plus difficile en début de carrière et après un certain nombre d'années ». Ceci permet de dire que les mécanismes défensifs et stratégies d'adaptation au stress peuvent être à double tranchant. Il est en effet nécessaire de les développer de façon adaptée en début de carrière pour réaliser une prise en charge efficace, cependant les conséquences qu'elles entraînent (dépersonnalisation de la relation) peuvent être à l'origine d'un épuisement professionnel.

Un autre facteur indispensable pour la réduction de la charge émotionnelle et du stress en situation d'urgence est la formation théorique. Ce même constat avait en effet été retrouvé au cours de ma propre situation ainsi qu'auprès des professionnels interrogés en amont de l'écriture de ce travail. Au travers de la formation, la simulation apparaît comme un outil pédagogique indispensable car elle mobilise l'apprentissage expérientiel et notamment l'apprentissage par l'erreur tout en écartant le risque pour le patient. Policard (2014) démontre que malgré l'absence d'enjeu vital pour le patient, les participants ont ressenti un niveau de stress important. Aussi, la simulation peut elle se substituer à l'expérience professionnelle ? De part le développement de compétences offerte par la simulation, nous pouvons nous interroger de sa pertinence quand au développement de compétences de gestion émotionnelle et de la mise en œuvre de stratégies défensives adaptées. Au regard de cela, je formulerai donc la question de recherche spécifique suivante.

En quoi l'usage de la simulation comme apprentissage expérientiel émotionnel en situation d'urgence vitale est-il pertinent ?

CONCLUSION

En tant que professionnels infirmiers, nous serons tous confrontés à un moment ou un autre de notre carrière à une urgence vitale. Qu'elle soit redoutée pour certains ou recherchée par d'autres, la question de l'urgence ne laisse pas les infirmiers indifférents. En effet, elle est identifiée par beaucoup de soignants comme une situation pourvoyeuse d'émotions très intenses. Aussi au travers de ce travail de recherche, je souhaitais explorer ce phénomène des émotions soignantes dans le cadre de l'urgence afin d'en comprendre les spécificités.

Il apparaît au travers de ce mémoire, que les professionnels ne sont encore aujourd'hui que trop peu formé et préparé à l'urgence. Or, sans parler du gain de temps dans l'exécution de la chaîne de survie et du bénéfice pour le patient, la formation s'avère être un facteur essentiel de réduction de la charge émotionnelle et du stress perçue en urgence par les soignants. Il ressort également de ce travail que l'expérience professionnelle revêt un intérêt majeur dans l'acquisition de compétences de régulation émotionnelle et de l'adaptation de stratégies défensives en milieu soignant.

Aussi dans cette perspective, la simulation est un outil pédagogique en plein essor notamment dans les instituts de formations en soins infirmiers. En effet, de part la mise en œuvre de scénarios non préparés en amont, la simulation permet à l'étudiant ou professionnel d'expérimenter l'imprévisibilité de l'urgence. D'autre part, elle permet l'entraînement au repérage et diagnostic de l'urgence ainsi que la mise en œuvre d'une RCP de base et RCP spécialisée. Cependant, la simulation est-elle suffisante pour préparer le professionnel aux différentes émotions et perceptions engendrée avec un « vrai » patient en arrêt cardio-respiratoire ? Cette question qui reste en suspend, constitue une piste de réflexion pertinente car elle s'intéresse à l'amélioration des pratiques soignantes en urgences dans un but de réduction de la mortalité chez les patients. Néanmoins, elle y intègre également une forme de préparation psychologique des soignants aux situations difficiles qu'ils vont rencontrer. Cet intérêt porté au bien être des soignants apparaît dans le contexte socio-professionnel actuel comme indispensable. En effet, l'épuisement professionnel plus connu comme *burn-out* des soignants est en recrudescence depuis quelques années et les suicides de ces derniers, encore trop peu médiatisés, ont récemment fait plusieurs fois partie de l'actualité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bénévent, R. (2009). La rhétorique de l'urgence. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 76, (2), 13-20. doi:10.3917/lett.076.0013.
- Chabrol, H., et Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod.
- Chahraoui, K., Bioy, A., Cras, E., Gilles, F., Laurent, A., Valache, B., et Quenot, J. (2011). Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. *Annales Françaises D'anesthésie Et De Réanimation*, 30(4), 342-348. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2011.01.020>
- Galinski, M., Loubardi, N., Duchossoy, M., et Chauvin, M. (2003). Prise en charge des arrêts cardiaques intrahospitaliers : évaluation des connaissances théoriques du personnel médical et paramédical. *Annales Françaises D'anesthésie Et De Réanimation*, 22, 179-182. [http://dx.doi.org/10.1016/S0750-7658\(03\)0004-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0750-7658(03)0004-0)
- Grebot, E. (2010). Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 168(9), 686-691. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2010.03.018>
- Groupe d'experts. Prise en charge de l'arrêt cardiaque. (2007). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 26, pp.1008-1019.
- Gueugniaud, P. Y., Ammirati, C., Baqué, S., Honnart, D., Moritz, F., et Schmidt, J. (2005). Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières. *Réanimation*, 14, 671-679.
- Houssin, D. (2003). *Maintenant ou trop tard: sur le phénomène de l'urgence*. Denoël
- Houssin, D. (2006). L'urgence. *Les Tribunes de la santé*, n° 13,(4), 33-38. doi:10.3917/seve.013.0033.
- Laurent, A., Chahraoui, K., et Carli, P. (2007). Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 165(8), 570-578. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2005.06.011>
- Lepresle, É. (2016). samu-smur. Urgence de réanimer, limites d'une réanimation. Dans *Fins de vie, éthique et société* (pp. 197-207). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.hirs.2016.01.0197.

