

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Centre Hospitalier Universitaire RENNES



URGENCE
Infirmier
cherche Expérience

Travail de Fin d'Etudes

PAINCHAUD Adrien
Etudiant infirmier
Promotion 2009-2012

Soutenu le vendredi 8 Juin 2012

La réalisation de ce travail de fin d'études ponctue trois années de formation. Trois années intenses qu'il m'aurait été difficile de réaliser seul. Il convient donc de remercier comme il se doit les personnes qui m'ont accompagné tout au long de ce chemin...

Merci à Hélène BOUDET, ma référente, pour ses conseils avisés durant tout ce travail.

Merci à Pascale MANCHERON, formatrice à l'IFSI, pour avoir su trouver les mots quand tout me paraissait insurmontable.

Merci à David, confident et ami rencontré à l'IFSI, avec qui j'ai pu partager mes doutes et mes moments de joie et avec qui j'espère avoir un jour le plaisir de travailler.

Merci à Janie, pour le temps qu'elle a consacré à la relecture et à la correction de ce travail.

Merci au Docteur Valérie THOMAS pour avoir su me motiver lorsque je me questionnais encore sur l'intérêt de passer le concours d'entrée à l'IFSI.

Merci à mes parents et beaux-parents pour leur soutien indéfectible et leur disponibilité.

Et enfin, mille mercis à Céline, ma compagne, et à nos deux anges, Ewan et Margaux, pour avoir supporté mes sautes d'humeur pendant trois ans. Merci pour votre soutien et votre amour sans lesquels il m'aurait été difficile de réaliser tout ce chemin.

En tant qu'infirmier, nous seront probablement tous confrontés un jour à un patient en situation de détresse vitale. Au cours de mon expérience professionnelle précédent la formation, j'ai du faire face à plusieurs reprises à ce type de prise en charge. Après des débuts difficiles, j'ai constaté une évolution de ma pratique. Ces changements m'ont permis d'être plus efficace dans l'action. La réalisation de ce travail de fin d'études est l'occasion pour moi d'essayer de comprendre cette évolution à travers la problématique suivante : **En quoi l'expérience participe-t-elle à une gestion efficace de l'urgence vitale auprès d'un patient par l'infirmier ?**

Pour tenter d'y répondre, j'ai développé mon travail de recherche en trois parties. J'ai tout d'abord défini les concepts et notions introduits par mon questionnaire. Ensuite, j'ai analysé et interprété un entretien réalisé auprès d'une infirmière. Enfin, lors de la synthèse, j'ai confronté cette analyse au cadre conceptuel préalablement établi.

Il semble, tout au long de ce travail, que l'expérience s'avère être un atout dans la prise en charge d'une urgence vitale. Néanmoins, il apparaît clairement qu'elle doit être utilisée à bon escient et qu'elle n'apporte pas, à elle seule, toutes les solutions aux difficultés posées par la prise en charge d'un patient en détresse vitale.

Mots clés : infirmier, urgence vitale, efficacité, expérience.









As nurses, we will probably face a critically ill patient one day. During my professional experience before Nursing Studies, I had to face this kind of situation in different occasions. After a difficult beginning, I realised my practice improved. I have become more effective thanks to these changes. This final studies work gives me the opportunity to try to understand this evolution through the question below: **what does experience provide to a nurse's efficient management of critically ill patients?**

Trying to answer this question, I have divided my research project into three parts. First of all, I have defined concepts and notions appearing at my enquiry. Next, an interview with a nurse has been analysed and interpreted. Lastly, in the final report, this analysis has been faced the previously set conceptual framework. Throughout this work, experience seems to be an advantage in the management of a critically ill patient.

In any case, it clearly seems that experience has to be judiciously used as it doesn't, in itself, provide all required solutions to the related difficulties in the management of a critically ill patient.

Keywords: nurse, critically ill patient, efficiency, experience.

Sommaire

Introduction	p. 1
I. Cadre conceptuel	p. 3
1. L'expérience	p. 3
a. Définir l'expérience	p. 3
b. Apprendre de l'expérience	p. 4
c. L'expérience en soins infirmiers	p. 5
2. Urgence Vitale	p. 6
a. Définir l'urgence et l'urgence vitale	p. 6
b. Gestion de l'urgence vitale	p. 6
c. L'urgence et l'infirmier : cadre législatif...	p. 7
d. ...et formation	p. 8
II. Méthodologie	p. 9
III. Analyse interprétative	p. 10
 Représentations de l'urgence vitale	p. 10
 Savoir évaluer une situation clinique	p. 10
 Organiser sa prise en charge	p. 11
 L'urgence vitale : un travail d'équipe	p. 11
 Savoir gérer ses émotions et son stress	p. 12
 Développer ses compétences	p. 13
 Le rôle de l'expérience	p. 14
IV. Synthèse	p. 16
 L'expérience, un outil au service de l'efficacité	p. 16
a. De l'expérience à la connaissance...	p. 16
b. ...vers la compétence	p. 17
c. L'expérience face au stress	p. 18
II. L'expérience, mais pas seulement	p. 19
a. L'équipe au cœur de l'urgence	p. 19
b. Des connaissances indispensables	p. 20
c. Quelle place laisser aux émotions ? (et aux patients)	p. 20
V. Conclusion	p. 22

Bibliographie

Annexes

Introduction

Ces trois années d'études ont été pour moi l'occasion de nombreuses rencontres, tant personnelles que professionnelles. A travers celles-ci, et les nombreuses discussions qu'elles ont fait naître, j'ai pris conscience que chaque soignant (et futur soignant) est unique. Alors certes, en tant qu'infirmier (et futur infirmier), nous bénéficions d'un enseignement commun, nous apportant les fondements indispensables à la compréhension et à l'exercice de notre profession. Malgré cela, nous restons profondément différents les uns des autres, en ce sens où nos histoires de vie, nos expériences, nos émotions divergent, et font de nous ce que nous sommes. Ainsi, chacun d'entre nous a sa façon personnelle d'appréhender le patient, le soin, les difficultés. Nous souhaitons donc pouvoir exercer notre profession dans un secteur ou dans une unité de soins qui semble nous convenir, là même où nous espérons pouvoir nous épanouir. Le futur infirmier que je suis n'échappe pas à cet état de fait.

Avant d'intégrer l'institut de formation en soins infirmiers, j'ai eu la chance d'exercer durant deux années la profession d'ambulancier au SMUR¹. Deux années intenses et riches, durant lesquelles l'urgence est devenue mon quotidien. J'y ai découvert et apprivoisé un univers qui m'a aidé à grandir et dans lequel mon projet professionnel a trouvé ses racines. Un univers qui, encore aujourd'hui, me colle à la peau. Amorcer mon travail de fin d'études en prenant comme point de départ cette expérience m'a donc paru naturel et présente un double intérêt : analyser et comprendre l'évolution de ma pratique face à l'urgence au cours de ces deux années, et me servir de cette réflexion pour continuer à améliorer ma pratique en tant qu'infirmier.

Pour lancer mon sujet d'étude, j'ai fait le choix de décrire deux interventions auxquelles j'ai participé (cf. annexe I) : deux situations semblables pour leur motif de départ, mais distinctes dans leur déroulement.

Lors de la première intervention, je suis débutant. Je découvre un environnement qui n'est pas le mien. Tout est nouveau : l'équipe, le secteur géographique, le matériel. Je suis totalement submergé par le stress et la violence émotionnelle de la situation, incapable de prendre la moindre initiative.

En revanche, lors de la deuxième intervention, je suis en mesure d'analyser la situation, de prendre des initiatives, de mettre en œuvre des actions adaptées et d'affirmer mon positionnement.

L'opposition de ces deux interventions met en évidence l'évolution de ma pratique professionnelle au cours de ces deux années : plus d'assurance, plus d'initiatives, plus

¹ Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

d'efficacité dans les gestes entrepris, et par conséquent, plus d'efficacité dans la prise en charge du patient en détresse vitale.

Ce constat m'a amené à m'interroger sur cette évolution : comment expliquer ces différences ? Le stress et les émotions ressenties par le soignant ont-ils un impact sur la prise en charge ? Est-il en mesure de les maîtriser ? Le soignant peut-il mettre en place des stratégies lui permettant d'y faire abstraction ? La connaissance de l'équipe et la qualité de la relation d'équipe influencent-elles la qualité de la prise en charge ? La répétition des interventions apporte-t-elle les connaissances et compétences nécessaires à ce type de prise en charge ? Autant de questions qui m'ont orienté vers diverses lectures, pour finalement me diriger vers l'importance probable de l'expérience lors de la prise en charge d'une urgence vitale. Cette réflexion m'amène donc à ce questionnement :

En quoi l'expérience participe-t-elle à une gestion efficace de l'urgence vitale auprès d'un patient par l'infirmier ?

Pour tenter d'y répondre, j'ai développé mon travail de recherche en quatre parties. Dans un premier temps, j'ai défini les concepts et notions introduits par mon questionnement. J'ai ensuite réalisé des entretiens auprès de professionnels exerçant quotidiennement aux côtés de l'urgence vitale. Puis j'ai analysé et interprété l'un des entretiens avant de le confronter, lors de la synthèse, au cadre conceptuel préalablement établi.

I. Cadre conceptuel

Cette partie théorique a pour but d'expliquer les deux notions principales de ce travail de fin d'études : l'Expérience et l'Urgence vitale. Elle est élaborée à partir d'un ensemble de lectures, sur lesquelles je m'appuie tout au long de ce premier chapitre.

1. L'expérience

Au regard de ces nombreuses significations, l'expérience est une notion difficile à conceptualiser. En effet, selon que nous évoquons « l'expérience de vie », « l'expérience scientifique », « l'expérience personnelle » ou encore « l'expérience professionnelle », le sens que nous lui donnons pourra être différent. Je ne vais donc pas essayer de déterminer une unité de sens à l'ensemble de ces significations mais plutôt en présenter une vision globale à travers divers approches.

a. Définir l'expérience

La philosophie aborde depuis des siècles, la notion d'expérience. Si aujourd'hui elle peut-être définie comme un ensemble de « savoir ou savoir-faire acquis par l'usage, par la pratique en dehors d'une connaissance théorique (...) »², Platon la décrit auparavant comme « une voie d'accès aux réalités du monde sensible [ne livrant] pas une connaissance proprement dite mais une opinion »³. Cette approche évolua lorsque, quelques siècles plus tard, Francis BACON² affirma que l'expérience était à la fois la base et le fondement ultime de la connaissance. Puis, au 18^{ème} siècle, Emmanuel KANT aborda l'expérience comme « l'ensemble du processus de synthèse grâce auquel le sujet (...) unifie les données sensibles, les transformant ensuite en objet possible pour la connaissance »⁴. Enfin, plus proche de nous, John DEWEY l'a défini comme « toute situation dans laquelle l'individu entre en interaction avec son environnement (...) »⁵. L'interaction, si elle est associée au principe de continuité, c'est-à-dire que toute nouvelle expérience doit tenir compte des précédentes afin d'enrichir les suivantes, doit permettre à l'individu d'apprendre et d'acquérir la plupart de ses capacités et savoir-faire.

L'approche sociologique de l'expérience est sensiblement différente de celle proposée par la philosophie. Selon C.JOSSO, par exemple, « l'expérience implique la personne

² L.M MORFAUX, J.LEFRANC. *Nouveaux vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. 2ème édition. Edition Armand COLIN, 2005. p185.

³ B.COURTOIS, G.PINEAU (coords). *La formation expérientielle des adultes*. Edition La documentation Française, 1994. p13.

⁴ C.GODIN. *Dictionnaire de Philosophie*. Edition Fayard, 2004. p469.

⁵ F.KAROLEWICZ. *L'expérience, un potentiel pour apprendre*. Edition Harmattan, 2000. p28.

dans sa globalité d'être psycho-somatique et socio-culturel ; c'est-à-dire qu'elle comporte toujours les dimensions sensibles, affectives et conscientielles »⁶. Elle doit alors permettre à l'individu de s'en servir comme référentiel sur lequel il pourra s'appuyer lorsqu'il devra évaluer une situation, qu'elle soit nouvelle ou non. La sociologie définit également l'expérience comme « le rapport dynamique et réflexif que le sujet entretient avec son environnement social »⁷. Ce rapport doit amener le sujet à donner un sens à son action en développant des explications et des critiques et ainsi, à travers son expérience, construire sa propre identité.

De façon plus « généraliste », l'expérience consiste en une « connaissance acquise par une longue pratique jointe à l'observation »⁸. Celle-ci se constitue par « accumulation, par répétition »⁹. C'est ainsi que R.SEVIGNY¹⁰ affirme que l'expérience est l'acquisition de certaines connaissances au contact de la réalité et/ou de la pratique, à travers le temps, par des essais et des erreurs. Cela reprend, en partie, les propos de J.G NADEAU lorsqu'il évoque l'« Homme Expérimenté » comme « celui qui (...) a rassemblé dans son propre corps des connaissances par l'essai, l'épreuve, l'erreur et la confirmation »¹¹.

b. Apprendre de l'expérience

Au vu des auteurs précédemment cités, l'expérience peut-être source d'acquisition de connaissances, de capacités et de savoir-faire. Elle constitue d'ailleurs un des modes d'apprentissage les plus utilisés depuis des années. Le compagnonnage en est un exemple. En effet, la majeure partie des connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'exercice de la profession choisie, s'acquerront à travers un Tour de France, au cours duquel les apprentis seront confrontés à de multiples expériences de vie et de travail. La répétition de ces expériences leur apportera un savoir-faire et une capacité à adopter des solutions adaptées aux différentes situations. Cette idée d'apprendre par l'expérience est également reprise par Francis KAROLEWICZ lorsqu'il affirme que « l'artisan sait que le temps est le meilleur allié de l'apprenti, car l'apprentissage s'opère sur le terrain »¹².

Néanmoins, pour que l'on puisse apprendre et se former par l'expérience, celle-ci doit être « réfléchie et conceptualisée »¹³. L'individu doit être en mesure de comprendre la situation sur laquelle il agit, ainsi que de comprendre sa propre façon de faire pour y

⁶ B.COURTOIS, G.PINEAU (coords). Op-Cit. p192.

⁷ Dictionnaire de Sociologie *Le Robert-Seuil*. Extrait du travail de fin d'étude de N.GIRAUD. Site internet Infirmiers.com. Adresse : <<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsitfe/memoires-2003.html>>.

⁸ Dictionnaire *Larousse en couleurs*. Edition 1991.

⁹ B. COURTOIS. « La transformation de l'expérience : sens, savoirs, identités ». *Penser la relation expérience-formation*. Edition Chronique sociale. p90.

¹⁰ J.BARUS-MICHEL, E.ENRIQUEZ, A.LEVY. *Vocabulaire de psychosociologie*. Edition Erès 2002. p128.

¹¹ J.G NADEAU. « Un modèle praxéologique de formation expérientielle ». *Education Permanente* 1989, n°100/101. p98.

¹² F. KAROLEWICZ. Op-cit. p26.

¹³ A.BARKATOOLAH. « L'apprentissage expérientiel : une approche transversale ». *Education permanente* 1989, n°100/101. p50.

répondre. Ce que John DEWEY¹⁴ précise lorsqu'il affirme que l'acquisition dépendra de la capacité de l'individu à observer et analyser son expérience a posteriori.

Ce principe est abordé avec le concept « d'apprentissage expérientiel » qui consiste à confronter l'apprenant au contact direct d'une situation sur laquelle il peut agir et avoir un impact¹⁵. Cela doit le mener à acquérir des savoirs par la prise de conscience de son expérience et par la transformation de celle-ci. Car c'est finalement par un processus de transformation que l'expérience devient savoir et connaissance. D. KOLB le décrit à travers le « cycle d'apprentissage expérientiel » (cf. annexe II) qui se déroule en quatre étapes : la première est celle de la pratique, de l'action. La seconde est l'explicitation. Elle consiste à conscientiser son action ; cela revient à la mettre en mot, à en faire le récit en distinguant chacune des étapes. L'étape suivante est la conceptualisation et la modélisation de l'expérience. Il s'agit de faire les liens entre l'action et les principes théoriques tout en se dégageant du contexte initial. Cela doit aboutir à repérer les invariants qui permettront de mettre en évidence une structure conceptuelle qui soit transférable à plusieurs situations. La dernière étape aura pour objectif de valider (ou non) les schémas opératoires et concepts théoriques établis lors de l'étape précédente ; l'objectif étant d'être en capacité de reproduire l'action dans différentes circonstances et d'anticiper celles à venir du même ordre. La difficulté de ce cycle est, selon M.A VIGIL-RIPOCHE¹⁶, la maîtrise de la seconde étape. Elle affirme que cette « non-maîtrise » aurait comme conséquence pour l'individu de rester enfermer dans « un cycle de répétition ». Celui-ci s'avère être, d'après l'auteur, incompatible avec la capacité d'adaptation de l'individu et l'utilisation de son expérience à d'autres situations.

c. L'expérience en soins infirmiers

L'infirmier, tout au long de sa carrière professionnelle, est confronté à de multiples expériences. Au contact direct du patient et de la maladie, il observe, questionne, pratique. Chaque situation de soins, qu'elle soit nouvelle ou non, peut être porteuse d'enseignements. A l'hôpital, l'apprentissage « sur le tas » est d'ailleurs reconnu comme une valeur sûre¹⁷. En témoigne le temps consacré aux stages lors de la préparation au diplôme d'état infirmier.

Le « modèle d'acquisition des compétences » (cf. annexe III), appliqué aux soins infirmiers par P. BENNER¹⁸, met en exergue l'importance de l'expérience dans la pratique infirmière. Le novice, qui par définition est une personne peu expérimentée, s'appuiera sur des règles et connaissances théoriques qui lui ont été transmises et qui le guideront dans sa prise en charge. Tout est nouveau ou presque, établir les liens entre théorie et pratique est encore complexe, définir les priorités dans la prise en charge l'est également, la dextérité et l'observation clinique sont encore à développer ; appréhender une situation de soins dans sa globalité ou bien même anticiper une éventuelle

¹⁴ F.KAROLEWICZ. Op-Cit.

¹⁵ M.GAZAVE, N.HENNETIER. Article de F.LANDRY. « La formation expérientielle : origines, définition et tendance ». *La VAE, valoriser son expérience par un diplôme*. 2^{ème} édition. Edition Vuibert 2004. p15.

¹⁶ M.A VIGIL-RIPOCHE. « D'exécuter un soin à penser le soin ». *Recherche en Soins Infirmiers*, 06/2006, n° 85. p69.

¹⁷ Ibid. p67.