Michelet, P. and Kerbaul, F. (2013). Arrêt cardiaque intrahospitalier. Le Congrès Sfar.

Perrenoud, P. (1999). Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences. *Éducation permanente*, 140(3), 123-145.

Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche En Soins Infirmiers*, 117(2), 33. <http://dx.doi.org/10.3917/rsi.117.0033>

Sanders, D., et Scherer, K. (2009). *Traité de psychologie des émotions* (1st ed.). Paris: Dunod.

Truc, H., Alderson, M., et Thompson, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche En Soins Infirmiers*, 97(2), 34. <http://dx.doi.org/10.3917/rsi.097.0034>

Valette, P. (2013). Éthique de l'urgence, urgence de l'éthique. Paris: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.vale.2013.01.

Site web :

- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation <http://sfar.org>
- Société Française de Médecine d'Urgences <http://www.sfmur.org/fr/>
- Registre électronique des Arrêts Cardiaques <http://www.registreac.org>

ANNEXES

1.1 Annexe A: Questionnaire des entretiens infirmiers et compte-rendu

Liste des questions pour les entretiens IDE :

- Depuis quand êtes vous diplômé ?
- Dans quel type de service travaillez vous ?
- Avez vous déjà au cours de votre exercice professionnelle été confrontés à une situation d'urgence vitale ?
- Si oui, de quels types d'urgences s'agissait t'il ?
- Pouvez vous me décrire brièvement la (les) situation(s) ?
- Avez vous déjà rencontré des imprévus au cours d'une situation d'urgence (manque de matériel, absence de médicaments, manque de personnels) ?
- Pensez vous avoir déjà oublié des étapes dans le protocole de prise en charge d'une urgence ?
- Si oui, quel pouvait en être les facteurs selon vous ?
- Il y a t'il un ou plusieurs chariots d'urgences dans votre service ?
- Avez vous régulièrement des formations ou des mises en situation en matière d'urgence au sein des services ?
- Pensez vous que le stress influe sur la prise en charge d'une urgence ? si oui, de quel façon ?
- Pensez vous que ce sujet de mémoire sur l'urgence au sein des services est exploitable ?
- Avez vous des suggestions à me faire concernant ce mémoire ?

Déroulement des entretiens :

Afin de poursuivre la confrontation des points de vue et enrichir mon questionnement concernant ce mémoire, j'ai rencontré une infirmière travaillant en service de chirurgie (service différent de celui dans la situation). Après lui avoir exposé ma situation d'appel

ainsi que mes différents questionnements, nous avons pu débattre sur le thème de l'urgence et en particulier de l'urgence vitale. Elle m'a notamment fait part de ses expériences professionnelles en situation d'urgence : Embolie pulmonaire, hémorragie massive, infarctus mésentérique mais également OAP, coma acido-cétosique ... Suite à notre entretien, cette infirmière que nous appellerons IDE 1, a fait part du thème de mon mémoire à ses collègues, ce qui a apparemment ouvert le débat au sein du service, chacun y allant de son (ses) anecdotes. Le service de chirurgie étant situé sur Paris, nous avons convenue de continuer les échanges par email. Aussi 3 autres infirmières du même établissement (que nous appellerons IDE 2, IDE 3, IDE 4) , ont également accepté de répondre à mes questions et de partager leur expériences.

Pour structurer ces différents entretiens et avoir une trame organisée, j'ai élaboré un questionnaire (annexe 1) en plus de la présentation de ma situation et de mon questionnement.

Compte rendu et apports des entretiens :

Les 4 IDE rencontrés ont toutes comme point commun de travailler en service de chirurgie et d'avoir vécu une ou plusieurs situations d'urgence vitale, elle possède cependant plus ou moins d'expérience, certaines étant jeune diplômé tandis que d'autres ont plus d'une trentaine d'années d'expériences :

- L' IDE 1 est diplômé depuis 1986 (soit 31 ans d'expérience) et exerce actuellement en service de chirurgie dite « propre » notamment orthopédique, esthétique, et urgences main.
- L'IDE 2 est diplômé depuis 1979 (38 ans d'expérience) et exerce dans ce même service de chirurgie mais également en service de médecine.
- L'IDE 3 est diplômé depuis 2009 (8 ans d'expérience) et exerce depuis peu en service de chirurgie car elle vient de quitter le SSR gériatrique.
- L'IDE 4 est jeune diplômé (depuis 2015) et exerce en service de chirurgie gynécologique.

Tous les services possèdent au moins un chariot d'urgence pour 2 services, un par service pour d'autres.

Dans les situations d'urgences vitales rapportés par ces IDE ont retrouvé notamment : L'arrêt cardio-respiratoire (IDE 1 et 2), L'OAP (IDE 1 et 3), un épisode d'insuffisance respiratoire aiguë (IDE 4), hémorragie massive (IDE 1), infarctus mésentérique (IDE 1).

Au cours de ces situations, toutes ont su diagnostiquer le degré d'urgence par repérage des signes de gravité sur le(la) patient(e) et ont su réagir en conséquences. Cependant toutes les IDE rapportent des « imprévus » vécus au cours de la prise en charge. En effet l'IDE 1 et 4 déplorent l'absence de médecin la nuit dans certains services, qui peut compliquer la prise en charge d'une urgence vitale notamment si l'IDE en charge est peu expérimenté (IDE 4). L'IDE 2 quant à elle, rapporte une quantité insuffisante de médicaments présents dans le chariot d'urgence, ainsi que l'absence de piles neuves pour le laryngoscope, ce qui a retardé l'intubation du patient en arrêt cardiaque. A l'instar de l'IDE 1, l'IDE 3 expose un manque de matériel avec notamment des difficultés à trouver un masque à haute concentration.

En ce qui concerne le protocole de prise en charge intra-hospitalière des urgences vitales, les avis sont partagés. Les IDE 1 et 3 déclarent ne pas avoir connus de manquement au protocole de prise en charge au cours des situations d'urgences vécues. L'IDE 4 quant à elle pense avoir pu dans l'urgence oublier des étapes à ce protocole, les facteurs principaux étant un stress évident ainsi qu'un manque d'expérience. L'IDE 2 estime avoir vécu des prises en charges en urgence relativement maîtrisées, mais estime que les mises à jour et formation en matière d'urgence est très insuffisante, elle déclare « les gestes et pratiques devraient être remis à jour au quotidien afin d'être des réflexes maîtrisés et que chaque geste soit instinctif ... trop d'hésitation peuvent provoquer un retard d'efficacité considérable ».

Ceci amène alors à la question de la formation aux gestes et soins d'urgences. Toutes les IDE interrogés déclarent ne pas bénéficier de suffisamment de formation. L'IDE 2 estime que ce manque de savoir-faire engendre chez le soignant du stress supplémentaire et que « seule une maîtrise parfaite du geste peut l'atténuer ». Pour les IDE interrogées, toute situation d'urgence amène son lot d'émotions fortes. Parmi ces émotions on retrouve de la colère, de la culpabilité lorsque le patiente décède ou encore une joie intense lorsqu'il est tiré d'affaire. Cependant le dénominateur commun à toute situation d'urgence est la notion de stress. Encore une fois, il existe deux points de vue chez les soignants interrogés. L'IDE 1 estime que le stress peut être un moteur pour le soignant « En situation d'urgence, je

pense que le soignant devient extra-lucide et organisé, mais effectivement d'autres paniquent, d'autres encore manquent de sens logistique. On vérifie là le manque de mise en situation/formation, d'expérience, où encore de self-control. ». Cependant pour l'IDE 1, certaines situations particulières amènent un niveau de stress plus important, notamment quand il faut gérer également les familles. L'IDE 3 présente un point de vue assez similaire. Elle amène d'ailleurs la notion d'adrénaline qui selon elle pousse le soignant à être rapide et efficace, mais émet l'existence d'une influence négative du stress chez certains soignants qui leur fait perdre leurs moyens et les rendent moins opérationnel sur la prise en charge de l'urgence. Pour l'IDE 2 et 4, le stress a principalement une influence néfaste sur la prise en charge. Le manque de formation, la difficulté à canaliser ses émotions et le manque d'expérience en sont principalement des facteurs aggravants. Une ASD du service a également fait part de son point de vue concernant les situations d'urgences. En effet, les AS sont souvent amenés à aller chercher du matériel supplémentaire ou appeler des collègues en renforts. Lorsque ce matériel reste introuvable, ou le fait de se retrouver dans un autre service plus calme, fait naître un grand stress ainsi qu'une certaine culpabilité de part la responsabilité engendrée : n'oublions pas que durant ce temps, la vie d'une personne est en jeu.

Ces entretiens m'ont permis d'étayer mon questionnement, notamment sur la formation des professionnels aux soins d'urgences, de l'influence du stress et de l'expérience professionnelle sur la prise en charge d'une urgence vitale. Ils m'ont aussi apportés des pistes de réflexions et de recherche concernant la notion « d'imprévu » dans un contexte d'urgence.

1.2 Annexe B : Tableau synthétique des articles

Titre / Auteurs (grade, discipline, profession) / Date/Revue de publication	But/Objectif /Hypothèses/Question de recherche	Devis de recherche Méthode	Résultats / discussion	Réflexions par rapport à la question générale de recherche Liens avec d'autres recherches Remarques personnelles ⁴
<u>LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL QUI SOUS-TEND LES SOINS INFIRMIERS: UNE ANALYSE ÉVOLUTIONNAIRE DE CONCEPT</u> Huynh TRUC, B. Sc. Inf., M. Sc. (A), Étudiante de 3e cycle, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Québec, Canada Marie ALDERSON, B. Sc. Inf., M. Sc., Ph.D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Québec, Canada Mary	Cette étude a pour objectif d'analyser le concept de travail émotionnel, tel qu'il est décrit dans quatre disciplines (soins infirmiers, médecine, psychologie et gestion) Le travail émotionnel étant défini par les « efforts d'autorégulation interne des émotions en milieu de travail. »	Méthode d'analyse évolutionnaire de concepts de Rodgers : « préconise le recours à une documentation interdisciplinaire et à l'identification des antécédents, des attributs et des	Le travail émotionnel est précédé d'antécédents, c.-à-d. des éléments en lien avec l'exercice de la fonction (emploi organisation, personnel infirmiers) On retrouve deux attributs du travail émotionnel dans la documentation interdisciplinaire : « 1) la manifestation autonome et spontanée d'émotions (44, 84), aussi connue sous le nom de régulation autonome des émotions (Zapf 2002) 2) la représentation du soi en tant que	Article très pertinent pour ma question de recherche. Explicite un concept : le travail émotionnel effectué par l'infirmier afin de faire face à une situation clinique (difficile ou non) et ses pré-requis. Intéressant pour la compréhension des différences de réactions face à une