¹⁸ P. BENNER. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Edition Masson, 2003.

dégradation devient alors difficile. Inversement, l'expert a acquis, à travers ses nombreuses expériences, la capacité d'évaluer une situation dans sa globalité. Il s'appuie sur des situations concrètes, déjà vécues, lui permettant de percevoir des changements subtils, d'anticiper, de prioriser ses actions et d'aller rapidement au cœur du problème. Ces capacités pointues sont les résultats de nombreuses heures d'observation clinique et de pratique auprès du patient. Elles lui ont appris à se détacher des règles et détails auxquels se réfère le novice, et par conséquent à répondre mieux et plus vite aux problèmes rencontrés.

Hubert et Stuart DREYFUS ont ainsi émis l'hypothèse « qu'avec l'expérience et de la maîtrise, la compétence se transforme. Et ce changement amène une amélioration des performances »¹⁹.

2. Urgence Vitale

Depuis quelques années, nous assistons à un développement irrésistible du règne de l'urgence. Les entreprises produisent à flux tendu, les informations sont transmises en temps réel, tout devient important et doit être traité au plus vite. Cette course permanente contre le temps impose l'urgence comme un mode de vie, au risque de la banaliser et d'en oublier le sens premier. Il convient donc d'aborder cette seconde partie en commençant par prendre le temps de redessiner les contours de cette notion.

a. Définir l'urgence et l'urgence vitale

L'urgence se définit comme une situation d'apparition inopinée, rapidement évolutive et impliquant « de devoir agir vite, sans délai (...), pour résoudre le problème posé »²⁰ ; face à une réalité brutale, relevant d'un scénario aux conséquences parfois tragiques, seule une action « d'une exceptionnelle rapidité [pourra] empêcher ce scénario d'aller à son terme (...) »²¹.

L'urgence médicale, quant à elle, correspond à « toute circonstance qui (...) introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement (...) »²². Cette définition introduit la notion du risque « vital », c'est à dire ce qui est « essentiel à la subsistance de la vie ». La médecine décrit trois fonctions vitales chez l'Homme : la conscience, la ventilation et la circulation. Ainsi, tout dysfonctionnement d'une de ces trois fonctions doit être considéré comme une urgence vitale potentielle. En d'autres termes, l'urgence vitale implique toute situation nécessitant une intervention immédiate, adaptée et efficace, dans le but de préserver la vie de l'individu. Elle est déterminée en s'appuyant sur des procédures cliniques, à partir de scores de gravités validés et partagés²³.

¹⁹ Ibid. p37.

²⁰ AUBERT Nicole. *Le culte de l'urgence, la société malade du temps*. Edition Flammarion, 2003. p33-34.

²¹ Ibid. p111.

²² Site Internet de l'*Institut UPSA Douleur* : <http://www.institut-upsa-douleurs.org/fr-FR/id-223/Definition_de_l_urgence.igwsc>

²³ Jean-Emmanuel De La Coussaye. *Les urgences préhospitalières, organisation et prise en charge*. Edition Masson, 2003. p187.

b. Gestion de l'urgence vitale

Répondre de manière efficace à l'urgence ne s'improvise pas. Certes, il n'y a pas de recette miracle assurant l'efficacité de la prise en charge. Néanmoins, il a été prouvé que « l'application de procédures clairement identifiées par chaque membre d'une équipe, et placées sous la responsabilité d'un coordinateur, permet d'améliorer la performance de tous »²⁴. En ce sens, plusieurs notions paraissent essentielles : la rapidité, l'organisation et l'équipe.

Quelle qu'en soit son origine, l'urgence vitale nécessite d'agir vite. C'est une course contre la montre qui s'engage avec pour objectif la survie d'une personne. Il est donc indispensable que chaque étape de la prise en charge soit exécutée dans les meilleurs délais, de la reconnaissance de l'urgence à la réanimation spécialisée. Lors d'un arrêt cardio-respiratoire, considéré comme la plus grande urgence thérapeutique, les trois premières minutes sont cruciales. Au-delà de ce temps, en l'absence d'une réanimation de base précoce, des lésions cérébrales irréversibles peuvent apparaître. Ainsi, la réalisation et la rapidité d'exécution de chaque étape s'avère être « la meilleure garantie de succès »²⁵, puisque l'efficacité de la réanimation spécialisée en est dépendante.

L'organisation nécessaire à la prise en charge de l'urgence s'établit à plusieurs niveaux : tout d'abord en amont, par la création de protocoles et de procédures, par la préparation et la vérification du matériel, des drogues d'urgence, de l'environnement et également par la préparation du personnel soignant : formations (théoriques et pratiques), connaissance du matériel, de l'environnement, des protocoles et des procédures. En effet, la rapidité d'exécution imposée par l'urgence nécessite que chaque « soignant [connaisse] les gestes. Il faut prévoir dès la prise en charge initiale, le matériel [et] l'espace autour du lit »²⁶. Puis dans l'action, il doit y avoir la prise en main de l'intervention par un coordinateur, permettant ainsi d'éviter toute dérive néfaste au bon déroulement de la prise en charge. Enfin, la préparation passe aussi par l'analyse des situations auxquelles les soignants ont été exposés. Cela s'avère être « un outil indispensable pour traiter convenablement l'urgence »²⁷.

L'équipe reste un élément important de la prise en charge. De sa cohésion dépendra, en partie, l'efficacité de son travail. Il est donc primordial que l'équipe soit organisée, qu'elle se connaisse et qu'elle se fasse confiance. Cela est d'autant plus vrai qu'une « équipe n'est jamais véritablement préparée aux situations qu'elle aura à affronter »²⁸. Quel qu'il soit, quelle que soit sa fonction, le soignant n'est jamais à l'abri d'avoir des réactions susceptibles de le perturber dans l'action. Il est donc rassurant de savoir qu'un autre membre de l'équipe puisse prendre le relais à ce moment là.

c. cadre législatif...

L'urgence et l'infirmier :

²⁴ Ibid. p195.

²⁵ Ibid. p137.

²⁶ J. CHEVILLOTE, P. CASSAN. Urgence et formation infirmière aux gestes élémentaires de survie. *Revue Soins*, septembre 2009, n°708. p25.

²⁷ M. GUIMELCHAIN-BONNET. La notion d'urgence. *L'aide-soignante*, février 2007, n° 8. p10.

²⁸ Ibid. p10.

Lorsqu'il fait face à une situation d'urgence, l'infirmier doit se référer aux textes réglementaires du code de la santé publique²⁹, régissant l'exercice de la profession et les règles professionnelles. Ceux-ci stipulent que l'infirmier est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril (*art. R.4312-6*), ainsi que d'actualiser et de perfectionner ses connaissances, dans le but de garantir la qualité des soins et la sécurité du patient (*art. R.4312-10*). Par ailleurs, son rôle propre l'autorise à mettre en place et à utiliser le défibrillateur semi-automatique (*art. R.4311-5, alinéa 17*). Il est également habilité à participer à la mise en œuvre par le médecin, d'actions en vue de faire face à des situations d'urgence vitale (*art. R.4311-10 alinéa 5*). Enfin, en l'absence d'un médecin, il est habilité, après avoir identifié une situation relevant de l'urgence, à mettre en œuvre les gestes et soins conservatoires qui lui sembleront nécessaires en attendant que puisse intervenir un médecin (*art. R.4311.14*). Dans ce cas, il a l'obligation de remettre à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé (*art. R.4312-29*).

d.

...et formation

Dans la pratique hospitalière, l'infirmier est souvent le premier maillon de la chaîne de survie. En tant que soignant, on attend de lui une réponse rapide, adaptée. Durant sa formation initiale, l'étudiant infirmier est initié aux gestes et soins d'urgence. Quarante deux heures d'enseignement théorique et pratique lui sont dispensés au cours des deux premières années³⁰. Cet apprentissage, validé en partie par l'obtention de l'AFGSU³¹ niveau 2, a pour objectif d'apporter au futur professionnel les connaissances nécessaires à « la prise en charge, seul ou en équipe, d'une personne en situation d'urgence mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel »³². Ainsi, il doit être en capacité d'identifier et de hiérarchiser les urgences, puis de mettre en œuvre les gestes et soins d'urgence appropriés. En parallèle de cet enseignement, l'étudiant acquiert un ensemble de connaissances devant lui permettre, par l'observation clinique, d'identifier et d'évaluer une situation d'urgence.

Par ailleurs, en raison de l'évolution constante des techniques et des sciences dans le monde de la santé, il est important que les professionnels de santé puissent « disposer d'une formation continue adaptée, répondant aux exigences professionnelles »³³. De plus, il est clairement démontré que l'absence de pratique et/ou l'inexpérience, font que le soignant peut se retrouver en difficulté face à une situation d'urgence³⁴. C'est en ce sens que l'AFGSU niveau 2, obligatoire pour les professionnels de santé inscrits dans la quatrième partie du code de la santé publique, n'est valide que quatre ans. Le recyclage, nécessaire au maintien de l'attestation, permet la remobilisation, la réactualisation et le réajustement des connaissances et de la pratique.

²⁹ Décret n° 2004-802 du 29 Juillet 2004 du code de la santé publique.

³⁰ *Formations des professions de santé. Profession Infirmier*. Edition SEDI. Référence 650505. p124-125.

³¹ Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence.

³² Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence. Article 2.

³³ B. MARC, P. MIROUX, I. PIEDADE, R. BENVENISTE. *Guide infirmier des urgences*. Edition Masson, 2008. p XVIII.

³⁴ P. RENAUT, G. TANGUY, G. LECOQ. *Protocoles types Gestes et Soins d'Urgence niveau 2. Urgences Vitales et Potentielles*. Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence 35 - CHU RENNES, janvier 2009. p5.

Ce premier chapitre semble confirmer le fait que l'expérience puisse apporter des connaissances, et qu'elle permet de développer des compétences qui paraissent nécessaires à l'efficacité d'une prise en charge d'urgence vitale. Toutefois, cette expérience ne doit pas être laissée à l'état brut, elle doit être analysée, réfléchie. La confrontation de ce point de vue avec l'analyse de l'entretien qui viendra à la suite de la méthodologie, sera l'occasion d'établir, ou non, des liens entre la théorie du cadre conceptuel et la réalité du terrain vécue par le soignant.

II. Méthodologie

Afin de confronter mon cadre conceptuel à la réalité du terrain vécue par les soignants, j'ai réalisé trois entretiens semi-directifs. Cette technique d'entretien consiste à questionner son interlocuteur en face à face, autour de thèmes et objectifs auparavant définis et consignés dans un guide d'entretien (cf. annexe IV). L'interviewé peut ainsi développer et orienter librement ses idées, permettant un recueil d'informations riches quantitativement et qualitativement. La forme « exploratoire » des entretiens m'a laissé la liberté de pouvoir me détacher de mon guide et ainsi de pouvoir rebondir sur des propos qui me paraissaient intéressants d'approfondir. Cela explique que certaines questions posées au cours des entretiens n'apparaissent pas dans le guide d'entretien initial.

J'ai construit mon guide d'entretien autour d'un objectif principal : évaluer le rôle de l'expérience au cours d'une prise en charge d'urgence vitale par l'infirmier. Trois objectifs secondaires s'articulant autour de celui-ci ont été établis : définir les représentations de l'urgence vitale par le soignant ; identifier les difficultés de cette prise en charge pour le soignant ; identifier les qualités et compétences nécessaires pour faire face à cette prise en charge.

Au cours de ces entretiens, j'ai essayé de me servir au maximum des techniques de communication enseignées durant la formation et pouvant favoriser l'échange : reformulation, enquête, écoute active, proxémie adaptée.

J'ai réalisé mes entretiens auprès d'infirmières exerçant aux urgences et en réanimation. C'est en effet dans ces unités que les situations d'urgence vitale sont les plus fréquemment rencontrées. Parmi les trois infirmières, une n'est diplômée que depuis novembre 2011, alors que les deux autres exercent depuis plus de neuf ans. Il me semblait intéressant de pouvoir comparer le vécu et le ressenti d'infirmière débutante et d'infirmière experte face à l'urgence vitale.

Après retranscription et lecture des trois entretiens, j'ai fait le choix d'analyser le second entretien (cf. annexe V). Bien que chacun d'entre eux soit intéressant de par leur contenu, c'est au cours de celui-ci que je me suis senti le plus à l'aise et le plus efficace dans mon rôle d'intervieweur. De même, c'est ce-dernier qui m'a semblé le mieux organisé, le plus abouti et me donnant le plus de matière à analyser. En revanche, j'ai souhaité conserver et intégrer le troisième entretien aux annexes (cf. annexe VI) afin de pouvoir y faire référence en synthèse. Quant au premier entretien réalisé, il semble que l'infirmière n'ait pas suffisamment de recul sur sa pratique pour être en mesure

d'évaluer l'apport de l'expérience face à l'urgence vitale. J'ai donc fait le choix de ne pas l'intégrer aux annexes.

Enfin, il est important de prendre en compte que l'entretien sélectionné ne reflète les propos que d'une seule infirmière. L'analyse et l'interprétation qui s'ensuivent ne peuvent donc être représentatifs d'un groupe de professionnels.

III. Analyse interprétative

L'analyse descriptive (cf. annexe VII) m'a permis d'extraire les idées majeures évoquées par l'infirmière durant l'entretien. Ses propos y ont été regroupés puis classés sous forme de sous-thèmes et de thèmes. Je vais essayer, tout au long de ce chapitre, de donner un sens à cet ensemble.

1. Représentations de l'urgence vitale

Urgence vitale	Représentations	6 items
	Agir vite	6 items

Selon l'infirmière, l'urgence vitale représente une situation dans laquelle le patient est en « danger ». Les causes éventuelles peuvent être multiples (« défaillance multi-viscérales », « ça peut être un tas de situation comme l'hyperkaliémie, l'hémorragie massive, le gros choc septique ») et nécessitent une prise en charge médicale et/ou chirurgicale. A travers ses propos, le temps apparaît comme une notion essentielle puisque « dans l'urgence tout va vite ». Il est nécessaire que chaque étape de la prise en charge soit effectuée dans les plus brefs délais. Cela implique de « savoir réfléchir vite » et de « rapidement identifier » la situation pour aller à l'essentiel et ainsi mettre en œuvre les actions adéquates.

2. Savoir évaluer une situation clinique

Evaluer une situation clinique	Connaissance du patient		4 items
	Observation	Voir	12 items
		Sentir (instinct)	7 items
	Seuil d'alerte		4 items
	Rester vigilant		7 items

Au cours de l'entretien, l'infirmière insiste sur l'importance de l'observation clinique dans la prise en charge de l'urgence vitale. L'infirmier ne doit pas simplement s'en remettre aux machines, « il y a aussi la clinique ».

Cela passe par la connaissance du patient, de son dossier, de son motif d'hospitalisation. Cette connaissance permet de pouvoir évaluer une évolution critique comme « l'absence de conscience chez un monsieur ou une personne qui l'était avant ». Cette évaluation dépend, selon l'infirmière, de la capacité du soignant à repérer « les prodromes » et à

« apprécier les signes d'urgence, de détresse, de décompensation » ; ce qui implique qu'il les connaisse et qu'il les maîtrise. En complément à cette observation « visuelle », l'infirmière décrit aussi ce qu'elle appelle le « nez infirmier » ; une sorte d'instinct lui permettant de pouvoir « anticiper les choses ».

La qualité de l'évaluation passe aussi par la nécessité, pour l'infirmière, de « toujours être aux aguets », « dans la dynamique ». Cette « tension un peu latente » permet de rester « en alerte », « en hyper vigilance » et ainsi de ne pas se laisser surprendre par l'évolution de la situation. En d'autres termes, il semble que cela permet au soignant d'être plus réactif et ainsi plus rapide dans sa prise en charge.

3. Organiser sa prise en charge

Organisation des soins	Travailler au calme	4 items
	Maitriser son environnement et son matériel	3 items
	Préparer son environnement et son matériel	3 items
	Rôle déterminé	3 items

La prise en charge d'une urgence vitale demande de l'organisation ; tant en amont que durant l'intervention.

L'infirmière souligne l'importance de la préparation et de la maîtrise du matériel et de l'environnement. La préparation consiste à avoir vérifié, en amont, la présence et le bon fonctionnement du matériel susceptible d'être utilisé, ainsi que l'aménagement adéquat de l'environnement de travail. Cela implique que le soignant connaisse et maîtrise l'ensemble de ces pratiques. Cette préparation, associée à la maîtrise, permet, selon l'infirmière, d'être plus réactif et de ne pas paniquer au cours de l'intervention : « déjà si tu maîtrises ton environnement, tu sauras plus vite que ton ballon il est là, il est fonctionnel (...). Tu ne seras pas en panique parce qu'il est de l'autre coté ».

L'organisation de la prise en charge se fait également dans l'action. L'isolement et le silence, dans un contexte porteur de stress et de bruit, semblent être une aide à la réflexion et à la sérénité. De plus, il paraît primordial que la réanimation soit dirigée par une seule personne : « il faut qu'il y ait un capitaine » et non pas « qu'il y ait quinze personnes à dire quinze choses en même temps ». La détermination du rôle de chaque soignant durant l'intervention permet que « la machine soit bien huilée et qu'il n'y ait pas d'anicroches ».

4. L'urgence vitale : un travail d'équipe

Travailler en équipe	Faire ses preuves	3 items
	Travail en collaboration	5 items
	Connaissance de l'équipe	1 item
	Communication	4 items
	Trouver sa place	2 items
	Positionnement	6 items
	Entraide	3 items

Au cours de notre entretien, la notion d'équipe est énoncée à plusieurs reprises. Elle apparaît comme un facteur déterminant dans l'efficacité de la prise en charge.

L'infirmière évoque la connaissance de l'équipe avec laquelle on travaille comme une aide pour le soignant. Au cours de l'urgence vitale, le soignant va être amené à collaborer au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Du médecin à l'aide-soignant, chacun doit trouver sa place au cœur de l'action. La connaissance de ses équipiers permet justement de maîtriser cet élément et ainsi de savoir ce que chacun est en capacité de faire, et la façon dont il ou elle va procéder. L'infirmier sait, par exemple, que « l'aide-soignante va prendre le tiroir des drogues d'urgence [et] va l'amener » ou bien qu'elle « va amener la boîte d'intubation », ce qui le libèrera pour effectuer d'autres gestes tout aussi indispensables à la survie du patient. Il sait également qu'il pourra faire appel à ses collègues en cas de difficulté, et vice versa. Cela laisse entendre l'existence d'un climat de confiance.

Avant d'arriver à ce niveau de connaissance et à un degré suffisant de confiance, le soignant doit « faire ses preuves » vis-à-vis des autres membres de l'équipe. L'infirmière l'évoque notamment vis-à-vis des médecins. Selon elle, « ils ont besoin comme d'une épreuve du feu (...) pour savoir qu'ils peuvent compter sur toi », et à partir « du moment où ils peuvent compter sur toi (...) ta parole va compter ». Dès lors, il sera peut-être plus facile pour le soignant de trouver sa place au sein de l'équipe et de prendre position quand il l'estime nécessaire.