canadienne, Ontario, Canada <i>Article publié initialement dans « Journal Advanced Nursing » n° 64 (2) 195-208 -2008, sous le titre Emotional labour an evolutionary concept analysis</i>	conséquences au sein de l'exercice infirmier	l'intérieur de délais bien établis. »Au total 317 articles on été repérés avec les mots clés « emotional labour » « emotional work » « travail émotionnel » et « émotions » sur la période 1990-2007. Ces articles devaient être écrit en anglais ou français et porter principalement sur le travail émotionnel. Au total 72 articles retenus portant sur les soins infirmiers, la médecine, la psychologie et la gestion.	ou un travail superficiel (<i>c.-à-d.</i> exprime des émotions superficielles) » Cette analyse a comme inconvénients qu'elle apporte peu d'importance au comportement des patients et qu'elle recense uniquement les articles en anglais et français, aussi des études intéressantes auraient pu être omises « Le travail émotionnel peut être basé sur des normes sociales, mais est conditionné par des variables personnelles (p. ex. âge, capacité d'adaptation émotionnelle) et le système de soutien émotionnel mutuel dont l'organisation fait activement la promotion »	Mise en lien avec l'article sur le vécu psychologique des soignants en réanimation qui aborde la notion de charge émotionnelle et des stratégies défensives mises en places → Lien avec intelligence émotionnelle et la question de leader au sein d'une urgence vitale (capacité à moduler ses propres émotions et celles d'autrui) repris dans l'article sur l'intérêt de la simulation en interprofessionalité.
<u>VECU PSYCHOLOGIQUE DES SOIGNANTS EN REANIMATION / UNE ETUDE</u>	Appréhender le vécu subjectif et émotionnel des soignants de	Etude exploratoire qualitative et	Dix huit soignants ont participé à l'étude. Fort sentiment de pression ressenti	Parallèle pouvant être fait entre le service de réanimation qui décrit

EXPLORATOIRE ET QUALITATIVE K. Chahraoui , A. Bioy , E. Cras , F. Gilles , A. Laurent , B. Valache , J.-P. Quenot <i>Article publié dans les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 30 (2011) 342–348</i>	réanimation face aux sources de stress professionnel lié à l'urgence et à la gravité des pathologies des patients hospitalisés.	descriptive Population constituée de 35 IDE, 21 AS et 4 médecins. Participation à un entretien mené par deux psychologues cliniciennes sur le vécu personnel du soignant en lien avec l'organisation du travail, le rapport aux situations à fort potentiel émotionnel et les améliorations. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits et ont fait l'objet d'une procédure de codage et d'analyse par plusieurs	par les soignant notamment par les conditions de travail où il faut pouvoir s'adapter rapidement et aux situations liées à l'urgence ou au décès. Ce sentiment est décrit comme plus important en début et en fin de carrière (lien avec l'expérience professionnelle) La qualité de communication et d'entraide au sein de l'équipe apparaît comme un facteur essentiel à la gestion du stress. Les situations identifiées à fort potentiels émotionnels sont : les situations de fin de vie et les décès, d'autant plus lorsqu'il s'agit de personnes jeunes car il y a un sentiment d'injustice perçus par les soignants. On y retrouve également les situations où le soignant s'identifie fortement au patient ou à sa famille, l'accompagnement des familles pouvant être difficiles ou même agressives et le rapport au corps du patient souvent délabré et en mauvais état et la nécessité d'effectuer des soins douloureux. Des stratégies d'adaptations ou de défenses sont décrites par les	de nombreuses situations d'urgences et leur conséquences sur le personnel soignant et l'influence des émotions au cours d'une situation d'urgence en lien avec ma question de recherche. Le lien entre maîtrise et gestion des émotions et expériences professionnelles est intéressant car c'est ce qui est ressortis des entretiens que j'ai menés auprès des professionnels. Les mécanismes de défenses utilisés par les soignants pour faire face aux situations difficiles et maîtriser leur émotions sont décrits et explorés au cours de cette étude. On y retrouve l'intellectualisation, la
---	--	--	---	---

		cotateurs.	soignants : l'investissement dans une autre activité (sport, lecture), la rationalisation et l'intellectualisation, l'oubli et le besoin d'agir et de s'investir auprès des familles. Les principales améliorations proposées sont l'amélioration de la communication au sein de l'équipe notamment entre médecins et paramédicaux, l'amélioration de la formation continue des professionnels et la possibilité de débriefing psychologique lors de situations épouvantes psychologiquement.	rationalisation, « la déshumanisation »
<u>PRISE EN CHARGE DES ARRETS CARDIAQUES INTRAHOSPITALIERS :</u> <u>EVALUATION DES CONNAISSANCES THEORIQUES DU PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL</u> M. Galinski , N. Loubardi, M.C. Duchossoy, M. Chauvin <i>Département d'anesthésie et de réanimation, hôpital Ambroise-Paré, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92104 Boulogne-Billancourt, France</i>	« Évaluer les connaissances et l'attitude théoriques du personnel médical et paramédical hospitalier concernant la prise en charge des arrêts cardiaques (AC) »	« Un questionnaire anonyme, fondé sur l'enseignement dispensé pour l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS) a été distribué au personnel médical et paramédical d'un l'hôpital de	« Cinq cent soixante et onze personnes ont répondu au questionnaire sur 996 distribués (57 %) dont 158 personnes dans le groupe médical (Med) et 413 dans le groupe paramédical (Pmed). Soixante et onze pour cent des personnes du groupe « Med » et 64 % du groupe « Pmed » ont reçu au moins une fois une formation concernant l'AC. Devant une perte de connaissance l'absence de mouvements ventilatoires spontanés a été explicitement recherchée par 55 % des	Cet article illustre la différence entre le savoir perçu des soignants hospitaliers en matière de prise en charge de l'urgence et le savoir réel relativement sur estimé. Cet article met également en avant le rôle de la formation aux gestes et soins d'urgences car les personnes ayant le plus de connaissances