Le positionnement du soignant au sein d'une équipe semble être un élément important pour l'infirmière. Bien qu'elle le qualifie comme un acte n'étant « pas toujours facile », il lui paraît indispensable que le soignant sache se positionner, face aux médecins ou tout autre soignant susceptible de s'occuper du patient. En revanche, cette démarche, pour qu'elle soit comprise et acceptée, doit être argumentée. Pour ce faire, le soignant peut s'appuyer sur ses connaissances théoriques et sur sa connaissance du patient qu'il « n'estime pas suffisamment stable » ou tout simplement « pas en capacité » de recevoir tel ou tel soin.

Enfin, la notion de communication au sein même de l'équipe est mise en avant par l'infirmière. Celle-ci doit permettre aux soignants de s'écouter, de partager, de questionner. C'est par cette communication que le soignant exprimera ses idées, ses difficultés ou se positionnera. C'est encore celle-ci qui revêtira toute son importance pendant et après l'action lorsqu'il faudra l'analyser.

5. Savoir gérer ses émotions et son stress

Gestion des émotions et du stress	Emotions	6 items
	Panique	4 items
	Stress	3 items

Les émotions et le stress semblent être, selon l'infirmière, un facteur inhérent à l'urgence vitale.

Le soignant est confronté à deux sortes de stress, qu'elle décrit comme bon et mauvais stress. Le premier permet de rester vigilant, alors qu'elle définit le second comme celui

« qui t'inhibe, qui te fait faire des bêtises, qui ne te fait pas réfléchir ». Ainsi, elle appuie sur la nécessité de « savoir garder la tête froide » et de ne pas céder à la panique afin d'être efficace lors de la prise en charge. Cela revient à dire que le soignant doit être en mesure de reconnaître et de maîtriser le stress provoqué par la situation pour être efficace dans sa pratique.

Parallèlement au stress, l'affect trouve également sa place dans ce type de situation. Les émotions, telle que la culpabilité que l'infirmière évoque plusieurs fois, peuvent être provoquées par la connaissance du patient et/ou de la famille. Elle explique ainsi qu'« avoir un peu moins de connaissance [du] patient (...) permet aussi d'être plus efficace dans la prise en charge. Parce que justement tu es un peu moins dans le sentiment ». Face à cette charge émotionnelle, parfois lourde à supporter, elle évoque le fait de pouvoir se réfugier dans la technicité permettant ainsi de faire abstraction de l'affect. Cela renvoie également à la notion de distance professionnelle entre le soignant et le soigné. A savoir, il semble parfois nécessaire que le soignant soit en capacité de prendre un peu de recul sur son patient pour être plus efficace dans sa prise en charge.

6. Développer ses compétences

Développer ses compétences	La connaissance	4 items
	La pratique	2 items
	L'analyse de pratique	7 items
	Remise en cause	10 items
	Pratique réflexive	1 item
	La formation	3 items
	Adaptabilité	2 items
	Transférabilité	3 items

Selon l'infirmière, l'efficacité de la prise en charge d'une urgence vitale dépend, entre autre, de la capacité du soignant à développer ses compétences. A travers ce thème, elle évoque l'importance de différents facteurs, telles que les connaissances, la pratique, l'analyse de la pratique et la remise en cause.

La compétence nécessite « un minimum syndical (...) de connaissances ». Le soignant se doit de connaître les pathologies qu'il rencontre. Cela implique une certaine maîtrise en matière d'anatomie et de physiologie. Par ailleurs, il est nécessaire qu'il connaisse l'utilité des principaux traitements médicamenteux qu'il est susceptible d'administrer. Ces connaissances lui permettent de comprendre l'évolution d'une pathologie, la prise en charge qu'elle nécessite, mais aussi de savoir quels traitements utiliser et, en fonction, quelles surveillances effectuer. L'acquisition de ces connaissances par le soignant se fait, en partie, au cours de sa formation initiale, mais aussi tout au long de sa carrière. Il ne doit pas « hésiter (...) à prendre de la documentation », à « revenir (...) aux bouquins, à la littérature », ou bien même à suivre des formations parfois proposées en interne, pour essayer, par exemple de « connaître un peu mieux [telle ou telle] pathologie ».

La pratique et l'analyse de sa pratique semblent être également un point essentiel pour l'infirmière. Si le fait d'avoir « perfuser un certain nombre de fois » ou d'avoir déjà

« pratiqué trente massages cardiaques » développe chez le soignant « un savoir-faire » le rendant plus « à l'aise que si c'est la première fois », il est important qu'il puisse y revenir, débriefing. Il peut arriver que le soignant « n'ait pas compris ce qui s'est passé », qu'il ait l'impression qu'il « aurait pu mieux faire » ou qu'il n'a « pas été efficace » au cours de la prise en charge. L'évaluation des pratiques, seul ou entre collègues, va l'amener à se questionner, à repenser la situation, pour essayer de comprendre ce qui a pu se jouer à tel ou tel moment. C'est en gardant à l'esprit que « tout est perfectible » et par cette réflexion, qu'il sera en capacité d'améliorer sa pratique et ainsi d'être plus efficace lors de la prochaine prise en charge. Cette démarche implique que le soignant ne soit pas dans une pratique automatique de son exercice mais bien dans une pratique réflexive. En d'autres termes, chaque geste ou action effectués doivent être réfléchis et compris.

Analyser sa pratique, tout comme accepter qu'il faille continuer à se former, sous-entend que le soignant soit en mesure de se remettre en cause. Pour cela, l'infirmière affirme qu'il est important de savoir « rester dans le recul et dans l'humilité ». Le soignant doit être prêt à entendre qu'il n'a « pas été très [bon] », à admettre qu'il ne comprend pas ou qu'il a encore des choses à apprendre. Il doit être en capacité d'accepter les critiques de ses collègues, et à l'inverse, « être capable aussi de dire à quelqu'un [qu'il aurait] pu mieux faire ».

L'ensemble des facteurs précédemment cités, doit permettre au soignant de développer des capacités d'adaptation et de transférabilité. En effet, selon l'infirmière, il est nécessaire qu'il soit « capable de s'adapter à n'importe quelle situation à n'importe quel moment » en transférant ses connaissances et son savoir-faire d'une situation à l'autre. Cela peut lui permettre, en s'appuyant sur des expériences précédentes, de parfois prendre « un peu les devants » face à des situations de soins qui lui semblent similaires.

7. Le rôle de l'expérience

Le rôle de l'expérience	Débuter	3 items
	Apport de l'expérience	7 items
	L'expérience comme désavantage	4 items

Débuter n'est jamais évident, surtout face à l'urgence vitale. L'infirmière explique que le débutant peut vite être « happé par un nombre de choses incalculables, parce que c'est la nouveauté, parce qu'il y a du bruit, parce qu'il y a du stress ». Selon elle, bien que le jeune diplômé ait des connaissances acquises durant sa scolarité, l'inexpérience de ces situations lui rendra la prise en charge plus difficile, de part la charge de travail et la pression inhérente à l'urgence. Le risque étant de « passer à côté (...) des signes de décompensation ». Malgré cela, elle affirme que la « non-expérience » pourrait être bénéfique, en ce sens où elle apporte parfois un regard différent sur la situation ou une manière de faire à laquelle on n'aurait pas pensé.

L'infirmière décrit donc à plusieurs reprises l'expérience comme un atout. Face à l'urgence, elle apporte plus de confiance et de sérénité dans la prise en charge. Avec le temps, il devient plus facile de « maîtriser le stress de l'urgence ». La réalisation des

gestes et techniques en situation de détresse, comme le massage cardiaque externe ou la pose d'une voie veineuse périphérique, est également rendue moins difficile lorsqu'ils ont déjà été pratiqués à plusieurs reprises. Il semble donc que l'acquisition d'une certaine maîtrise technique par le soignant puisse être un gage d'efficacité en situation de détresse vitale. Enfin, l'expérience apporte un savoir-faire et des connaissances permettant au soignant d'anticiper et de rester « vigil et vigilant ».

Néanmoins, l'infirmière insiste sur le fait que l'expérience ne doit pas être considérée comme une fin en soi et y trouve des limites. Elle ne doit pas « être un frein à la formation et à l'évolution » du soignant. Le risque serait de s'installer dans une « toute puissance du savoir » et de rentrer dans une « espèce de routine » ne permettant plus au soignant de se remettre en cause, ou bien même d'analyser sa pratique puisque, selon lui, « l'expérience prévaut ». Le danger est alors pour le patient, car ce comportement peut avoir comme effet de ne pas voir de suite « les signes de décompensation », et ainsi prendre du retard sur une prise en charge où le temps est crucial.

À travers cette analyse, il semble que l'expérience puisse être un atout pour le soignant face à la prise en charge d'une urgence vitale, à condition de l'utiliser à bon escient. Toutefois, elle ne doit pas, selon l'infirmière, être considérée comme seul facteur déterminant de l'efficacité de la prise charge. Face aux difficultés rencontrées, telles que la charge émotionnelle importante ou le stress, il paraît primordial que le soignant puisse s'appuyer sur des connaissances précises, une certaine maîtrise technique et une équipe fonctionnelle. De même, il se doit de continuellement se former et de remettre sa pratique professionnelle en question afin de pouvoir être en mesure de l'améliorer.

Il paraît donc, d'après l'infirmière, que l'expérience doit être associée aux facteurs auparavant cités pour quelle puisse être considérée comme un véritable atout.

IV. Synthèse

Au cours de ce chapitre, je vais opposer les idées véhiculées par le cadre conceptuel aux idées abordées par l'infirmière durant l'entretien. Cette opposition doit me permettre d'établir des liens entre la théorie et la réalité du terrain, ou au contraire, de mettre en évidence les écarts existants. La finalité de ce travail est d'apporter des éléments de réponses à ma problématique de départ : **En quoi l'expérience participe-t-elle à une gestion efficace de l'urgence vitale auprès d'un patient par l'infirmier ?** Je tenterai, pour terminer cette partie, d'élaborer une question de recherche qui me permettra de poursuivre et d'élargir ma réflexion personnelle et professionnelle.

Tout au long de ce travail de recherche, l'expérience est abordée comme un élément porteur de connaissances, de savoir-faire, de maîtrise. Ce sont ces mêmes éléments qui, selon l'infirmière, permettent au soignant de pouvoir être plus vigilant, plus réactif et plus performant dans la gestion de l'urgence vitale. Il ne serait donc pas erroné d'affirmer, par déduction, que l'expérience est déterminante pour l'infirmier dans l'efficacité de sa prise en charge d'une urgence vitale. Néanmoins, à travers mes lectures et les propos recueillis lors des entretiens, il me semble que l'expérience, aussi importante soit-elle, n'apporte pas à elle seule toutes les solutions et réponses aux difficultés posées par la prise en charge d'un patient en détresse vitale.

1. L'expérience, un outil au service de l'efficacité

a. De l'expérience à la connaissance...

Durant le second entretien, l'infirmière affirme que l'expérience lui a permis d'acquérir des connaissances, telles que la connaissance de certaines pathologies ou la connaissance des situations. Cet apport de l'expérience paraît primordial pour le soignant. En effet, comme l'explique la troisième infirmière (cf. annexe VI) « la méconnaissance des situations [...] peut provoquer de la panique et un stress important et ça peut freiner la prise en charge ». L'expérience apporte ainsi certains savoirs permettant de faire évoluer la pratique, de mieux anticiper les choses, et ainsi d'être plus efficace face à l'urgence vitale ; ce postulat correspond d'ailleurs au niveau « d'expert » que décrit P. BENNER³⁵ dans son ouvrage. Ces acquisitions se font au fil du temps, notamment par la confrontation du soignant à de multiples situations et par l'analyse de sa pratique professionnelle. Chacune des infirmières relèvent l'importance des débriefings, au cours desquels elles prennent le temps de se questionner sur leur pratique, afin d'essayer de comprendre ce qui a pu se passer et d'y apporter des modifications si nécessaire. Il semble donc que cette étape d'analyse, où finalement

³⁵ P. BENNER. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Edition Masson, 2003.

l'individu prend conscience de son expérience, soit indispensable pour justement pouvoir convertir son expérience en savoirs. C'est d'ailleurs cette capacité à analyser qui, selon John DEWEY, permet à l'individu d'acquérir la plupart de ses capacités et savoir-faire. Cela fait également référence au « cycle d'apprentissage expérientiel » (cf. annexe II) au cours duquel l'expérience peut être transformée en connaissance.

L'opposition du cadre conceptuel et des propos des infirmières met clairement en évidence que l'expérience peut apporter des connaissances, sous certaines conditions, citées précédemment. Ce constat est, selon moi, très intéressant. En effet, au cours de notre formation initiale, nous devons nous approprier un certain nombre de savoirs nécessaires à l'exercice de notre profession. Malgré cet apprentissage, nous sommes loin de tout maîtriser et de tout connaître. Il nous faudrait bien plus de trois années d'études pour être en mesure de tout appréhender, et quand bien même, l'évolution constante des sciences et de la médecine nous impose une réactualisation permanente de nos connaissances. Être ainsi en mesure de pouvoir s'appuyer sur ses expériences précédentes pour enrichir ses connaissances est donc indispensable. En revanche, ce mode d'apprentissage ne doit pas, comme l'indiquent les infirmières au cours des entretiens, empêcher le soignant de retourner se référencer à la théorie ou de suivre des formations complémentaires. Il faut comprendre en ce sens que l'expérience apporte ou complète certaines connaissances mais n'est pas « toute » la connaissance.

b. ...vers la compétence

Au-delà des connaissances évoquées ci-dessus, l'infirmière affirme que l'expérience, par la répétition de l'action, lui a apporté un savoir-faire et une certaine maîtrise technique qui prennent toute leur importance face à l'urgence vitale. En effet, la rapidité d'exécution est un facteur déterminant dans l'efficacité de la prise en charge. Maîtriser ses gestes est donc primordial. Cet élément est d'ailleurs évoqué lors du troisième entretien : « Si on ne sait pas poser une voie [...] on va être moins efficace [...] parce qu'on va être [...] paniqué [...], dans l'urgence vitale, la technicité elle prend une autre dimension à mon avis ». L'évocation des connaissances, de l'analyse de la pratique et du savoir faire sont autant de notions qui, selon moi, renvoient directement à celle de la compétence. En effet, elle correspond à un ensemble de savoirs, de savoir-être et de savoir-faire mobilisés dans l'action. Elle apporte à l'individu « *une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'il arrive à maîtriser parce qu'il dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes* »³⁶. En d'autres termes, l'individu, par l'acquisition de la compétence, doit être en mesure de s'adapter à différents contextes en transférant cette « capacité d'action efficace » d'une situation à une autre.

Cette notion de compétence me paraît essentielle à la pratique infirmière. Je m'explique. Nous avons pris conscience, au cours de ces trois années de formations, que chaque patient est unique. Ce qui doit nous amener à individualiser chacune de nos prises en

³⁶ François MULLER. *Le concept*. Disponible sur le site internet : <<http://francois.muller.free.fr/>>. Page internet : <<http://francois.muller.free.fr/diversifier/COMPETENCES.htm>>.

charge en nous adaptant au patient et à son état de santé du moment. De plus, lorsque nous devons réaliser un soin, nous allons le préparer en amont, le visualiser pour certains. Malgré cette préparation, nous ne sommes pas à l'abri d'un imprévu. Nous devons alors nous y adapter tout en restant efficace. Nous pouvons nous appuyer sur une situation déjà vécue qui nous semble similaire, ou bien aller se renseigner auprès d'un collègue qui, peut-être, aura déjà été confronté à ce type de problème. Quoi qu'il en soit, cette capacité d'adaptation qu'apporte la compétence nécessite un temps de réflexion. Or, lors d'une urgence, qui par définition correspond à une situation inopinée, chaque minute compte. Le soignant se doit de proposer une solution adaptée dans un laps de temps très court. Et, comme le développe P. BENNER³⁷, plus l'infirmier aura été confronté à différentes situations, mieux il sera en mesure d'évaluer et de s'adapter rapidement au problème posé. De même, selon l'hypothèse des frères DREYFUS, l'expérience acquise, associée à la maîtrise, permet à la compétence de se développer et par conséquent d'améliorer la performance.

c. L'expérience face au stress

Evoqué par chacune des professionnelles interviewées, le stress apparaît comme un facteur indissociable de l'urgence vitale. Il me semble donc important de s'y attarder quelque peu dans cette synthèse.

Le stress a été défini par Hans SELYE comme l'ensemble des réponses non-spécifiques de l'organisme face à un agent stressant, physique ou psychique, positif ou négatif. Comme le distingue l'infirmière au cours du second entretien, il est possible de distinguer deux sortes de stress : le bon et le mauvais stress. Le premier correspond à une réponse positive de l'organisme. Il permet de rester vigilant et réactif dans l'action. En revanche, le deuxième est celui qui inhibe et perturbe l'individu. Lorsque l'urgence vitale se déclenche, le soignant peut se sentir envahir par ce mauvais stress. Il doit donc essayer de le gérer, au risque, s'il n'y arrive pas, que sa prise en charge ne soit pas efficace. Or, selon les deux infirmières, l'expérience, bien qu'elle ne soit pas le seul élément à rentrer en ligne de compte, est un atout majeur pour le soignant dans la gestion du stress. Elle apporte, comme cités précédemment, une connaissance du terrain et un savoir-faire qui lui permettent de travailler plus sereinement malgré l'effervescence que provoque l'urgence. Et c'est grâce à cette sérénité que le soignant sera en mesure d'évaluer objectivement la situation et de répondre efficacement aux problèmes qui lui sont posés.

Dès mes situations de départ, j'avais évoqué le stress comme un possible facteur néfaste à l'efficacité de la prise en charge de l'urgence vitale. Je ne suis donc pas surpris par les propos recueillis lors des entretiens. En revanche, ce qui est intéressant, c'est ce facteur temps qui semble jouer en notre faveur. Il est fort probable qu'à nos débuts, dans quelles que unités que ce soient, le stress nous accompagnera. Il nous faudra alors le reconnaître et être en capacité de le gérer afin de limiter son influence sur la prise en charge. Et dans ce cas, l'expérience s'avère être un outil non négligeable au développement de nos propres stratégies d'adaptation.

³⁷ P. BENNER. Op-Cit.

2. L'expérience, mais pas seulement

a. L'équipe au cœur de l'urgence

L'équipe représente « un groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même but »³⁸. Cette définition correspond en tout point à la notion d'équipe soignante évoquée dans le cadre conceptuel et lors des entretiens. Durant l'une urgence vitale, la prise en charge est pluridisciplinaire : aide-soignant, infirmier, médecin. L'objectif de chacun est le même : mettre tout en œuvre pour tenter de sauver le patient. L'efficacité du travail en équipe repose, en partie, sur la qualité de son organisation et sur sa cohésion.