<i>Publié initialement dans les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 22 (2003) 179–182</i>		450 lits. Le questionnaire a porté sur la présence d'une formation antérieure concernant l'AC, sur la reconnaissance et la prise en charge d'un AC, sur les connaissances et l'expérience en ce qui concerne les gestes de secourisme et la présence d'un chariot d'urgence en salle. »	personnes du groupe « Med » et 19 % du groupe « Pmed ». Un pouls carotidien ou fémoral a été explicitement recherché par 70 % des personnes dans le groupe « Med » et 18 % dans le groupe « Pmed ». Devant un AC, 50 % des personnes du groupe « Med » dégageaient les voies aériennes, 75 % débutaient une ventilation artificielle et 86 %, un MCE et 42 % alertaient des secours. Pour le groupe « Pmed », nous avons retrouvé respectivement 29, 47 %, 64 et 60 %. Dans le groupe « Med » 81 % des personnes pensaient savoir ventiler et 82 % ont ventilé au moins une fois, 88 % pensaient savoir masser et 85 % ont massé au moins une fois. Dans le groupe « Pmed », nous avons retrouvé respectivement 67, 76, 73 et 78 %. Soixante-quatre pour cent des personnes du groupe « Med » savaient qu'il existait un chariot d'urgence dans leur service contre 89 % pour le groupe « Pmed ».	sont celles ayant bénéficié d'une formation ou d'un rappel de formation inférieur à 6 mois ou plus. Cet article est intéressant à mettre en lien avec l'article sur l'apport de la simulation en interprofessionnalité pour la formation aux gestes et soins d'urgences.
<u>COPING, STYLES DEFENSIFS ET DEPERSONNALISATION DE LA RELATION</u>	Cette étude menée dans un SAMU à pour but d'évaluer les stratégies de Coping et	Il s'agit d'une étude comparative entre 15	Les urgentistes comparativement aux soignants hospitaliers présentent des scores significativement plus faibles de	Cet article montre bien une importante capacité à faire face aux situations urgentes

<u>SOIGNANTE D'URGENCE</u> E. Grebot <i>Publié initialement dans Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010, p168</i>	les mécanismes défensifs liés à la distanciation soignant soigné au sein de l'urgence	soignants du SAMU et 11 soignants hospitaliers basés sur des entretiens cliniques au cours desquels ils ont remplis 4 échelles : Le Job Stress Survey, Le Maslach Burnout Inventory, le questionnaire de Coping et le Denfense Style Questionnaire.	stress et d'épuisement professionnel. Ces résultats serait en lien avec une plus faible utilisation des modes de Coping centrés sur l'émotion et des modes de défenses immatures (projection, agression passive, activisme, isolation, dévalorisation, omnipotence, refuge dans la rêverie, déni, déplacement, dissociation, clivage, rationalisation, somatisation) comparativement aux soignants hospitaliers. En revanche les personnels du SAMU useraient plus des mécanismes de défenses dit « matures » qui regroupe la sublimation, l'humour, l'anticipation et la répression.	des personnels du SAMU comparativement aux personnels hospitaliers. Ceci étant liés aux différences de stratégies défensives utilisés et des méthodes de Coping différentes (plus ou moins centrés sur l'émotion) Cet article est intéressant à mettre en lien avec un ouvrage sur le coping et les mécanismes de défenses afin de mieux comprendre les différents types de stratégies défensives ainsi que leur conséquence sur la prise en charge du patient.
<u>LES REPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES DES INTERVENTIONS MEDICALES URGENTES SUR LE PERSONNEL SAMU</u> A. Laurent a,*, K. Chahraoui b,	« Cette étude menée dans un Service d'Aide Médicale Urgente a pour but	« Les données ont été obtenues auprès de 50 intervenants, au cours d'un entretien durant	« Résultats. – Cette étude montre que l'activité d'aide médicale urgente est marquée par un stress professionnel important. La présence du stress aigu et des symptômes répétitions indique	Cette étude révèle que le stress professionnel du personnel d'aide médical d'urgence est en partie lié à des facteurs