Pour cela, la connaissance et la confiance accordée aux autres membres sont primordiales. Cette connaissance, exprimée à de nombreuses reprises dans les entretiens comme étant une aide, permet, selon E. APFELBAUM³⁹, de pouvoir mieux anticiper les actions de son coéquipier. Or, l'anticipation dans un contexte d'urgence vitale s'avère être un élément très précieux. Quant à la notion de confiance, elle me semble tout aussi indispensable. Le contexte spécifique de l'urgence nous impose de devoir collaborer avec nos collègues. Les tâches sont ainsi réparties en fonction des compétences de chacun. Or, si je n'ai pas entière confiance en mon équipier, comment lui laisser, sereinement, la réalisation de tel ou tel acte, tout en sachant que la vie du patient peut en dépendre ? Il est évident que cette confiance n'est pas innée. Comme l'explique l'infirmière au cours du second entretien, nous devons d'abord faire nos preuves pour qu'elle nous soit accordée. Ce qui en soit, paraît plutôt logique. Malgré cela, nous pouvons être amenés à évoluer au sein d'une équipe que nous ne connaissons pas, et face à la détresse vitale du patient, il semble tout de même indispensable de pouvoir compter sur les soignants qui nous entourent.

Autres éléments nécessaires à la cohésion d'équipe : le positionnement et la communication. Au vu des entretiens, la capacité du soignant à s'affirmer et à se positionner face aux autres membres de l'équipe s'avère essentielle. De cette attitude peuvent dépendre la qualité et l'efficacité de la prise en charge. Comme je l'ai évoqué auparavant, l'infirmier, qu'il soit débutant ou expert, ne connaît pas tout. Et là, il doit être en mesure d'exprimer ses limites, dire « je sais, je ne sais pas » (cf. annexe VI). De même, l'infirmier, grâce à ses savoirs et à sa connaissance du patient, doit pouvoir prendre position quand cela lui semble utile. La qualité de la communication se révèle alors importante. Il est essentiel que chaque membre de l'équipe puisse échanger, discuter. Certes, il semble que ce soit plus facile avec de l'expérience et une confiance accordée. Néanmoins, le débutant a acquis, tout au long de sa scolarité, des savoirs qui lui permettent d'affirmer son point de vue. C'est ce que l'infirmière met en avant au cours du second entretien lorsqu'elle fait référence à l'étudiante qu'elle a encadrée.

Pour clore cette partie, j'évoquerai succinctement la notion d'organisation au sein même de l'équipe. L'effervescence de l'urgence vitale ne doit pas faire oublier qu'un certain

³⁸ Dictionnaire *Le Petit Larousse*, édition 2003.

³⁹ Roger MUCCHIELLI. *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*. Edition ESF, 2002. p41.

nombre d'actions doivent être mises en œuvre rapidement et efficacement. Ainsi, « pouvoir s'appuyer sur une équipe organisée est tout à fait fondamental pour tout le monde »⁴⁰. L'existence d'un « capitaine » au cours de la réanimation permet de réguler les actions entreprises et d'optimiser l'efficacité de la prise en charge.

b. Des connaissances indispensables

Dans la première partie de mon cadre conceptuel, je reprenais les propos de Francis BACON affirmant que l'expérience était à la fois la base et le fondement ultime de la connaissance. Nous avons vu qu'effectivement, l'expérience apporte certains savoirs, mais il me semblerait excessif d'affirmer qu'elle en soit la base et le fondement. L'apprentissage théorique de notre formation initiale nous apporte, entre autres, des connaissances anatomiques, physiologiques et biologiques indispensables à la compréhension et à la bonne pratique de notre profession. Ce que l'infirmière évoque comme « un minimum syndical » (cf. annexe V). Comment savoir en effet que le patient est en choc sceptique si nous n'en connaissons pas les signes ? Comment savoir que ce même patient est tachycarde si nous ne maîtrisons pas les normes de la fréquence cardiaque ? Bien entendu, notre expérience va pouvoir nous alerter sur ce dysfonctionnement et nous faire anticiper sur une éventuelle évolution. Comme je l'évoquais dans la première partie de ce chapitre, l'expérience va compléter nos connaissances, qui nous permettront d'accéder à une compétence. Mais je pense que ce sont bien nos connaissances de base qui nous permettront, dans un premier temps, de faire les liens entre ce que nous observons et le problème à résoudre. Et ce sont ces mêmes connaissances qui vont nous permettre de débiter notre nouvelle carrière professionnelle et qui nous guideront dans nos prises en charge.

c. Quelle place laisser aux émotions ? (et aux patients)

Je souhaitais terminer ce travail en évoquant l'importance des émotions au cours de la prise en charge d'une urgence vitale. Celles-ci sont mises en avant au cours du second entretien. A plusieurs reprises l'infirmière parle de « charge émotionnelle » ou de « culpabilité » comme pouvant être un frein à l'efficacité de l'intervention. Et, malgré l'expérience, malgré une formation adaptée, les émotions restent parfois difficiles à maîtriser. Ce point de vue est également apporté par la psychologue Michèle GUIMELCHAIN-BONNET lorsqu'elle affirme que « *même quand le personnel, quelle que soit sa fonction, est bien formé, il ne peut s'empêcher, dans certaines circonstances, d'avoir des réactions affectives, susceptibles de le troubler dans sa tâche* »⁴¹. Depuis le début de mes recherches, je rattache la notion d'urgence vitale à la rapidité d'analyse et d'action. Une rapidité qui, finalement, ne laisse que très peu de place aux émotions puisqu'elle nécessite de la part du soignant qu'il sache les maîtriser

⁴⁰ M. GUIMELCHAIN-BONNET. Op-Cit. p10.

⁴¹ Ibid.

pour « garder la tête froide » et rester objectif. Face à ça, je m'interroge sur les solutions qui peuvent être mises en place par les soignants.

Les deux infirmières évoquent, entre autre, le besoin de pouvoir débriefier. Si ces temps d'échange sont utiles à l'analyse de leur pratique comme évoqué précédemment, ils semblent aussi pouvoir servir de « défouloir » émotionnel où chaque membre de l'équipe peut exprimer, librement, son ressenti sur la situation passée. Bien que cela ne soit pas clairement identifié, j'aurais tendance à penser que cet outil qu'est le débriefing, pourrait être considéré comme un moyen de prévention du syndrome d'épuisement professionnel. Car, finalement, l'urgence vitale confronte en permanence le soignant à la mort éventuelle ou réelle du patient, à sa souffrance et à celle de ses proches. Autant de situations qui peuvent être complexes à gérer. Il paraît donc évident que les émotions qu'elles génèrent puissent être évacuées.

Je m'arrête maintenant sur une seconde solution que les infirmières abordent : se protéger derrière la technique. Ce besoin de protection est amené plusieurs fois par les professionnels et la technique apparaît comme une issue possible pour y accéder. Au cours du deuxième entretien, l'infirmière exprime d'ailleurs qu'être concentrée dans la technique lui permet d'être moins dans l'affect et ainsi d'être plus efficace dans sa pratique. Cette conception de la prise en charge m'amène à m'interroger sur les valeurs véhiculées dans notre profession. En effet, depuis le début de notre formation l'idée d'une prise en charge globale du patient nous est enseignée. Je ne mets pas en cause l'importance de cette approche, néanmoins, dans ce contexte de soin, il semble qu'elle y trouve ses limites. Et, en tant que soignant, comment se positionner face à cela ? Faut-il, au moment où la réussite du geste est primordiale pour la survie du patient, faire abstraction du patient en lui-même ? Ce qui reviendrait, pour ainsi dire, à ne voir qu'un bras à perfuser et non pas un patient sur lequel le cathéter doit être posé. Cela peut faire sourire, mais cela me renvoie somme toute à l'image des bras que nous utilisons en salle de travaux pratiques durant la formation : pas de patient, juste un bras avec des veines, à la recherche de la performance.

Ces dernières questions que j'aborde soulèvent, selon moi, un point essentiel quant à la relation soignant / soigné au cours de l'urgence vitale. Au regard de ce besoin de protection évoqué par les infirmières, quelle place laissons nous finalement au patient dans ce type de prise en charge ? La performance immédiate, dans ce type de prise en charge, doit-elle se faire au détriment d'une relation soignant / soigné de qualité ? Autant de questions qui m'amènent à cette question de recherche :

En quoi la gestion d'une urgence vitale par l'infirmier modifie-t-elle la qualité de la relation soignant / soigné ?

Il serait intéressant, pour approfondir cet axe de recherche, de pouvoir observer la gestion d'une urgence vitale par l'infirmier. Cela me donnerait l'opportunité d'entrevoir le comportement du soignant face au patient, ainsi que la relation qui les unit. De même, la réalisation d'entretiens auprès des professionnels serait un bon moyen de pouvoir recueillir leur ressenti quant à leur pratique relationnelle face à ce type de prise en charge.

Conclusion

Tout au long de ce travail de fin d'études, j'ai tenté d'évaluer le rôle que pouvait avoir l'expérience lors de la prise en charge d'une urgence vitale par l'infirmier. Malgré les éléments de réponses abordés lors de la synthèse, son apport reste difficilement évaluable. En effet, l'expérience, propre à chacun, n'est pas un élément concret que l'on peut quantifier. Et quand bien même, son apport n'est pas garant d'une efficacité à tout instant. En ce sens où nous ne sommes pas en capacité de tout maîtriser. La qualité de la relation d'équipe, la capacité à gérer les émotions et le stress, sont autant d'éléments à prendre en considération. L'expérience apparaît alors comme un outil que nous nous créons et que nous façonnons à notre image, au fur et à mesure que nous avançons dans notre vie. Un outil qui peut nous aider dans notre pratique quotidienne, mais qu'il nous faut savoir comprendre pour être en capacité de l'utiliser à bon escient. Car finalement, à quoi nous sert l'expérience si nous ne savons pas quoi en faire ? Je reprendrai ainsi ce vieil adage qui me semble bien résumer la situation : « il n'y a pas de mauvais outils, il n'y a que de mauvais ouvriers ».

A titre personnel, la réalisation du travail de fin d'études a eu un double intérêt. D'une part, je suis plus à même, aujourd'hui, de comprendre ce qui a pu se jouer durant ces deux années au SMUR. Le fait est que je n'avais jamais pris le temps d'essayer de comprendre l'évolution de mes pratiques professionnelles. Cette réflexion autour de l'expérience a donc été l'occasion de mettre par écrit tout un ensemble de représentation que je n'arrivais pas à déchiffrer. D'autre part, et c'est peut-être là l'intérêt majeur de ce travail, je vais pouvoir mettre toute cette réflexion au service de ma pratique future, et par conséquent, au service des patients. Puisque finalement, ce sont bien les patients les premiers concernés.

Pour conclure, la fin de ce travail me rapproche chaque jour du terme de cette formation. Je suis, à l'heure actuelle, bien incapable de savoir quel infirmier je serai. Ces trois dernières années ont très certainement posé les fondations de mon identité soignante, et il ne tient plus qu'à moi de poursuivre cette construction. Celle-ci se fera au gré de mes expériences et de mes rencontres et ne sera probablement pas un long fleuve tranquille. Mais par mes connaissances acquises et par mon expérience passée et future, j'aurai au moins quelques « outils » pour surmonter les difficultés qui traverseront ma route.

Bibliographie

Livres

- L.M MORFAUX, J.LEFRANC. *Nouveaux vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. 2^{ème} édition. Edition Armand COLIN, 2005. 603 pages.
- B.COURTOIS, G.PINEAU (coords.). *La formation expérientielle des adultes*. Edition La documentation Française, 1994.
- F.KAROLEWICZ. *L'expérience, un potentiel pour apprendre*. Edition Harmattan, 2000. 246 pages.
- H. BEZILLE, B. COURTOIS (coords.). *Penser la relation expérience-formation*. Edition Chronique Sociale, 2006. 256 pages.
- J.BARUS-MICHEL, E.ENRIQUEZ, A.LEVY. *Vocabulaire de psychosociologie*. Edition Erès 2002. 590 pages.
- M.GAZAVE, N.HENNETIER. Article de F.LANDRY. « La formation expérientielle : origines, définition et tendance ». *La VAE, valoriser son expérience par un diplôme*. 2^{ème} édition. Edition Vuibert 2004. 176 pages.
- P. BENNER. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Edition Masson, 2003. 252 pages.
- AUBERT Nicole. *Le culte de l'urgence, la société malade du temps*. Edition Flammarion, 2003. 375 pages.
- Jean-Emmanuel De La Coussaye. *Les urgences préhospitalières, organisation et prise en charge*. Edition Masson, 2003. 216 pages.
- B. MARC, P. MIROUX, I. PIEDADE, R. BENVENISTE. *Guide infirmier des urgences*. Edition Masson, 2008. 733 pages.
- Roger MUCCHIELLI. *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*. Edition ESF, 2002. 194 pages.

Revues

- J.G NADEAU. « Un modèle praxéologique de formation expérientielle ». *Education Permanente* 1989, n°100/101.
- A.BARKATOLAH. « L'apprentissage expérientiel : une approche transversale ». *Education permanente* 1989, n°100/101.
- M.A VIGIL-RIPOCHE. « D'exécuter un soin à penser le soin ». *Recherche en Soins Infirmiers*, 06/2006, n° 85. Page 65-76.
- J. CHEVILLOTE, P. CASSAN. Urgence et formation infirmière aux gestes élémentaires de survie. *Revue Soins*, septembre 2009, n°708. Page 24-26.
- M. GUIMELCHAIN-BONNET. La notion d'urgence. *L'aide-soignante*, février 2007, n° 84. Page 9-10.

Dictionnaires

- C.GODIN. *Dictionnaire de Philosophie*. Edition Fayard, 2004.
- Dictionnaire *Larousse en couleurs*. Edition 1991.
- Dictionnaire *Le Petit Larousse*. Edition 2003.

Textes législatifs

- Code de la Santé Publique, Décret n° 2004-802 du 29 Juillet 2004.
- *Formations des professions de santé. Profession Infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Edition SEDI. Référence 650505. 227 pages.
- Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence.

Documents électroniques

- Dictionnaire de Sociologie *Le Robert-Seuil*. Extrait du travail de fin d'études de N.GIRAUD.

Site internet *Infirmiers.com* :

<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/tfe/memoires-2003.html>

Dernière visite le : 3 mai 2012

- Site Internet de l'*Institut UPSA Douleur* :

http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-223/Definition_de_1_urgence.igwsc

Dernière visite le : 3 mai 2012

- François MULLER. *Le concept*. Site internet :

<http://francois.muller.free.fr/diversifier/COMPETENCES.htm>.

Dernière visite : 3 mai 2012

Autres

- P. RENAUT, G. TANGUY, G. LECOQ. *Protocoles types Gestes et Soins d'Urgence niveau 2. Urgences Vitales et Potentielles*. Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence 35 - CHU RENNES, janvier 2009. 42 pages.

Annexes

- I.** Situations de départ
- II.** Cycle d'apprentissage expérientiel selon David KOLB
- III.** Modèle d'acquisition des compétences selon S. et H. DREYFUS
- IV.** Guide d'entretien
- V.** Entretien numéro 2
- VI.** Entretien numéro 3
- VII.** Analyse descriptive

Situations de départ

Première situation, juin 2006. Je viens tout juste d'intégrer le SMUR. Première garde. Le métier est nouveau, je découvre le secteur géographique, je ne connais aucun des membres de l'équipe. Première intervention. Nous décalons pour un arrêt cardio-respiratoire (ACR). J'attends cela depuis plus d'un an. Le stress vient se mêler à l'excitation. Le temps est compté. Aucun mot dans le VIR⁴², seul le GPS me guide. Nous arrivons sur les lieux, quartier résidentiel. Le médecin et l'infirmière se pressent à descendre du véhicule avec le matériel d'intervention. L'IDE me demande si je sais utiliser le Lifepak®⁴³. Je m'en suis déjà servi mais pas dans ce type de situation. Je dois monitorer la victime. Elle est étendue dans le couloir d'entrée de sa maison, il y a peu d'espace. Les pompiers se relaient au massage cardiaque externe. J'essaie de ne gêner personne. Je perds du temps. Mes mains sont moites, je tremble, mes gestes sont hésitants. L'IDE tente de poser une voie veineuse périphérique (VVP), elle me demande de lui préparer l'adrénaline. Je ne sais pas où elle se trouve. Je finis par mettre la main dessus. Je mets un temps fou à casser l'ampoule. Quelle dilution ? Je n'ai pas prévu la seringue... . Une fois terminé, je me place un peu en retrait. J'observe et j'attends que l'on m'appelle si nécessaire. Après quarante minutes de réanimation, le médecin déclare le décès. Nous installons le corps sans vie de la victime dans le lit de sa chambre puis rangeons notre matériel. Retour à l'hôpital, enfin.

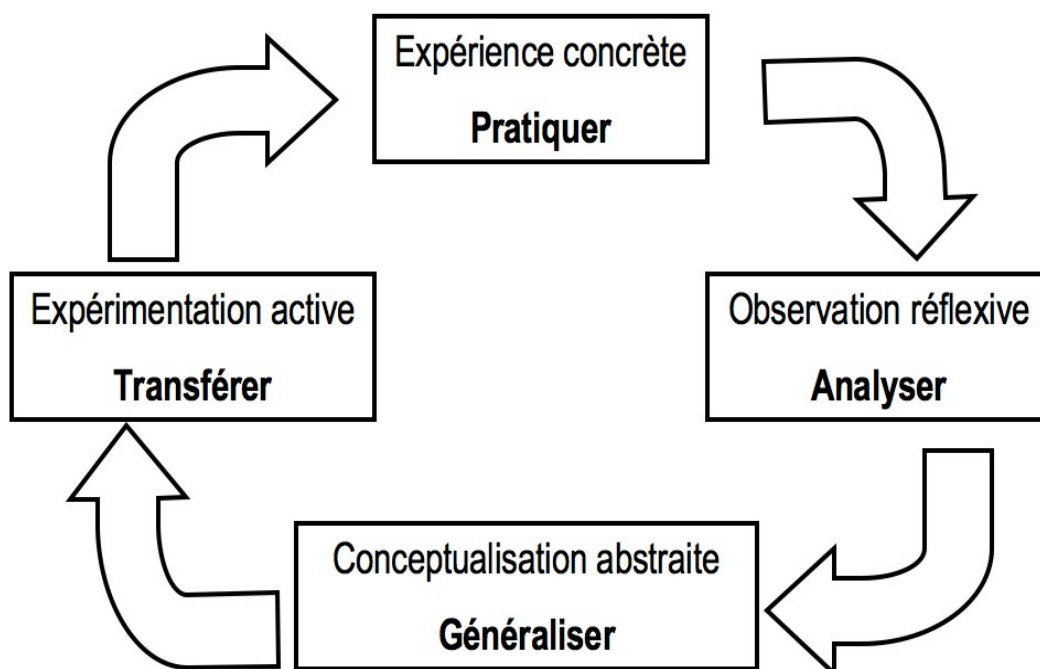
Seconde situation, septembre 2008. J'ai changé de SMUR. Cela fait plus d'un an que je suis en poste dans celui-ci. Départ pour ACR. Nous roulons à vive allure vers le site d'intervention. Le médecin propose un peu de musique pour rompre le silence. Arrivée sur les lieux. Place publique. L'ambiance environnante semble pesante. Je contacte la régulation par radio pour qu'elle fasse intervenir la police. Cela permettra d'évacuer la foule pour nous laisser travailler plus sereinement. Je monitore la victime ; une quarantaine d'années je pense. L'aspect physique de celle-ci me fait penser que l'intubation risque d'être difficile. Je mets les lames aciers et le mandrin d'Eichmann⁴⁴ à disposition du médecin. Je prépare la perfusion et la seringue d'adrénaline. La victime est en arrêt depuis quinze minutes, l'IADE n'arrive pas à perfuser, les veines « claquent » les unes après les autres. Je prends un garrot et je cherche sur le bras droit. J'ai une veine. Je désinfecte. Au même moment le médecin termine l'intubation. Je l'appelle pour qu'il vienne essayer de poser le cathéter périphérique. Je n'ai prévu qu'un 22G (couleur bleu), ce qui ne semble pas lui satisfaire. Je lui fais remarquer la difficulté que nous rencontrons pour le perfuser. L'urgence étant d'avoir une voie pour pousser l'« adrè », un petit cathéter est toujours mieux que rien. La VVP est posée, 1mg d'« adrè » toutes les trois minutes. Après une demi-heure de réanimation, l'activité cardiaque reprend. Ephémère. Le décès est déclaré une vingtaine de minutes plus tard.

⁴² Véhicule d'Intervention Rapide.

⁴³ Défibrillateur moniteur multiparamétrique destiné à la médecine d'urgence.

⁴⁴ Mandrin long béquillé, permettant une [intubation trachéale](#) difficile.

Cycle d'apprentissage expérientiel selon David KOLB



Kolb (1984)
ANNEXE III

Modèle d'acquisition des compétences (S et H DREYFUS)

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

ANNEXE IV

Guide d'entretien

- Depuis quand exercez-vous la profession d'infirmier(e) ?
- Pourriez-vous retracer votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'état ?

- Qu'évoque, pour vous, la notion « d'urgence vitale » ?
- Comment définiriez-vous une prise en charge « efficace » de l'urgence vitale ?
- D'une façon générale, qu'est-ce qui semble aider ou au contraire freiner l'efficacité d'une telle prise en charge ?

- Quelles peuvent-être les difficultés rencontrées par l'infirmière face à l'urgence vitale ?
- Selon vous, quelles qualités et compétences requiert la prise en charge de l'urgence vitale par l'infirmier(e) ?
- Selon vous, comment l'IDE les acquiert ?

- Quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontrée(s) lors de vos premières prises en charge d'urgence vitale ? (exemple)
- Selon vous, qu'elles en étaient les raisons ?
- Aujourd'hui, y-a-t-il des différences dans votre prise en charge ? (exemple)
- Selon vous, qu'est ce qui a permis cette évolution ?

- L'expérience peut-elle avoir un/des rôle(s) à jouer face à ce type de prise en charge ?
 - Le(s)quel(s) et pour quelle(s) raison(s) ?

ANNEXE V

Entretien numéro 2 (Réalisé le 9 mars 2012)

Depuis quand exercez-vous la profession d'infirmière ?

Alors, depuis mai 2003. Diplômée de mai 2003, donc bientôt neuf ans.

D'accord. Est-ce que vous pourriez retracer votre parcours professionnel, en tant qu'infirmière, depuis cette date là ?

Alors ça va être assez minimaliste puisque moi je suis un « bébé réa ». C'est-à-dire que j'ai été diplômée au mois de mai 2003, j'ai fait un mois et demi d'intérim et je suis rentrée le premier juillet 2003 en réanimation chirurgicale...et j'y suis toujours (*rire*).

Donc, en réanimation vous êtes confrontée régulièrement aux urgences, aux urgences vitales. Qu'évoque, pour vous, la notion d' « urgence vitale » ?

Alors, urgence vitale...défaillance multi-viscérales, danger, arrêt-cardiaque...ou pas. Ce n'est pas spécialement l'arrêt cardiaque quand il y a une urgence vitale. Ça peut l'être évidemment. La défaillance cardio-vasculaire massive, mais c'est aussi...ça peut-être un tas de situations comme l'hyper-kaliémie, l'hémorragie massive, le gros choc sceptique...ça peut-être aussi l'urgence d'emmener un patient très, très vite, enfin de le stabiliser au niveau hémodynamique et de l'emmener au bloc opératoire (*réflexion*). Voilà, ça peut-être aussi la dépendance très, très, très forte des catécholamines avec un risque de défaillance cardiaque...s'il y a une mauvaise prise en charge à ce niveau là.

D'accord. Justement, comment est-ce que vous définiriez, si on peut le définir, une prise en charge efficace de l'urgence vitale ?

D'accord. Alors, je dirais que déjà avant d'arriver à l'urgence vitale, c'est hyper important, si c'est possible, d'avoir repéré un peu des prodromes...enfin des signes de...je ne sais plus comment dire. A l'observation clinique en fait, d'avoir senti que potentiellement y'avait une défaillance en fait... (*Cherche ses mots*) c'est dans votre compétence une...

L'anticipation ?

Oui l'anticipation...repérer voilà, les signes d'urgence, de détresse et d'urgence vitale. Avant d'être vraiment dans l'urgence vitale, tu vois ça peut-être une gastrite qui donne beaucoup, une chute de tension, le patient se marbre, il devient confus...l'ECG se modifie...voilà. Après, on en reparlera sans doute mais dès fois tu as un peu aussi, avec l'expérience, un peu un « nez infirmier ». Même dès fois les aides-soignantes aussi, elles disent « je le sens pas trop le patient, c'est bizarre... ». Ça fait longtemps qu'il est là ou parce que [...] tu as mis en place un petit peu comme des radars en fait et que tu t'aperçois que potentiellement il peut y avoir une défaillance. Donc ça, déjà, c'est hyper important. Après, dans l'efficacité dans l'urgence vitale...pas de panique déjà, ça c'est le maître mot. Quand ça sonne de partout, on met déjà les choses au silence... Excuse-moi, je retourne un petit peu en arrière aussi. Donc le fait d'avoir repéré tous ces symptômes là et le fait aussi d'avoir, je parle de la réanimation mais je pense que ça peut valoir aussi pour tous les services, d'avoir repéré aussi l'environnement de ta chambre et ton matériel. C'est hyper, hyper important. Tu sais que ton ballon il est bien fonctionnel, tu sais bien où est la boîte d'intubation. Voilà, déjà si tu maîtrises ton

environnement, tu sauras plus vite que ton ballon il est là, il est fonctionnel, voilà. Tu ne seras pas en panique parce qu'il est de l'autre côté, parce que tu n'arrives pas à le saisir, que dans l'urgence tout va vite et tout vole. Ça déjà c'est hyper important. Alors déjà voilà, à l'urgence, bien on appelle aussi rapidement que possible. On a de la chance d'avoir des médecins tout le temps dans les murs. T'appelles tes collègues, t'hésites pas. Tu ne cries pas, sauf si y'a les familles, t'essaies de gérer les choses mais de prévenir qu'il y a une urgence et que tu as besoin d'aide...on s'isole aussi, on essaye de...si il y'a beaucoup de gens à passer notamment, si c'est pendant les heures de visites, ça ne sert à rien d'avoir la porte ouverte. Voilà, on s'isole et puis rapidement on essaye d'aller à l'essentiel. C'est-à-dire la fonction respiratoire, l'oxygénation tout de suite, la voie d'abord, la voie veineuse, le « cathé »...de prendre rapidement une tension, de voir aussi dès fois si quand ça sonne...ça peut sonner arrêt cardiaque mais si tu as...il n'y a pas que la machine. Il y a aussi la clinique. Si ton patient il est là et qu'il te parle, c'est qu'il y'a un gag avec le scope. Donc revenir au manuel, pouls carotidien, pouls radial, un pouls fémoral...voilà, prendre une tension. Enfin voilà, pas de panique, on prend les choses dans l'ordre. Après, il y a des choses qui sont flagrantes : les yeux révoltés, l'absence de conscience chez un monsieur ou une personne qui l'était avant...il y a des choses quand même hyper clair. Voilà, pas de panique, s'écouter, pas trop de monde non plus...et puis rapidement identifier...bien connaître son patient aussi, ça c'est hyper important. Tu peux être amené à être dans l'urgence aussi chez un patient dont tu ne t'occupes pas, mais bon, c'est aussi important de savoir qu'est-ce qu'il y a là bas, est-ce que c'est plutôt du neurologique, est-ce que c'est plutôt digestif. Voilà, ça t'évite de ne pas savoir quoi faire si jamais ta collègue est occupée et qu'elle ne peut pas venir tout de suite.

D'accord. Du coup, qu'est-ce qui pourrait-être, en tant qu'infirmière, vraiment un frein ou réhibitoire pour une prise en charge de qualité finalement ?

Qu'est-ce qui pourrait être un frein ? Pendant l'urgence vitale ?

Oui. Qu'est-ce qui pourrait freiner la qualité ?

L'absence d'anticipation en fait. C'est-à-dire si tu n'as pas, comme je te disais, si tu n'as pas repéré bien ton matériel, si tu ne connais pas bien ton patient et que tu n'as pas anticipé...ça, ça peut-être un peu embêtant. Dès fois tu peux arriver aussi juste à ta prise de poste, pas trop connaître ton patient...là ça peut-être plus embêtant que si jamais ça fait deux trois jours que tu t'en occupes tous les jours. Hyper important de bien connaître ton patient, d'avoir apprivoisé ton environnement...qu'est-ce qui pourrait-être un frein?...ça peut-être aussi quand il y a trop de monde. Trop de médecins, trop de monde, tu ne sais pas prendre ta place, tout le monde se marche dessus... Dès fois, ça me vient à l'idée...dès fois si tu n'as pas suffisamment analysé la chose ou alors parce que voilà, tu étais dans autre chose ou tu étais occupé, et que c'est ton patient qui fait par exemple un arrêt cardiaque, et que tu n'as pas pu être là, y' a beaucoup de culpabilité (*silence*). Et du coup tu peux être moins efficace parce que t'es un peu plus dans le...dans justement la culpabilité et dire « j'aurais du faire ça, j'aurais du faire ci, pourquoi je n'étais pas là ? », et tu n'es pas efficace dans l'acte. Dès fois, c'est hyper

important de connaître ton patient et t'essayera de t'en occuper, mais dès fois aussi, le fait de ne pas avoir...d'avoir un peu moins de connaissance de ton patient, d'être moins dans l'affect on va dire, ça te permet aussi d'être plus efficient dans la prise en charge. Parce que justement tu es un peu moins dans le sentiment. Quand tu vas arriver tu vois, tu vas...tu as le patient d'une collègue qui fait un arrêt cardiaque, elle est un peu submergée...parce qu'elle ne l'a pas vu venir, parce qu'elle s'est fait dépasser ou parce que voilà, il ya une charge émotionnelle importante...et donc du coup toi t'arrives, t'es un peu plus dans le...t'es moins dans l'affect donc plus dans la technique et tu es plus efficient. Ça dépend.

Donc réussir à se détacher en fait de la...du contexte un peu.

Oui voilà, c'est ça. Genre je ne sais pas, la famille voulait absolument être là...pour des décès attendus, la famille voulait absolument être là et puis finalement elle n'est pas là, et du coup tu te dis « mince, mince, mince », tu penses à la famille et tu n'es pas efficient dans le geste en fait. Du coup là, ta collègue elle peut-être aidante en faisant les petites mains.

Du coup là vous appuyez sur deux choses : l'émotion qui pourrait finalement submerger un peu le soignant, et l'importance de la relation d'équipe finalement...

Ah oui complètement. Et puis aussi quand, ça me vient à l'esprit, quand on fait comme ça une manœuvre de réanimation, il faut qu'il y ait un capitaine quoi. Il ne faut pas qu'il y est quinze personnes à dire quinze choses en même temps, il faut qu'il y ait un capitaine. Alors ça peut-être dans l'organisation de la réanimation, ça peut-être le médecin, mais ça peut-être toi aussi en tant qu'infirmier...tu vas prendre la carte de groupe « envoi moi la commande de sang il fait un choc hémorragique »...ça peut-être « amenez- moi la boîte d'intubation ». Enfin voilà, il faut que chacun ait un rôle pour que...la machine soit bien huilée et qu'il n'y ait pas d'anicroche quoi.

D'accord...

C'est important, excuse moi aussi je rajoute un truc, le fait de bien connaître son équipe aussi, les gens avec qui tu travailles...ça peut-être aussi une aide parce que tu sais...les gens avec qui tu travailles depuis plusieurs...pas plusieurs années mais avec qui tu travailles au quotidien, on travaille beaucoup en binôme nous en réanimation...voilà ça roule quoi. Tu vois, si toi t'es pris dans quelque chose, bien l'aide-soignante va prendre le tiroir des drogues d'urgence, elle va l'amener...il y a des procédures en réanimation, des protocoles...oui plus une procédure sur l'arrêt, le binôme aide-soignant et l'arrêt cardio-respi. Elle va amener la boîte d'intubation comme ça toi tu vas être...tu va pouvoir être aux gestes, au massage...du coup chacun va trouver sa place de manière, en fait, naturelle.

Donc il y a aussi, du coup, l'importance de la connaissance des protocoles ?

Ah oui clairement. Le matériel, les protocoles...et puis aussi la connaissance des pathologies. Si par exemple, pour une raison ou une autre, moi je n'en sais rien...le médecin ne peut pas être là tout de suite, que toi tu vois que ça commence à partir en

torche, de ta propre initiative tu...t'injectes pas évidemment mais tu...je vais préparer une voie veineuse d'un bon calibre, temps que j'y suis à piquer je vais prélever RAI/Cross-match parce que...enfin RAI et « num » parce que je sens que là le ventre à gonflé, que les muqueuses sont pâles, voilà quoi. Tu n'es pas spécialement dans l'urgence même, dans l'arrêt cardio, mais tu n'en es pas loin, et du coup tu prends un peu les devants.

Qu'est-ce qui permet d'avoir cette intuition là, cette anticipation ?

...bien c'est sûr que quand tu arrives fraîchement diplômé, que tu n'as pas eu cette expérience là, ce n'est pas facile. Après tu peux quand même, même si tu démarres, tu peux quand même être en capacité parce que tu as été en stage, parce que tu as aussi développé des compétences tout au long de ta scolarité pour...pour apprécier justement, d'ailleurs c'est une compétence à développer, pour apprécier les signes d'urgence, de détresse, de décompensations de pathologies. Ce que j'appellerais un peu le « nez infirmier », ce n'est pas très professionnel mais...tu sens que là il y a quelque chose qui ne va pas quoi. C'est toujours un peu ton radar, et je pense que même avec l'expérience, même si effectivement ça t'apporte des choses, tu as toujours quand même un petit peu ce radar, et c'est important de rester un peu dans le naturel, dans l'instinctif aussi. Mais c'est sûr que quand tu débutes, enfin moi je parle de mon expérience en réanimation... déjà ce n'est pas facile parce que tu es happé par un nombre de choses incalculables, parce que c'est la nouveauté, parce qu'il y a du bruit, parce qu'il y a du stress, parce que tu as toujours des gens sur le dos et que tu es au centre de tout et qu'il faut répondre à tout le monde... Tu es tellement happé par ça et le fait qu'il y ait beaucoup de travail, que des fois tu peux passer à côté de...de justement des signes de décompensation. Et aussi avec l'expérience, tu apprends que...tu as des petits trucs quoi...« tiens ça je sais qu'il y avait un patient une fois il a fait ça...ben tiens je vais me rapprocher de ce genre de drogue »... Après, il y a des choses sur lesquelles on ne dérogera pas, c'est-à-dire l'aménagement de ton environnement de travail et la connaissance, en plus maintenant il y a des outils en réanimation, tu as ton petit carnet dans ta poche pour savoir comment diluer une drogue, une seringue d'adré, une seringue de...il y'a des choses sur lesquelles on ne déroge pas : c'est la préparation de ton ballon, la limite des alarmes, la perméabilité de ta voie veineuse. Donc ça c'est valable pour n'importe qui, que tu sois débutant ou que tu es vingt-cinq ans de réa. Il y a aussi la connaissance de « ça sert à quoi l'adré ? », « ça sert à quoi la noradré ? », « ça sert à quoi les curares ? ». Voilà, il y a un minimum syndical quand même...

...de connaissances...

De connaissances.

Et après...peut-être que la répétition finalement des situations, fait qu'au bout d'un moment on peut anticiper. Comme vous le disiez « là j'ai déjà vu ça, je sais que ça peut évoluer de cette façon là ».

Oui. Tout en sachant qu'après, même au bout de quelques années, il y a encore des choses qui me surprennent : « ah oui, ça je n'ai pas vu, la prochaine fois je le serai ». Voilà, on en apprend tous les jours en fait. C'est ça le maître mot.

D'accord, et...

Excuse moi je rajoute quelque chose, il ne faut surtout pas hésiter aussi à demander conseil et à poser des questions. Il n'y a jamais de question bête, même moi ça m'arrive encore de poser des questions parce que...parce que je ne comprends pas, ou demander un avis...voilà. Ça, ça doit valoir...ça doit être valable tout au long de ta carrière.

Plus centré sut le rôle infirmier, intrinsèquement qu'est-ce que l'infirmière doit avoir comme qualités ou compétences pour réussir à être efficace ?

...savoir garder la tête froide, ne pas paniquer, et l'adaptabilité, la flexibilité. Ce n'est pas parce que tu es dans une routine, bon il n'y a pas trop de routine, mais ce n'est pas parce que tu es dans une routine de soins qu'il faut un peu s'encroûter là dedans quoi. Il faut être capable de s'adapter à n'importe quelle situation à n'importe quel moment. Il faut...il faut savoir réfléchir vite, être assez efficace...il faut être assez rapide en fait dans la réflexion. Ça c'est pareil, c'est quelque chose aussi qui s'aiguise (*silence*). En qualité infirmière ? Qu'est-ce que je pourrais... ? Il faut savoir aussi se positionner, c'est important. Position vis-à-vis du médecin : « là, il y a un danger », « oui, oui, c'est bon », « bien non. Là j'estime qu'il y a un danger pour le patient et il faut que vous veniez ». Être aussi en positionnement vis-à-vis des aides-soignantes et d'autres personnes qui sont amener à s'occuper du patient : « bien là non, le patient n'est pas suffisamment stable pour qu'on le tourne et fasse sa toilette »...