P. Carli c <i>a Psychologue clinicienne, Doctorante de Psychologie, Pôle AAFE, Laboratoire de Psychologie Clinique et Sociale, Université de Bourgogne, 21000 Dijon, France</i> <i>b Professeur de Psychologie Clinique, Pôle AAFE, Laboratoire de Psychologie Clinique et Sociale, Université de Bourgogne, 21000 Dijon, France</i> <i>c Chef de service du département d'Anesthésie et de Réanimation de l'hôpital Necker, Publié initialement dans « Pratiques psychologiques » en 2012 , volume 18 , pages 413-428</i>	d'évaluer les facteurs de stress chez le personnel SAMU et d'en mesurer les conséquences psychologiques. »	lequel étaient proposées six échelles cliniques : l'inventaire de stress professionnel (JSS), le Maslach Burnout Inventory (MBI), l'échelle de stress perçu, le questionnaire de santé générale (GHQ-12), l'échelle d'impact de l'événement (IESR) et le questionnaire d'évaluation du stress post-traumatique (QSPT) puis un entre- tien clinique. »	que certaines interventions ont un impact psychologique, mais cela n'implique pas pour autant un effet désorganisateur sur la santé psychique des intervenants. En effet, l'étude relève un seul état de stress post-traumatique et un très faible pourcentage de problèmes de santé mentale. Conclusion. – Ces résultats nous amènent à nous interroger sur l'importance des capacités à faire face du personnel SAMU. La distanciation de la relation au patient semble être une des stratégies pour faire face aux situations de stress. »	organisationnels (manque de soutien de la hiérarchie, organisation insatisfaisante, conflits au sien de l'équipe) mais elle va également dans le sens du peu de place laissé au émotions des soignants face à une urgence vitale car il faut être rapide et efficace. Or une étude réalisés par Girault (1989) démontre que le stress professionnel des soignant du SAMU est intimement lié à 3 facteurs : la gravité des pathologies des patients, l'imprévisibilité des situations qui nécessite chez le professionnel une très forte adaptation et intellectualisation pour y faire face et enfin la charge émotionnelle liés à l'urgence (
--	---	--	---	---

				organisation, tension au sein de l'équipe, manque de matériel) tout ce qui peut être un facteur de stress supplémentaire dans un contexte d'urgence. Ces trois facteurs rejoignent et corrélient parfaitement à ma situation et à ma question de recherches. De plus il illustre que la répression des émotions chez le soignant est souvent à l'origine d'une « distanciation » avec le patient dont les effets à long terme peuvent être une insatisfaction professionnelle avec un sentiment de dévalorisation professionnelle.
<u>APPRENDRE ENSEMBLE À TRAVAILLER ENSEMBLE : L'INTERPROFESSIONNALITÉ</u>	« Cette étude s'intéresse à l'apport de	Cette étude a été réalisée à partir d'observation	Les Résultats montrent que malgré l'absence d'enjeu vital pour le patient (simulation), les	Cet article apporte une forme de réponse à ma question de recherches

<u>EN FORMATION PAR LA SIMULATION AU SERVICE DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES COLLABORATIVES</u> Florence Policard <i>Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)</i> <i>Publié initialement dans «Recherche en soins infirmiers » 2014/2 N° 117 pages 33 à 49</i>	l'interprofessionnalité en formation pour le développement des compétences collaboratives au cours de la gestion d'une situation d'urgence en anesthésie ou en réanimation «	directes, de débriefing post-simulation et d'entretiens auprès des apprenants en formations dans des groupes mono ou pluri-professionnels.	professionnels ont ressentis un niveau de stress élevés, notamment si le médecin exprimait un stress élevé. Ce stress peut être paralysant ou bien mener à des gestes inappropriés. De plus, une distorsion temporelle est mise en avant par tous les participants ainsi que des problèmes de communication et d'écoute en lien une importante charge cognitive. La question de leadership est également mise en avant. Cette place habituellement réservé au médecin mais qui peut poser problème lorsque le médecin est absent ou novice. Les infirmiers expérimenter relèvent d'une difficulté à prendre ce leadership malgré un médecin novice, de part la posture naturelle de l'infirmière comme followership. Ceci pose la question de confiance et de connaissances des compétences de l'autre. Les Résultats montrent également l'importance d'une communication opérative c'est à dire claire pour l'ensemble des intervenants pour ne pas créer de quiproquo. Enfin, la simulation	en démontrant l'apport de la simulation pour faire face de façon opérationnelle à de vraies situations d'urgences. Elle n'apporte pas de réponses sur la gestion des émotions au sein de l'urgence mais apporte des pistes de réflexions sur la communication interprofessionnelles, l'organisation et l'entente de l'équipe qui on l'a vu dans l'article sur le Vécu psychologique des soignants du SAMU sont des facteurs de stress professionnels. On peut alors se demander l'apport de la simulation dans la réduction du stress professionnel chez les soignants de l'urgence ?
--	---	---	--	--

			apporte une meilleure connaissance de l'autre et des ses compétences et limites ce qui faciliterait la communication ultérieurement et la synchronisation lors de situations d'urgences ultérieures.	
--	--	--	--	--