J'imagine que ces qualités là, en début de carrière...

...elles ne sont pas faciles, oui c'est sûr.

Comment, au fil du temps, les acquérir en fait ? Ou les développer ?

Bien déjà, c'est bête à dire mais tu fais ton trou aussi. Notamment avec les médecins. Au début ils ne te font pas confiance, parce que déjà on travaille dans des conditions un peu extrêmes et qu'ils ont besoin comme d'une épreuve du feu en fait, pour savoir qu'ils peuvent compter sur toi. Et donc du coup, du moment où ils peuvent compter sur toi et qu'ils t'ont vu, parce qu'ils t'ont observé, ils t'ont vu travailler, ta parole va compter. Donc il y a aussi faire ses preuves. Alors après c'est comme partout, dans une entreprise...afin d'être crédible (*silence*). Ta question?... ah oui, quand tu débutes ce n'est pas facile. Ça c'est sûr. Après, tu vois ce que je disais tout à l'heure avec ta collègue...dernièrement j'étais tutrice d'une élève qui est venue chez nous en stage, vis-à-vis d'une mise au fauteuil je crois avec une kiné...quelque chose comme ça...elle s'est positionnée : « bien non, j'ai ce soin là à faire avant » ou « non le patient n'est pas en capacité ». Elle s'est positionnée. Ça n'a pas été facile mais c'est quelque chose qu'il faut quand même avoir à l'esprit, et en troisième année il faut commencer justement à... ce n'est pas facile, je le sais. Mais c'est important de le faire. Parce que...parce que tu as des connaissances, même si tu n'as pas l'expérience tu as des connaissances. Tu as aussi quelque chose de l'ordre du « nez infirmier », un peu de l'instinct et...et tu

argumentes aussi. Tu es en capacité d'argumenter, pourquoi là tu estimes que non, on ne doit pas faire ça ou que là il faut appeler le médecin. On ne viendra pas te reprocher... mieux vaut pêcher par excès que par défaut.

Est-ce que vous, après neuf ans d'expérience en réanimation, est-ce que vous rencontrez encore des difficultés sur des prises en charges ?

Par rapport à l'urgence vitale ?

Oui. Toujours centré sur l'urgence vitale.

(Réflexion). Oui comme...je reprends la charge émotionnelle. Ça peut-être un frein et ça peut-être difficile quand il y a une grosse charge émotionnelle... tu es efficace mais tu peux avoir un...tu peux avoir un temps en fait. Un temps où ça peut-être de l'ordre de quelques secondes où tu es un peu dans la sidération [...]. Par rapport aussi à des choses que je n'aurais pas pu...parce que je ne les ai pas rencontrées ou parce que je ne suis pas suffisamment documentée. Des choses que j'aurais pu laisser de côté, qui sont passées à la trappe, et quand tu es un peu dans la culpabilité là d'avoir laissé ça et que la personne elle décompense quelque chose...tu te demandes toujours ce que tu aurais pu faire à ce moment là, mais bon. Quand tu es dans l'urgence vitale ce n'est pas là où il faut penser à ce genre de chose. Mais tu peux être happé quand même par ça.

Et qu'est-ce que vous mettez en place...pour vous dire « la dernière fois il s'est passé ça »...

...je ne me laisserai pas prendre...

...oui, « la prochaine fois je ne me laisserai pas avoir »...

...déjà tu peux débriefer aussi, avec tes collègues, avec les médecins : « là je n'ai pas compris ce qui s'est passé, qu'est-ce qui s'est joué là ? Pourquoi est-ce que je n'ai pas été efficace ? ». Ça on peut te le dire sans que tu te poses la question. Se remettre en cause, ça c'est hyper important. Il faut rester dans l'humilité et toujours se dire que tout est perfectible. Que certes, on fait les choses bien, que l'on a de la bouteille etcétera mais, on est jamais à l'abri...d'une erreur, on est jamais à l'abri aussi que tu as beau avoir...peut-être entouré de plein de choses, toujours des petites mains qui viennent tu vois sur les seringues. Tu ne sais jamais, il faut répéter les verrous de sécurité. Et il faut aussi ne pas hésiter, tu vois *(elle me montre deux livres qu'elle vient d'emprunter)*, prendre de la documentation et puis se dire « bien là, là je n'ai pas été très bonne parce que je ne connaissais pas trop bien la pathologie, je n'ai pas eu...je n'ai pas regardé dans le dossier, je me suis laissée happer et bien ça ne m'arrivera pas la prochaine fois. Je vais essayer de connaître un peu mieux cette pathologie ». Connaître aussi...on a des formations aussi tu vois, toujours s'enquérir aussi...on a de plus en plus de grosse machine, des ecmos, des hémodiafiltrations, des contres-pulsions intra-aortique, déjà il faut comme le matériel, il faut apprivoiser les machines. Si la machine tu la connais bien, tu connais les alarmes, tu ne paniques pas. Il y a aussi les procédures, on est en train de retravailler là-dessus justement en réanimation. Les protocoles, les procédures,

quand tu connais...on ne paniquera pas, on saura gérer et il n'y aura pas de gag. Hyper important.

Et...on parle beaucoup d'expérience comme un atout finalement...

...bien oui...

Selon vous, est-ce que au contraire l'expérience peut ne pas être un atout ?

Oui complètement. Tout dépend de ce que tu en fais de ton expérience. Si tu en fais quelque chose de bénéfique...au service de...ça te servira pour plus tard. Si l'expérience te sert à te dire « moi je sais », tu es un peu dans la toute puissance du savoir, vis-à-vis notamment des gens qui arrivent. Et du coup tu rentres dans une espèce de routine où justement tu dis « j'ai l'expérience, je connais, je sais, donc mon ballon ce n'est pas grave si je ne le vérifie pas. Oh ça je n'ai pas fait... ». Si tu relâches un peu cette attention là, tu es mauvais ! Après dès fois, quand tu peux être un peu dans une certaine routine où...en réanimation il y a beaucoup de gens qui font, non pas tout le temps et tous les jours dans la détresse vitale là tout de suite majeure, mais qui sont quand même sur le fil du rasoir, et que tu t'habitues à ça, tu ne verras peut-être pas spécialement bien les...justement les signes de décompensation. Alors qu'il faut quand même toujours avoir du recul et garder à l'esprit que même si je connais le patient, même si j'ai de l'expérience, je peux toujours avoir des mauvaises surprises.

Et comment, vous personnellement, vous faites pour vous en servir parce que...

De l'expérience ?

Oui.

(Réflexion). Déjà, j'essaye de...on essaye de se la communiquer aussi entre nous tu vois. Genre j'ai une collègue qui vient de digestif, sur l'urgence vitale pas trop mais voilà...je lui pose des questions, elle me pose des questions. C'est un partage de savoirs et de connaissances. On peut poser des questions aussi aux médecins...la question déjà ?

On parlait sur le fait que l'expérience pouvait finalement ne pas être un atout. Pour qu'elle soit un atout, il faut savoir quoi en faire.

Oui. Il faut vraiment être tout le temps dans la dynamique en fait. Ce n'est pas parce que tu as de l'expérience...l'expérience elle est bien, elle permet peut-être de se rassurer aussi quelque part, ça c'est important. Mais elle ne doit pas être un frein à la formation, à l'évolution aussi. Tu peux avoir quelqu'un qui arrive d'un autre service, qui fait d'une manière différente et ça peut être pas mal en fait. Voilà, il faut rester dans le recul et...et l'humilité. Mais dans des services comme ça où il y a quand même beaucoup de...où c'est un peu à flux tendu, où il y a du stress etcétera, l'expérience elle...c'est assez personnel mais elle t'aide quand même à...elle t'aide à cheminer. Voilà. Après, il faut toujours avoir un œil de lynx en fait, sur ce que l'on fait. Et dès fois c'est vrai que le fait d'arriver en tant que stagiaire, en tant que nouvelle, dès fois tu as plus cet œil...attentif

et assez bien en fait, parce que...d'où l'importance voilà de parler, de débriefer avec les gens qui viennent. L'expérience...le non expérience est bon à partager.

Donc ça relève un peu de l'analyse de pratique ?

Complètement. Oui, oui, complètement. Il faut être vraiment dans l'analyse de pratique sur ce que tu as fait, ce que tu as bien fait, ce que tu as fait, ce que tu n'as pas bien fait... ce que tu pourrais mieux faire. S'inspirer de la pratique sans oublier de revenir aussi à la théorie, aux bouquins, à la littérature. Tout est perfectible et c'est important, je pense, quand il y a eu tu vois une réa, un arrêt, une prise en charge, c'est important de...de repenser quand même après que voilà « ce que l'on aurait pu faire » « comment est-ce que l'on aurait pu mieux faire ? » ou « est-ce que l'on a bien fait ? », « est-ce que l'on aurait encore pu être plus rapide ? »... Oui, ça c'est assez culturel l'évaluation des pratiques. Nous en tant que soignant je pense que ça commence à rentrer un peu, surtout avec les jeunes générations. Ça rentre un peu plus dans les pratiques. Après c'est quand même encore des freins pour certains médecins, certaines personnes pour qui l'expérience prévaut et qui disent « je ne veux pas que l'on analyse ma pratique, ça fait vingt-cinq ans que je fais cette pratique là et ça fonctionne ». On sait très bien qu'il suffit d'une fois en termes de responsabilité pour aller devant les tribunaux, perdre son diplôme et...voilà, dans les cas extrêmes bien évidemment. Mais c'est hyper important effectivement de débriefer et de revenir, tout est perfectible.

Et...être capable de se remettre en cause.

Oui, complètement. Ça fait partie du processus oui. De te remettre en cause et puis je pense que c'est important aussi, sans vouloir être juge, être capable aussi de dire à quelqu'un « là je pense que tu aurais pu mieux faire. Je pense que si tu avais préparé ta chambre correctement...ça ne serai pas arrivé ». Ce n'est pas facile à entendre, ce n'est pas facile à dire non plus, mais je pense que c'est important. Et puis le fait que, voilà, bien former les gens à la base. C'est bien de mettre en place des procédures, des protocoles, il ne faut pas non plus que les gens soient noyés, il faut qu'ils apprennent aussi à réfléchir par eux-mêmes. Il faut se méfier des choses un peu automatiques. C'est bien qu'il y ait un cadre mais il faut se méfier des choses un peu trop automatiques.

D'accord. Si on faisait un flashback neuf ans en arrière, aujourd'hui, concrètement, l'expérience qu'est-ce qu'elle vous a apporté ?

(Réflexion)

Dans votre prise en charge de tous les jours.

De la connaissance de terrain...de la sérénité aussi. Je suis quand même plus sereine dans une prise en charge de détresse vitale maintenant que je ne l'étais il y a neuf ans. Parce que pour les raisons que j'ai déjà évoquées tout à l'heure *(réflexion)*. Excuse moi j'ai oubliée la question. Je sais qu'il y a une histoire de flashback...

Si vous revenez en 2003, par rapport à aujourd'hui...concrètement l'expérience...

...qu'est-ce que ça m'a apporté ?...oui, la sérénité, un peu plus de sérénité...et l'expérience ça m'a apporté aussi le fait que...la constatation qu'il faut toujours être aux aguets. Il faut toujours avoir une espèce de tonus, de bon stress latent, qui fait que du coup tu es vigil et vigilant. Et l'expérience ça m'a apporté...l'expérience en réanimation ça m'a apporté la connaissance des...le fait de passer de la théorie à la pratique avec plein de pathologies quoi. Tant digestif que neurologique et du coup...un savoir faire quoi. Un savoir faire dans...quand tu sais bien faire...au long cour, tu arrives à maîtriser le stress de l'urgence. Tu es plus à l'aise, par exemple, quand tu vois une situation de détresse. Tu as déjà pratiqué trente massages cardiaque, tu es quand même plus à l'aise que si c'est la première fois que tu en fais un. Si tu poses une perfusion dans une situation d'urgence, quelqu'un de difficile à piquer...le fait d'avoir perfusé un certain nombre de fois, c'est quand même aidant. Sur de la pratique pur, l'expérience t'aide quand même énormément.

D'accord. Et je vais rebondir sur...vous avez parlé de « bon stress », donc à contrario ça veut dire qu'il y a du « mauvais stress ». Comment faire la part des choses ? Qu'est ce que le « bon stress » vous a apporté ? Qu'est-ce que le « mauvais stress » peut vous apporter ?

Alors, ce n'est pas toujours évident à distinguer. Mais le mauvais stress, c'est le stress qui te submerge, qui t'inhibe, qui te fait faire des bêtises, qui ne te fait pas réfléchir, voilà, qui t'envahit complètement. Le bon stress, enfin ce que moi je qualifierais de bon stress, c'est le stress...l'espèce de tension un peu latente qui fait que du coup j'ai un peu les écoutilles. Dans mon service on dit souvent que je suis toujours un peu sur ressort. J'ai du mal à décrocher. C'est aussi très fatiguant pour moi mais j'ai du mal à complètement me...je ne suis pas stressée mais j'ai du mal à complètement me lâcher. De toute façon je pense qu'il ne faut pas se lâcher complètement. Ce qui fait que du coup je suis toujours un peu...toujours un peu les yeux, les oreilles qui traînent, je suis un peu en hyper vigilance. Et ça du coup ça me permet d'avoir un peu ce nez qui me fait anticiper les choses, qui...qui fait que du coup je le sens pas trop, donc je réunis autour de moi les éléments qui vont me permettre de comprendre, d'être efficace. Je vais rapprocher les choses...je vais être en alerte en fait. Voilà, c'est ça le bon stress. J'espère que j'ai répondu à tes attentes, à tes questions...

Très bien, merci.

Entretien numéro 3 (Réalisé le 9 mars 2012)

Ma première question est depuis quand est-ce que vous exercez la profession d'infirmière ?

...depuis...*(rire)* je suis en train de chercher, alors...depuis 96, parce qu'avant j'ai été 10 ans aide-soignante.

D'accord.

En fait ça fait plus longtemps que ça que j'exerce dans l'hôpital mais...j'ai été ASH, ensuite j'ai été aide-soignante, et en 96 j'ai été infirmière voilà.

Ok. Et depuis 96, est-ce que vous pourriez me retracer un peu le parcours professionnel en tant qu'infirmière ?

alors...j'ai *(soupire)* j'ai été dans le pool de remplacement au début donc...et...j'ai dû être une année en chirurgie digestive, ensuite j'ai fait de la pneumologie...et puis...et puis je ne sais pas, quelques petits services comme ça dans l'hôpital...en remplacement, dans le pool de remplacement.

D'accord et aux urgences depuis ?

...98.

D'accord.

De nuit.

De nuit ?

Que de nuit, je suis, j'étais aux urgences, depuis 98 je suis de nuit et aux urgences.

Ok.

Voilà.

Et...qu'évoque pour vous la notion d'urgence vitale ?

Alors l'urgence vitale pour moi, enfin des mots je peux dire plein de mots comme ça...

Oui.

...qui me viennent à la tête...à l'idée en tous les cas ? *(soupire)* de la rapidité, rapidité d'exécution, de la rigueur, de la concentration..., l'équipe, une équipe...l'urgence vitale c'est aussi d'abord le médecin mais c'est le reste de l'équipe aussi...parce que quand on est une équipe, qu'on connaît bien ce que machin truc...enfin ce que l'aide-soignant va savoir-faire et ce que...l'externe va savoir-faire et l'interne et voilà, bien connaître son équipe je trouve que c'était important et qu'est-ce que j'en étais...je ne sais plus ce que j'ai dit moi, la technicité...et puis les pathologies, voilà avoir la connaissance, puis avoir

la connaissance de l'endroit où l'on est aussi ; savoir où est le chariot d'urgence, bon aux urgences on a du déchoquage mais on a aussi des urgences qui se passent dans des boxes, donc...le matériel, enfin connaître son environnement.

D'accord.

...urgence vitale...ça appel à...se cacher, enfin se protéger par de la technicité et puis...et puis comment...et puis du stress, qu'il faut savoir gérer.

D'accord.

Enfin je ne sais pas, ça me fait appel à plein de choses je ne sais pas si j'ai fait le tour.

Et...donc vous évoquez le stress.

Oui (*rire*).

Et...comment est-ce qu'on peut apprendre à le gérer ? Qu'est ce qui peut permettre de gérer son stress ?

Alors moi je pense que ce qui me permet de gérer mon stress enfin moi je parle personnellement, et puis collectivement je pense aussi, c'est...de bien connaître la... enfin, d'être à l'aise dans l'équipe, de connaître ses soins techniques...de compter sur son équipe, de connaître les, parce que souvent quand on a une urgence vitale on se protège vite, enfin on se protège, ça permet de se protéger quand on sait ce que l'on doit faire. Et du coup, je vois dernièrement on a eu des formations...spécifiques pour le déchoquage...ça s'appelle SAUV, enfin aux urgences c'est...le secteur d'urgence vitale et on a eu...récemment deux niveaux de formation...spécifiques pour les patients prient en charge dans cet endroit-là, et du coup...et bah ça a remémoré...enfin ça réactive, les formations, ça réactive plein de gestes, ça aide aussi à remettre l'esprit d'équipe, l'aide-soignant est là, l'interne est là, l'infirmière est là, donc...et ça, ça sécurise.

D'accord.

Enfin la formation donc ça aide à gérer le stress...et puis l'équipe et puis...et puis voilà je crois que j'ai fait le tour et la technique.

D'accord.

Et puis après c'est le débriefing aussi qui, qui aide parce que si régulièrement quand on a de l'urgence vitale, enfin quand on prend en charge des patients dans ce cadre-là et bien...après...on a besoin de débriefer, et...et on sait, enfin la fois d'après on appréhende aussi moins quoi.

D'accord.

Parce qu'on se dit tient et bien on aurait peut-être pu faire ça et puis toi, que de partir chacun de son côté mais il y a, il y a des choses, vraiment on peut, quand on peut en reparler et bah ça aide...pour une prochaine fois en tous les cas...si on n'a pas réussi à ...

Donc c'est, vous me dites si je me trompe, mais en gros c'est prendre son expérience, l'analyser, pour faire en sorte que la prochaine fois...soit on fait différemment, soit on fait mieux ?

Oui c'est ça débriefer sur ce qu'on a fait avec ses collègues, parce que moi je reviens à l'esprit d'équipe et je trouve que c'est super important, l'urgence vitale il faut être en équipe de toute façon, on peut faire des premiers gestes tout seul mais, mais...ensuite il faut être une équipe et, et...quand on débriefe tous ensemble pour dire bah tiens là ça, ou le médecin...peut dire aussi hein, il dit « oui bah là mince, on aurait pu faire ça ou ça », enfin ça dépend comment ça évolue, il y a des choses qu'on, il y a des choses aussi avec l'expérience qu'on connaît parfaitement. Enfin qu'on connaît bien quoi je veux dire.

D'accord et...qu'est ce qui...comment est-ce que vous arriveriez à définir...ou à dire que la prise en charge a été efficace ?

(Silence) alors la prise en charge a été efficace...comment on le définit ?

Oui, qu'est-ce qui vous permet de dire, face à de l'urgence vitale...on a été efficace ou efficient ?

...quand on se remémore...alors après il y a, après ça dépend de la cause, on a tous...bon, il y a différentes causes de prise en charge, mais...quand on se remémore ce qu'on a fait, si on l'a fait...j'ai par exemple, je sais pas...admettons on va dire, la plus grosse à qui tout le monde vient à l'idée c'est l'arrêt cardiaque, mais il y en a plein d'autres, mais bon admettons ça, si chacun a trouvé sa place, si ça s'est passé...je vais dire déjà dans le calme, avec du sang froid, qu'on a eu les gestes appropriés, que...et que l'on a réussi à réanimer le patient, ou en tous les cas même pour autre chose, devant une hémorragie massive ou des choses comme ça...si on a chacun trouvé sa place, si on a réussi à faire les choses déjà avec sang-froid et si on a réussi, même si l'issue du patient est pas toujours...n'est pas toujours comme on aimerait, mais en tous les cas si on a réussi à avoir une certaine cohésion d'équipe et puis à avoir un...bah je ne sais pas si ça a été efficace...c'est ça ?

Oui c'est ça, ça répond.

La question, est ce que, comment je vais dire après qu'on a été efficace ? Je pense que quand ça s'est bien passé en équipe et qu'on a fait tout ce qu'on devait faire. Mais ça ne veut pas dire qu'on a réussi à piquer du premier coup, qu'on ai réussi des gaz au moment où il nous demandait...ça veut...c'est pas ça être efficace, enfin à mon avis on...c'est pas...enfin je veux dire souvent devant une urgence vitale on a beaucoup plus de mal à piquer parce que les vaisseaux sont pas comme on voudrait...on a, des fois on a des gestes qu'on réussit pas, mais si on a fait déjà dans le calme, en équipe, avec de la rigueur et avec...voilà, qu'on a bien, que chacun s'est bien positionné bah on aura été efficace quand même.

D'accord.

...je dois dire, ce n'est pas par exemple...ça m'est arrivé au déchoquage, on est quelques fois deux infirmières, on appelle la collègue parce que...on n'arrive pas à avoir une voie comme on voudrait etcétera, et tout ça, mais c'est...enfin efficace, ce n'est pas que dans la...réussir sa technique, c'est savoir appréhender les choses quoi.

Dans une globalité un peu ?

Voilà.

D'accord.

Et après on va dire si le patient est sauvé bah on a été très efficaces (*rire*).

C'est vrai, et...d'une façon un peu générale justement, qu'est ce qui pourrait, selon vous, freiner justement cette efficacité...de la prise en charge ?

(*Réflexion*)...qu'est ce qui peut être frein à l'efficacité ? Bah ne pas connaître...enfin la méconnaissance...je pense la méconnaissance, enfin je pense que...quand on n'est pas formé non plus, enfin je pense la méconnaissance ouais, en gros la méconnaissance des situations qui peut provoquer de la panique et du stress important et ça peut freiner la prise en charge. Mais ce n'est pas simplement de l'infirmier, ça peut être du, de l'interne avec qui on est, qui...qui, n'est pas habitué à certaines prises en charge, qui voilà c'est...en fait je pense que s'il y a un membre dans l'équipe qui est, qui peut être...qui méconnaît certaines situations, bah on peut être moins efficace oui.

D'accord.

Après...c'est sûr que si on n'a pas non plus...ouais c'est la méconnaissance, mais sur tout les plans. Si on ne sait pas poser une voie bah c'est que qu'on va être moins efficace mais parce qu'on va être beaucoup...très paniqué. En fait, quand on est jeune étudiant dès fois on ne sait pas, on n'a pas l'impression de savoir maîtriser des gestes techniques, il n'y a pas que les gestes techniques, mais dans l'urgence vitale, la technicité elle prend une autre dimension à mon avis.

D'accord et...qu'est ce qui permet justement de...pour l'infirmier de réussir à maîtriser tout ça quoi ? Maîtriser son stress, maîtriser la technicité, comment est-ce qu'on peut y arriver ?

(*rire*) avec l'expérience (*rire*) avec l'expérience, mais il y a des débutants...enfin avec l'expérience, avec la connaissance, les formations...je pense qu'on peut se préparer aussi...bon dans le cadre d'un service des urgences où l'on fait...où l'on a une salle de déchoquage, bah évidemment que quand...quand on aura au bout d'un moment un travail là et qu'on est formé et que l'on est dans une équipe...qui, qui sait aussi gérer bah on y arrive plus facilement hein.

D'accord.

Qu'est ce qui peut aider ça, moi je pense c'est la formation, l'équipe et puis...et puis la motivation, avoir envie aussi, parce qu'il y a des gens qui ne sont pas intéressés...enfin

tout le monde n'est pas intéressé pour reprendre en charge les gens...face à des...enfin des problèmes vitaux. Alors là, je parle dans le cadre de l'urgence, après, normalement...Il y a aussi l'urgence vitale dans un service lambda où...voilà. Et...et je pense que...bah ouais les formations c'est bien parce que plus on connaît les choses plus on...je pense que, plus on connaît et moins on appréhende les choses.

D'accord. Et...vous disiez...tout le monde n'est pas intéressé, pour faire face, enfin pour travailler dans cet univers-là. Selon vous pour que l'infirmier puisse y travailler...est-ce qu'il y a des qualités ou des compétences, mais indispensables ?...pour pouvoir...travailler dans un univers autour de l'urgence ?

Alors il y a deux...il y a deux choses, je vais revenir sur la première partie parce que j'ai dit « tout le monde n'est pas intéressé », mais en fait la prise en charge des gens devant l'urgence, des...enfin l'urgence vitale ce n'est pas non plus que dans un service d'urgence. Il y a...on peut être aussi confronté à une urgence vitale dans un service lambda hein...en digestif ça m'est déjà arrivé, enfin je veux dire des hémorragies massives, des trucs qui pètent il y en a partout, en ORL, enfin etcétera. Donc l'urgence vitale, dès qu'on est infirmier dans un service on peut être confronté à ça. Je voulais enlever parce que ce n'est pas que spé...

...pas spécifique aux urgences.

...Enfin c'est un peu plus spécifique aux urgences parce qu'on a la salle de déchoquage et que du coup on a des formations etcétera, mais...c'est pareil, dès qu'on est infirmier on doit...

On sait qu'on peut y être confronté un jour ou l'autre ?

Bah oui...en fait on doit y être préparé quand même (*rire*).

Tout à fait.

Donc la deuxième, ça c'était pour la première partie, et la deuxième partie ?

Bah quelles qualités finalement ça demande...

Ah oui.

...qualités ou compétences pour l'infirmier ?

Alors...moi je pense que il faut...savoir garder son sang-froid, il faut avoir la présence d'esprit que on est pas seul mais que on doit alerter que...que l'on a une équipe, et que chacun a son rôle dans l'équipe, il y a la technicité c'est important, c'est vrai que ça aide, mais il faut avoir le sens de l'observation aussi parce que, parce que...une urgence, une défaillance vitale c'est...c'est aussi observer son patient et voir comment il évolue...avoir de la rigueur dans ses...faut être rigoureux quoi dans la prise en charge.

Oui.

Faut...je ne sais pas...des qualités, des défauts... bah des défauts ? C'est ça c'était que les qualités ? On n'a pas de défauts quand on est infirmier, si ? (*rire*)

Ça !!!!

(*Rire*) moi je reviens à mes propos du début, j'ai dit je crois que pour moi l'urgence vitale c'était l'équipe, la rigueur la technicité et puis...et puis voilà, moi je pense que quand on a...et puis le sang-froid, parce qu'il faut quand même réussir à gérer un peu son stress.

Oui.

Même si, on n'est pas seul pour le gérer, parce que dans l'action on a quand même, on n'est pas seul dans l'action, on doit pouvoir compter sur ses, on DOIT pouvoir compter sur ses collègues. Mais il peut arriver qu'on soit seul aussi, et du coup, et puis surtout... la connai...enfin être curieux et avoir la connaissance de...bah des techniques et des... voilà.

D'accord. Et... j'imagine qu'entre vos débuts aux urgences et aujourd'hui...il y a certainement des différences dans votre façon d'appréhender l'urgence vitale ?

Évidemment...

Rapidement, est-ce que vous en voyez comme ça qui, qui vous viennent à l'esprit...en repensant peut-être à des situations antérieures et aujourd'hui quoi. Quelle différence là vous faites-vous dans votre prise en charge ?

...c'est-à-dire ?...

Quel...

Comment j'ai évolué ?

Ouais qu'est ce qui a changé quoi entre...vos débuts en 98 et maintenant ?

Bah c'est vrai que c'est l'expérience quand même qui, qui fait changer, qu'est ce qui a évolué ? et bah c'est que...c'est la dextérité par rapport, je vais revenir toujours aux gestes techniques mais c'est vrai que une fois qu'on a laissé ça de côté, qu'on a...qu'on appréhende plus parce que qu'on a tous été, enfin jeune infirmier, on dit « han poser une sonde gastrique je ne l'ai jamais fait quoi », mais là par contre je me remémore que...on l'avait fait comme ça, comme ça, comme ça, et du coup tout passe quoi, parce qu'on est tout seul face à...bon alors ne serait-ce que des petits gestes comme ça, du coup moi j'appréhende jamais de faire des gestes parce que je les connais parfaitement, je vais pas dire que ça aide pas, forcément ça aide quoi.

La répétition en fait du geste et des situations...

Ouais et puis la connaissance des situations quoi. C'est complètement différent, moi... avant...au début que j'étais aux urgences...(souple) des arrêts cardiaques j'en avais pas géré beaucoup dans ma, dans ma (*rire*) carrière... Une hémorragie bah oui j'avais peut-être, non même pas j'avais fait beaucoup de traumatisme donc...effectivement c'est, enfin, voilà ne serait-ce que, même un truc tout bête mais, enfin beaucoup moins vital peut-être, quoi que ça peut des fois dégénérer, mais quelqu'un qui fait une crise d'épilepsie

généralisée, qui récupère pas, qui est tout bleu etcétera, moi j'avais jamais vécu ça non plus avant d'être, au début que j'étais infirmière, bah du coup c'est vrai on est obligé d'être impressionné...mais à partir du moment où on a la connaissance de ce qu'on doit faire...bah déjà on...on est...bah la différence c'est que je connais (*rire*). En fait c'est ça, c'est l'expérience de la technicité et puis la connaissance des pathologies et des... mais ça veut pas dire qu'on a jamais de stress. C'est pas parce qu'on a l'expérience qu'on n'a jamais de stress hein. On a quand même le stress...enfin le stress... le... quelqu'un qu'on voit partir ça fait tout de suite peur hein, enfin je veux dire, sauf que bah comme on est sur de, enfin il y a des choses qu'on connaît parfaitement, c'est la mise en place de tout ce qui doit être retour...bah du coup...

Donc du coup est-ce que malgré l'expérience, est-ce qu'il vous arrive encore d'être en difficulté face à ce type de prise en charge ?

Bah oui, enfin en difficulté, après les difficultés ne sont pas les mêmes mais...enfin pas en difficulté en..., enfin en difficulté (*soupire*) je ne sais pas...en difficulté comment ça ? En stress, enfin en stress en ...ce n'est pas le même.

Peut-être...peut-être un stress qu'on arrive malgré tout à ne pas gérer ou...

Bah on arrive à le gérer...

...ou une émotion qu'on arrive malgré tout à ne pas gérer.

Bah si mais, on est toujours, enfin les difficultés elles ne sont pas les mêmes, peut-être qu'au départ on est...enfin j'étais plus...je crois que j'étais plus en stress de... de ma technique et...enfin voilà, donc déjà j'ai libéré ça, après...la connaissance des produits c'est pareil, au début on ne connaît pas bien les produits, on ne sait pas les dilutions, les dosages, on ne sait pas tout comme ça d'un coup. Puis quand par exemple même, quand...on est devant l'urgence on nous dit de...on nous prescrit oralement un produit bah c'est plus le temps de dire « mais je le dilue comment ? », alors c'est la collègue si elle connaît...enfin voilà. Donc ça déjà ce n'est plus les mêmes...

Ce n'est plus les mêmes difficultés finalement.

Ce n'est pas les mêmes difficultés mais on a toujours, on est toujours confronté quand même à des difficultés, difficultés aussi des fois de se retrouver tout seul, comment alerter l'autre et puis d'être avec quelqu'un de l'équipe qui connaît pas non plus, enfin...on est quand même...c'est pas, enfin...ce n'est pas....c'est toujours un peu stressant un peu pour tout le monde.

Ouais, d'accord.

Mais pas le même stress, enfin comment dire ? Ce n'est pas la même chose c'est sûr (*rire*).

D'accord. Et...

Je ne sais pas si j'ai bien répondu.

Si, si, si.

(Rire) non mais si je me suis bien fait comprendre.

En tout cas j'ai compris moi...

Bon *(rire)* ça va alors.

...donc là du coup on parle un peu de l'expérience comme un atout, finalement... selon vous, est-ce que l'expérience pourrait ne pas être un atout également dans ce type de prise en charge ?

Pour les prises en charges des gens...enfin devant l'urgence vitale, si ça pouvait ne pas être un atout ?

Ouais.

Moi je pense que c'est un atout, mais après ça dépend quelle expérience on a, c'est sûr que...bah quelques fois, enfin je ne sais pas, ça dépend *(silence)* l'expérience de, du soignant enfin à mon avis c'est un atout majeur, enfin...

D'accord.

Je pense...*(rire)* est-ce que ça pourrait ne pas être un atout ?...bah non ça ne me vient pas à l'esprit spontanément en tout les cas.

D'accord. Et...comment...Comment est-ce que vous faites finalement pour...vous en servir, pour apprendre de cette expérience ? *(silence)* On fait situation, on le répète, mais est-ce que derrière il y a une analyse de l'expérience qui est faite pour pouvoir justement appréhender les choses différemment ?

Bah après ce n'est pas institutionnel, mais après...enfin moi je sais que nous, enfin dans l'équipe avec qui je travaille, on reparle, on fait des débriefings comme je disais tout à l'heure. On reparle de ce qu'on a vécu, on...et comment on aurait pu le faire différemment, et pourquoi ça s'est pas fait comme ça à ce moment là, bah parce que voilà le médecin n'était pas là où moi je n'étais pas prête, ou le patient a glissé par terre donc on a fait une réa par terre, ce n'était pas bien, voilà. Enfin en en reparlant quoi.

D'accord.

...en reparlant, et puis aussi en se formant quoi. Enfin il y a des formations quand même...là on avait ces formations là donc...c'était bien, je crois que c'est un atout de se former régulièrement et puis aussi de reparler des situations, ça c'est sur !

D'accord. Et *(silence)* Donc le... terme de relation d'équipe à priori ça, enfin ça paraît important en tout cas, très important...est-ce que réellement une...je ne sais pas, peut-être une équipe défaillante dans la relation peut freiner justement le rendement ou l'efficacité de la prise en charge ?

(Silence) bah alors faut, moi la notion d'équipe je trouve ça super important, mais pas que dans ces soins là, dans tous les soins. Bon déjà alors ça c'est quelque chose que je,

que je défends tous le temps, mais...la deuxième chose...pff une équipe défaillante je ne sais pas trop ce que c'est, ça voudrait dire que...on parle d'une équipe où les gens s'entendent pas bien entre eux ou les gens n'ont pas la connaissance ?

Bah ça peut être ces deux là...

Défaillante à quel niveau ?

...une relation effectivement d'équipe où il n'y à pas forcément une entente correcte ou...ou je ne sais pas si on parle...

Si par exemple...

...un stress mal géré par l'un d'entre eux...est-ce que le stress peut...submerger tous le monde et du coup...tout un ensemble en fait quoi ?

Bah...c'est vrai que si il y a quelqu'un de défaillant dans l'équipe c'est forcément, enfin de défaillant, on va dire de, je ne sais pas comment ça peut être défaillant, si c'est sur de la relation, de la communication je, je trouve que c'est ça ne devrait pas avoir une conséquence sur le patient, parce que à partir du moment où on a la connaissance de son métier enfin de, de son rôle...enfin (*rire*) je me vois mal si les gens s'entendent pas ils peuvent quand même travailler ensemble...enfin je veux dire on, on ne s'entend pas avec tout les gens avec qui on travaille, enfin on n'est pas non plus en conflit, mais devant...un problème d'urgence vitale, les gens je pense qu'ils oublient leurs conflits ou alors j'en sais rien (*rire*), alors donc là ça c'était, et puis autrement défaillante parce que il y a une méconnaissance...des uns ou des autres...ça peut être, enfin je sais...ça peut être un frein, mais franchement si c'est...si c'est une seule personne elle peut être un frein mais bon en lui expliquant. Je sais pas il y a une idée qui me viendrait comme ça où on est admettons deux infirmiers puis qu'il y en a un qui a jamais géré, si...si celle qui connaît ou même le médecin hein, même le médecin quand il garde son sang-froid et qu'il sait gérer son...sa problématique et qu'il saura dire à l'infirmière ou l'infirmier qui est avec lui « tient bah prépare ça parce que ça se prépare dans tant et puis voilà »... enfin, ça palliera à la méconnaissance de l'autre membre de l'équipe quoi. Bon après c'est vrai que des fois on a vécu des choses avec des...des médecins de réa où ils sont hyper speedés et où ça gueule dans tous les sens et...c'est vrai que c'est rude. Ça c'est quelque chose qui devient assez rude, alors que si on est avec quelqu'un...je dirais qui est pondéré et qui maîtrise son truc et qui te dit, parce que même moi avec l'expérience, ça m'est arrivé qu'on me dise « bah tu prépares ça » et que je ne connaisse pas le produit parce que d'abord aux urgences on l'avait pas, parce que c'est spécifique de la neuro et que c'est un nouveau produit qui vient de sortir, et du coup, ça aussi c'est important, c'est qu'à travers tout ça il faut savoir s'affirmer aussi, dire « je sais, je ne sais pas ». Et que quand on est...quand on est jeune, enfin quand on débute, c'est là qu'on aurait le plus l'opportunité de dire « je sais ou je ne sais pas », et c'est là que l'on a le moins, que l'on arrive à moins, à le moins le dire. Alors que quand on a l'expérience on arrive à dire au médecin « bah non ça je ne connais pas quoi ». Et c'est bizarre parce que ça devrait être le contraire alors que, enfin moi je pense, il y en a plus, il y en a, on est plusieurs à se faire la réflexion comme ça.