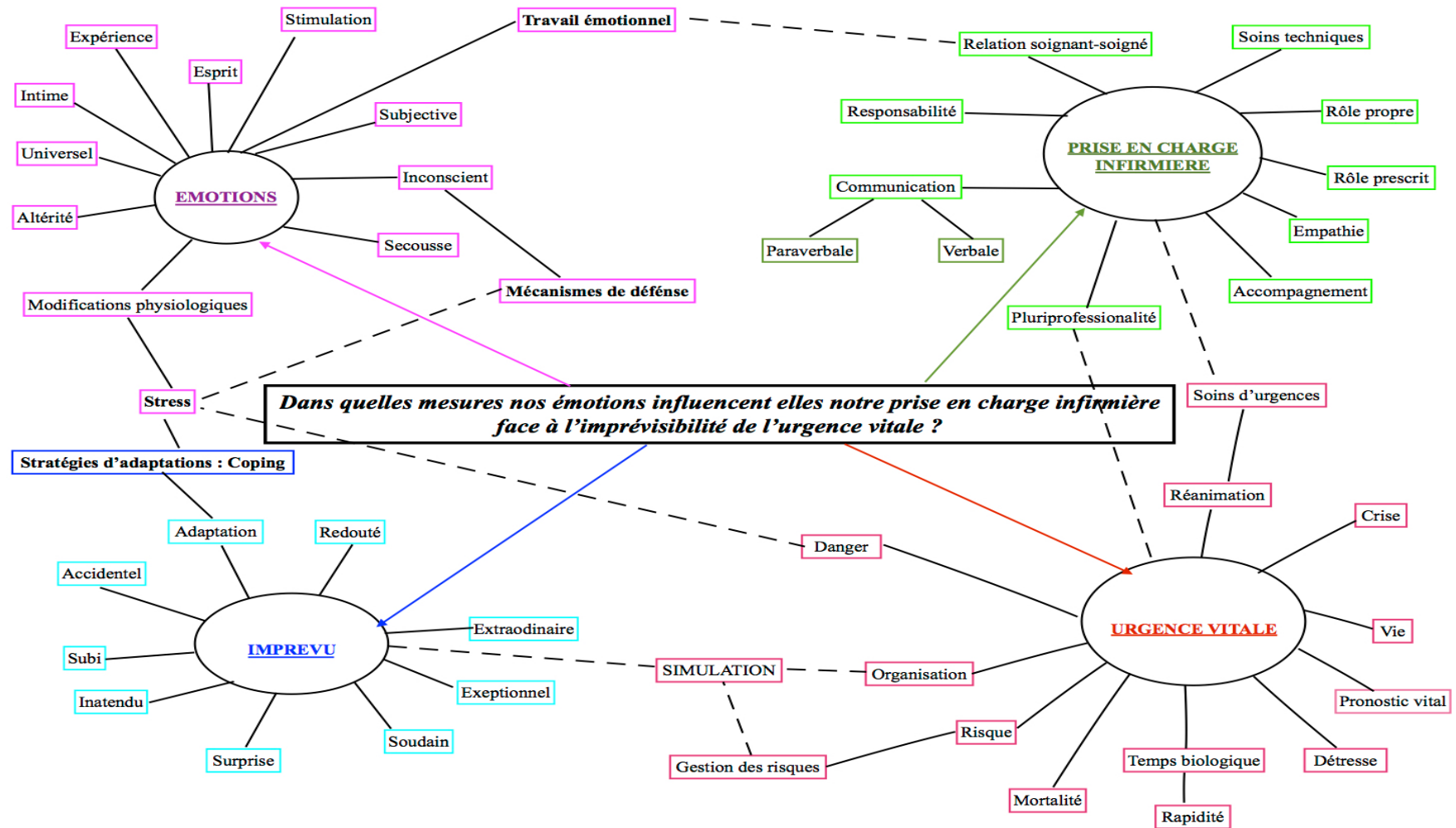
1.3 Annexe C : Tableau synthétique des ouvrages

ANALYSE CRITIQUE DES OUVRAGES RETENUS

Titre Auteur(s) : nom, discipline, profession Date Edition	Thème Thèse de l'auteur Champ disciplinaire	Principaux concepts Paradigme	Eléments significatifs retenus	Réflexions par rapport à la question générale de recherche Remarques personnelles
<u>Traité de psychologie des émotions</u> <i>David Sander et Klaus R.Scherer</i> <i>Publié le 8 Janvier 2014</i> <i>Edition Dunod</i>	Le thème principal est: les émotions de leur origines physiologique à leur régulation et leur application dans le champ de la sociologie. Le champ disciplinaire est la Psychologie	Cet ouvrage reprend plusieurs concept liés au émotions : Coping, Stress Il aborde la gestion des émotions, leur implication sur le monde du travail, le lien entre émotions et personnalité	Chapitre sur la définition de l'émotion et les différentes théorie Chapitre sur la regulation émotionnelle	Apporte le cadre théorique aux différentes notions liés aux émotions décrites dans les différents articles de recherches
<u>Mécanismes de défenses et coping</u> <i>Henri Chabrol et Stacey Callahan</i> <i>Publié le 7 aout 2013</i> <i>Edition Dunod (2ème édition)</i>	Définition des différents mécanismes défenses et stratégies de Coping Dans le champ disciplinaire de la psychologie	Cet ouvrage développe les concepts de mécanismes de defenses et de coping en abordant également leur historique.	Définition des mécanismes de defenses et coping	Apport des connaissances sur les stratégies de défenses dont les soignants usent pour faire face à leur émotions dans les situations telles que l'urgence Lien avec les stratégies défensives matures / immatures et coping centrés sur l'émotion ou non décrit dans les différent article de

				recherche. On est déjà dans une forme de « réponse » à la question de recherche.
<u>Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique</u> <i>Pierre Valette</i> <i>Publié en 2013, édition</i> <i>Presse universitaire de</i> <i>France</i>	Cet ouvrage aborde les spécificités de la médecine d'urgence. Il touché le champ disciplinaire de la médecine et de l'éthique	Les principaux concepts développés sont : l'urgence, la chaîne de survie, l'heure d'or	Définition du concept d'urgence et de chaîne de survie	
<u>Maintenant ou trop tard</u> <i>Didier Houssin</i> <i>Publié en 2003</i> <i>Édition Dunod</i>	Cet ouvrage aborde le sujet de l'urgence de façon assez romanesque	Le concept de l'urgence, du temps, des émotions	Lien entre l'urgence et les émotions et définition de l'urgence.	