Qu'est ce qui pourrait expliquer, ça selon vous ?

Parce que, on sait plus s'affirmer, on sait qu'on sait faire autre chose, peut être qu'on est plus affirmés dans notre...je ne sais pas voilà, donc on s'octroie plus de, enfin on s'octroie non, on, je ne sais pas. Peut être qu'on est plus affirmés, qu'on sait qu'on connaît plein d'autres choses et du coup...je ne sais pas. Peut être qu'il y en a qui osent...mais c'est vrai que l'autre fois on parlait de ça, le positionnement face...bah même dans les cas d'urgence c'est vrai que savoir se positionner, dire « je sais, je ne sais pas, où est ça » et...savoir aussi guider...l'aide soignant avec qui on est pour dire « bah tiens tu dois faire ça et ça », c'est du positionnement ça non ?

Oui. Peut être qu'on est plus en capacité avec l'expérience de, de prendre du recul...et de savoir les conséquences que ça pourrait avoir de, d'essayer de faire alors qu'on ne sait pas quoi.

Ouais

Parce qu'il y a quand même une notion de temps.

Ouais, peut-être hum. C'est possible. (*Silence*) .Mais...voilà. Mais alors...oui ça peut être un frein, bon dans l'équipe ça peut être un frein en même temps...mais bon (*soupire*) dans un, ouais, enfin, dans ce genre de...on a plus trop le temps de...bah ouais peut-être que ça peut être un frein je ne sais pas. Oui sûrement s'il y a quelqu'un, si on dit qu'on doit être...qu'on doit être je ne sais pas...en équipe, si le médecin gueule de toute part et qu'il ne sait pas ce qu'il doit faire oui c'est un frein, effectivement (*rire*).

D'accord.

Si l'aide-soignant se barre parce qu'il a peur, et qu'il n'a jamais vu ça et que c'est, qu'il n'est pas formé...aide-soignant d'ailleurs, et qu'il se barre oui ça va être un frein aussi...(*rire*)

C'est sûr.

...parce que, on va être un peu, ouais je pense ça peut être un, oui c'est un frein c'est sûr (*rire*).

Ok.

En réfléchissant.

D'accord...bah écoutez pour moi...

Ça y est je suis reçu ? (*rire*)

C'est bon, c'est validé (*rire*)

Vous m'embauchez ? (*rire*)

(*Rire*) c'est validé, bah merci !

Analyse descriptive de l'entretien numéro 2

Thèmes	Sous thèmes	Items
Urgence vitale	Représentations	<ul style="list-style-type: none"> -défaillance multi-viscérales, danger, arrêt cardiaque...ou pas -ce n'est pas spécialement l'arrêt cardiaque quand il y a une urgence vitale -la défaillance cardio-vasculaire massive -ça peut être un tas de situation comme l'hyperkaliémie, l'hémorragie massive, le gros choc sceptique -stabiliser au niveau hémodynamique et de l'emmener au bloc opératoire -la dépendance très, très, très forte des catécholamines avec un risque de défaillance cardiaque
	Agir vite	<ul style="list-style-type: none"> -L'urgence d'emmener un patient très, très vite. -Dans l'urgence tout va vite -On appel aussi rapidement que possible -Puis rapidement on essaye d'aller à l'essentiel (...) l'oxygénation tout de suite (...), prendre rapidement une tension. -Et puis rapidement identifier -Il faut savoir réfléchir vite, être efficient...il faut être assez rapide en fait dans la réflexion.
Le rôle de l'expérience	Débuter	<ul style="list-style-type: none"> -mais c'est sur que quand tu débutes (...) ce n'est pas facile parce que tu es happé par un nombre de chose incalculable, parce que c'est la nouveauté, parce qu'il y a du bruit, parce qu'il y a du stress (...) tu es tellement happé par ça et le fait qu'il y ait beaucoup de travaille, que dès fois tu peux passer à coté (...) des signes de décompensation -quand tu arrives fraîchement diplômé, que tu n'as pas cette expérience là, ce n'est pas facile -tu as des connaissances, même si tu n'as pas l'expérience tu as des connaissances

Thèmes	Sous thèmes	Items
	Apport de l'expérience	<p>-tu as un peu aussi, avec l'expérience, un peu un « nez infirmier »</p> <p>-l'expérience elle est bien, elle permet peut-être de se rassurer aussi quelque part (...). Mais elle ne doit pas être un frein à la formation et à l'évolution</p> <p>-l'expérience elle...c'est assez personnel mais elle t'aide quand même à...elle t'aide à cheminer</p> <p>-sur de la pratique pur, l'expérience t'aide quand même énormément</p> <p>-de la connaissance de terrain...de la sérénité aussi. Je suis quand même plus sereine dans une prise en charge de détresse vitale maintenant que je ne l'étais il y a neuf ans.</p> <p>-l'expérience ça ma apportée aussi le fait (...) qu'il faut toujours être aux aguets. Il faut toujours avoir une espèce de tonus, de bon stress latent, qui fait que du coup tu es vigil et vigilant.</p> <p>-l'expérience en réanimation ça m'a apportée la connaissance (...) un savoir faire (...) au long cour tu arrives à maîtriser le stress de l'urgence</p>
	L'expérience comme « désavantage »	<p>-si l'expérience te sert à te dire « moi je sais », tu es un peu dans la toute puissance du savoir (...). Tu rentres dans une espèce de routine où justement tu te dis « j'ai l'expérience, je connais, je sais (...) » (...).Si tu relâches un peu cette attention là, tu es mauvais !</p> <p>-tu peux être un peu dans une certaine routine (...) tu t'habitues à ça, tu ne verras peut-être pas bien (...) les signes de décompensation.</p> <p>-garder à l'esprit que même si je connais le patient, même si j'ai de l'expérience, je peux toujours avoir des mauvaises surprises</p> <p>-certaines personnes pour qui l'expérience prévaut et qui disent « je ne veux pas que l'on analyse ma pratique, ça fait vingt cinq ans que je fais cette pratique là et ça fonctionne »</p>

Thèmes	Sous thèmes	Items
Organisation des soins	Travailler au calme	<ul style="list-style-type: none"> -Quand ça sonne de partout, on met déjà les choses au silence -tu ne cris pas -on s'isole aussi -ça ne sert à rien d'avoir la porte ouverte. Voilà, on s'isole
	Maitriser son environnement et son matériel	<ul style="list-style-type: none"> -déjà si tu maîtrises ton environnement, tu sauras plus vite que ton ballon il est là, il est fonctionnel (...). Tu ne seras pas en panique parce qu'il est de l'autre côté. -d'avoir apprivoisé son environnement -comme le matériel, il faut apprivoiser les machines. Si la machine tu la connais bien, tu connais les alarmes, tu ne paniques pas
	Préparer son environnement et son matériel	<ul style="list-style-type: none"> -d'avoir repéré aussi l'environnement de ta chambre et ton matériel. C'est hyper, hyper important. Tu sais que ton ballon il est bien fonctionnel, tu sais où est la boîte d'intubation -il y a des choses sur lesquelles on ne dérogera pas, c'est-à-dire l'aménagement de ton environnement de travail -il y a des choses sur lesquelles on ne déroge pas : la préparation de ton ballon, la limite des alarmes
	Rôle déterminé	<ul style="list-style-type: none"> -il faut qu'il y ait un capitaine (<i>2 fois</i>) -il ne faut pas qu'il y ait quinze personnes à dire quinze choses en même temps -il faut que chacun ait un rôle pour que... la machine soit bien huilée
Evaluer une situation clinique	Connaissance du patient	<ul style="list-style-type: none"> -bien connaître son patient aussi, ça c'est hyper important -si tu ne connais pas bien ton patient et que tu n'as pas anticipé...ça, ça peut être un peu embêtant -dès fois tu peux arriver aussi juste à ta prise de poste, pas trop connaître ton patient...là ça peut être plus embêtant que si jamais ça fait deux trois jours que tu t'en occupes tous les jours. Hyper

Thèmes	Sous thèmes	Items	
		<p>important de bien connaître ton patient. -c'est hyper important de bien connaître ton patient et t'essayera de t'en occuper</p>	
	Observation	Voir	<p>-avant d'arriver à l'urgence vitale, c'est hyper important, si c'est possible, d'avoir repéré un peu les prodromes -l'observation clinique en fait -repérer voilà, les signes d'urgences, de détresse, d'urgence vitale -tu t'aperçois que potentiellement il peut y avoir une défaillance -le fait d'avoir repéré tous ces symptômes là -de voir aussi dès fois si quand ça sonne (...) il n'y a pas que la machine. Il y a aussi la clinique -après, il y a des choses qui sont flagrantes -il y a des choses quand même hyper claires -tu vois que ça commence à partir en torche -apprécier les signes d'urgences, de détresses, de décompensations -il faut toujours avoir un œil de lynx -toujours un peu les yeux, les oreilles qui traînent</p>
		Sentir (instinct)	<p>-d'avoir senti que potentiellement y'avait une défaillance -je le sens pas trop le patient, c'est bizarre -parce que je sens que là le ventre a gonflé, que les muqueuses sont pâles -ce que j'appellerai un peu le « nez infirmier » -tu sens que là il y a quelque chose qui ne va pas -tu as aussi quelque chose de l'ordre du « nez infirmier » -ça me permet d'avoir un peu ce nez qui me fait anticiper les choses, qui...qui fait que du coup je le sens pas trop</p>
		Seuil d'alerte	<p>-tu as mis en place un peu comme des radars -c'est toujours un peu ton radar -tu as toujours quand même un petit peu ce radar -je vais être en alerte en fait</p>
		Rester vigilant...	<p>-on n'est jamais à l'abri...d'une erreur -répéter les verrous de sécurité</p>

Thèmes	Sous thèmes	Items
		<ul style="list-style-type: none"> -tout le temps dans la dynamique -on sait très bien qu'il suffit d'une fois -l'espèce de tension un peu latente -je pense qu'il ne faut pas se lâcher complètement -je suis un peu en hyper vigilance
Travailler en équipe	Faire ses preuves	<ul style="list-style-type: none"> -tu fais ton trou aussi -au début ils ne te font pas confiance (...) ils ont besoin comme d'une épreuve du feu (...) pour savoir qu'ils peuvent compter sur toi -du moment où ils peuvent compter sur toi (...) ta parole va compter. Donc il y a aussi faire ses preuves
	Travail en collaboration	<ul style="list-style-type: none"> -on a de la chance d'avoir des médecins tout le temps dans les murs -on travaille beaucoup en binôme nous en réanimation... voilà ça roule quoi -il y a des procédures en réanimation (...) sur le binôme aide-soignant et l'arrêt cardio-respi -l'aide-soignante va prendre le tiroir des drogues d'urgence, elle va l'amener. -elle va amener la boîte d'intubation comme ça toi (...) tu vas pouvoir être aux gestes, au massage
	Connaissance de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> -bien connaître son équipe aussi, les gens avec qui tu travailles... ça peut être aussi une aide
	Communication au sein de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> -t'appel tes collègues, t'hésites pas -S'écouter, pas trop de monde non plus -là il faut appeler le médecin - j'ai une collègue qui vient de digestif (...) je lui pose des questions, elle me pose des questions. C'est un partage de savoirs et connaissances. On peut poser des questions aussi aux médecins
	Trouver sa place	<ul style="list-style-type: none"> -ça peut être aussi quand il y a trop de monde. Trop de médecins, trop de monde, tu ne sais pas prendre ta place, tout le monde se marche dessus -du coup chacun va trouver sa place

Thèmes	Sous thèmes	Items
	Positionnement au sein de l'équipe	<p>-il faut savoir aussi se positionner, c'est important</p> <p>-position vis-à-vis du médecin</p> <p>-être aussi en positionnement vis-à-vis des aides-soignantes et d'autres personnes qui sont amenés à s'occuper du patient : « bien là non, le patient n'est pas suffisamment stable pour qu'on le tourne et fasse sa toilette »...</p> <p>-ça peut être toi aussi en tant qu'infirmier... tu vas prendre la carte de groupe</p> <p>-« bien non, j'ai ce soin là à faire avant » ou « non le patient n'est pas en capacité ». Elle s'est positionnée. Ça n'a pas été facile mais c'est quelque chose qu'il faut quand même avoir à l'esprit.</p> <p>-tu argumentes aussi. Tu es en capacité d'argumenter, pourquoi là tu estimes que non, on ne doit pas faire ça</p>
	Entraide	<p>-prévenir qu'il y a une urgence et que tu as besoin d'aide</p> <p>-c'est important de savoir ce qu'il y a là bas (...)</p> <p>ça t'évite de ne pas savoir quoi faire si jamais ta collègue est occupée et qu'elle ne peut pas venir tout de suite</p> <p>-ta collègue elle peut être aidante en faisant les petites mains</p>
Gestion des émotions et du stress	Emotions	<p>-y'a beaucoup de culpabilité (<i>silence</i>). Et du coup tu peux être moins efficace parce que t'es un peu plus dans le... dans justement la culpabilité</p> <p>-avoir un peu moins de connaissance de ton patient, d'être moins dans l'affect on va dire, ça te permet aussi d'être plus efficace dans la prise en charge. Parce que justement tu es un peu moins dans le sentiment</p> <p>-tu as le patient d'une collègue qui fait un arrêt cardiaque, elle est un peu submergée (...) il y a une charge émotionnelle importante (...) du coup toi tu arrives (...) t'es moins dans l'affect donc plus dans la technique et tu es plus efficace</p> <p>-tu penses à la famille et tu n'es pas efficace</p>

Thèmes	Sous thèmes	Items
		<p>dans le geste</p> <ul style="list-style-type: none"> -la charge émotionnelle. Ça peut être un frein et ça peut être difficile quand il y a une grosse charge émotionnelle -tu es un peu dans la culpabilité
	Panique	<ul style="list-style-type: none"> -dans l'efficacité dans l'urgence vitale... pas de panique déjà, ça c'est le maître mot -enfin voilà, pas de panique, on prend les choses dans l'ordre -voilà, pas de panique -savoir garder la tête froide, ne pas paniquer
	Stress	<ul style="list-style-type: none"> -où il y a du stress -le mauvais stress, c'est le stress qui te submerge, qui t'inhibe, qui te fait faire des bêtises, qui ne te fait pas réfléchir, voilà, qui t'envahit complètement -moi ce que je qualifierai de bon stress, c'est le stress (...) qui fait que du coup j'ai un peu les écouilles
<p>Développer ses compétences</p> <p>...</p>	...par la connaissance...	<ul style="list-style-type: none"> -la connaissance des pathologies -il y a aussi la connaissance de « ça sert à quoi l'adré ? », « ça sert à quoi la noradré ? », « ça sert à quoi les curares ? ». voilà, il y a un minimum syndical (...) de connaissances. -quand tu connais... on ne paniquera pas, on saura gérer et il n'y aura pas de gag. Hyper important -s'inspirer de la pratique sans oublier de revenir aussi à la théorie, aux bouquins, à la littérature
	...par la pratique...	<ul style="list-style-type: none"> -tu as déjà pratiqué trente massages cardiaque, tu es quand même plus à l'aise que si c'est la première fois -le fait d'avoir perfusé un certain nombre de fois, c'est quand même plus aidant
	...par l'analyse de sa pratique...	<ul style="list-style-type: none"> -« là je n'ai pas compris ce qui s'est passé, qu'est-ce qui s'est joué là ? Pourquoi est-ce que je n'ai pas été efficace ? » -tu peux debriefer aussi, avec tes collègues, avec

Thèmes	Sous thèmes	Items
		<p>les médecins : « là je n'ai pas compris ce qui s'est passé (...) pourquoi est-ce que je n'ai pas été efficiente ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> -débriefer avec les gens qui viennent -il faut être vraiment dans l'analyse de pratique sur ce que tu as fait, ce que tu as bien fait, ce que tu as fait, ce que tu n'as pas bien fait...ce que tu pourrais mieux faire -c'est important de...de repenser quand même après que voilà « ce que l'on aurait pu faire » « comment est-ce que l'on aurait pu mieux faire ? » -c'est assez culturel l'évaluation des pratiques -c'est hyper important effectivement de débriefer et de revenir, tout est perfectible
	<p>...par la remise en cause...</p>	<ul style="list-style-type: none"> -il ne faut surtout pas hésiter aussi à demander conseil et à poser des questions -même au bout de quelques années, il y a encore des choses qui me surprennent -on en apprend tous les jours en fait. C'est ça le maître mot -ça m'arrive encore de poser des questions parce que je ne comprends pas, ou demander un avis -ce n'est pas parce que tu es dans une routine de soins qu'il faut un peu s'encroûter là dedans -se remettre en cause, ça c'est hyper important. Il faut rester dans l'humilité et toujours se dire que tout est perfectible -là je n'ai pas été très bonne (...) et bien ça ne m'arrivera pas la prochaine fois -tu peux avoir quelqu'un qui arrive d'un autre service, qui fait d'une manière différente et ça peut-être pas mal en fait -il faut rester dans le recul et l'humilité <hr/> <ul style="list-style-type: none"> -de te remettre en cause et (...) être capable aussi de dire à quelqu'un « là je pense que tu aurais pu mieux faire (...) »
	<p>...par la pratique réflexive...</p>	<ul style="list-style-type: none"> -il ne faut pas non plus que les gens soient noyés, il faut qu'ils apprennent aussi à réfléchir par eux-mêmes. Il faut se méfier des choses un peu

Thèmes	Sous thèmes	Items
		automatiques.
	...par la formation...	<ul style="list-style-type: none"> -ne pas hésiter, tu vois, à prendre de la documentation -je vais essayer de connaître un peu mieux cette pathologie -on a des formations aussi tu vois, toujours s'enquérir aussi
	...pour s'adapter... (adaptabilité)	<ul style="list-style-type: none"> -l'adaptabilité, la flexibilité -il faut être capable de s'adapter à n'importe quelle situation à n'importe quel moment
	...et transférer (transférabilité).	<ul style="list-style-type: none"> -je sais qu'il y avait un patient une fois il a fait ça...ben tiens je vais me rapprocher de ce genre de drogue -de ta propre initiative (...) je vais préparer une voie veineuse d'un bon calibre (...) je vais prélever RAI/Cross-match -du coup tu prends un peu les devants