1.4 Annexe D : Carte mentale à partir de la question de recherche



1.5 Annexe E : tableau des recherches documentaires

RECHERCHE DE REFERENCES DOCUMENTAIRES

Bases de données ⁵	Mots clés ⁶	Nombre de références trouvées ⁷	Nombre de références sélectionnées ⁸	Nombre de références retenues ⁹	Argumentation / références retenues
CDI	URGENCE	117	2	0	
CDI	EMOTION	211 (articles)	2	1	LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL QUI SOUS-TEND LES SOINS INFIRMIERS: UNE ANALYSE ÉVOLUTIONNAIRE DE CONCEPT Huynh Truc, Marie Alderson, Mary Thompson
CDI	EMOTION SOIGNANTS	13 (ouvrages)	2	2	Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation. Charaoui Khadija , LAURENT ALEXANDRA, BIOY ANTOINE, ET AL. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, MERCADIER CATHERINE

⁵ Exemples de bases de données : CDI, BDSP, Pubmed, Nantilus (cf cours B Girault)

⁶ Mots clés : à partir de la carte mentale élaborée, inscrire les descripteurs ayant permis d'identifier les références documentaires

⁷ Toutes les références identifiées à partir des descripteurs

⁸ Toutes les références jugées les plus pertinentes parmi toutes celles qui ont été sélectionnées

⁹ Toutes les références retenues pour le travail de recherche et qui donneront lieu à une analyse critique en lien avec la question générale de recherche

CDI	MECANISMES DE DEFENSE	25 (ouvrages)	3	1	Les mécanismes de défenses : théorie et clinique Serban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude LHOTE
Sciences direct	ARRET CARDIAQUE INTRAHOSPITALIER	38	2	1	Prise en charge des arrêts cardiaques intrahospitaliers : évaluation des connaissances théoriques du personnel médical et paramédical
Sciences direct	EMOTION SOIGNANT	894	3	1	Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative
Sciences direct	EMOTION URGENCE	176	2	1	Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence
CAIR N	SIMULATION URGENCE	2668	2	1	APPRENDRE ENSEMBLE À TRAVAILLER ENSEMBLE : L'INTERPROFESSIONNALITÉ EN FORMATION PAR LA SIMULATION AU SERVICE DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES COLLABORATIVES Florence Policard
CAIR N	URGENCE OUVRAGE				Maintenant ou trop tard , Sur le phénomène de l'urgence Didier Houssin

1.6 Annexe F: Compte rendu de la démarche documentaire

Pour tenter de répondre à ma question de recherche et trouver de la documentation scientifique, j'ai tout d'abord entrepris de réaliser une carte mentale (visible en annexe). Cela m'a permis de décortiquer ma question de recherche afin d'en tirer des mots clés pour effectuer mes recherches mais également d'élargir ma pensée et ce que sous entendais les termes : émotions, prise en charge soignante, imprévu et urgence vitale. J'ai utilisé plusieurs bases de données dans mon processus de recherche de documents scientifiques et notamment : Cairn, Sciences direct, Springer link et EM premium. D'autre part, j'ai principalement utilisé l'outil de recherche en ligne du centre de documentation du CHU de Nantes, ce qui m'a permis d'obtenir des résultats pertinents avec les différents mots clés : URGENCE, SOIGNANTS, ARRÊT CARDIAQUE, EMOTIONS, MECANISMES DE DEFENSES et SIMULATION.

Concernant les articles scientifiques, je n'ai pas rencontré de problèmes majeurs dans le processus de recherche car il en existe de nombreux sur le sujet de l'urgence. La principale difficulté cependant a été d'effectuer une sélection pertinente de ces articles en évitant le coté très protocolaire de certaines études sur la prise en charge de l'urgence vitale et donc en y intégrant la dimension émotionnelle soignante. Cette recherche a aboutie à la sélection de 6 articles de recherches très pertinents et faisant du lien les uns avec les autres et avec ma question de recherche. Ceux-ci sont présentés ci après en bibliographie.

En ce qui concerne la sélection d'ouvrages, cette dernière m'a mise beaucoup plus en difficulté. En effet, presque toutes mes recherches d'ouvrages comprenant le terme URGENCE donnaient comme résultats des ouvrages protocolaires sur les pathologies de l'urgence et leurs prises en charge, ce qui n'est pas l'objet de ma question de recherche. J'ai donc du élargir mes recherches sur le champ de la psychologie avec notamment les termes EMOTION, MECANISMES de DEFENSES et COPING. Cela m'a amené à trouver plusieurs ouvrages qui se sont révélés finalement peu pertinents car reprenant les mêmes concepts que mes articles de recherches. Après lecture et mise en lien de toute ma documentation, seul deux de ces ouvrages ont véritablement retenus mon attention et seront utiles à ma recherches, il s'agit de : Traité de psychologie des émotions par David Sander et Klaus R.Scherer et Mécanismes de défenses et coping par Henri Chabrol et Stacey Callahan.

Le tableau du processus de recherche reprend plus en détails les origines des ouvrages et articles.

Enfin c'est lorsque que j'ai commencé la rédaction de la partie scientifique de ce mémoire que je me suis aperçu qu'il me manquait des éléments pour définir le concept de l'urgence et le lier aux émotions. J'ai donc repris mes recherches et sélectionné deux ouvrages supplémentaires : Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique par Pierre Valette (2013) et Maintenant ou trop tard, sur le phénomène de l'urgence de Didier Houssin (2003) .