

Mémoire

**Concilier stress et prise en soins d'un patient chez les infirmiers
urgentistes**

Sommaire

Introduction	Page 1
Situations d'appel et origine du questionnement	Page 3
Phase exploratoire	Page 6
• Phase théorique	Page 6
• Phase empirique	Page 11
Cadre contextuel	Page 13
Qu'est-ce-que l'urgence?	Page 13
• Définition de l'urgence	Page 13
• L'infirmier d'orientation et d'accueil	Page 14
• L'infirmier en médecine d'urgence	Page 15
Le stress comme élément perturbateur de la prise en soins	Page 15
• Présentation et origine du mot stress	Page 15
• Le stress s'explique physiologiquement	Page 16
• Un impact sur la relation d'aide	Page 19
Des compétences multiples et essentielles	Page 20
• L'infirmier possède des compétences solides	Page 20
• Une compétence stratégique centrée sur le patient : La relation d'aide ...	Page 21
• La notion de prendre soin prend tout son sens	Page 22
• Les stratégies centrées sur le soignant lui même	Page 25
Hypothèse de travail	Page 27
Enquête	Page 28
• Méthodologie	Page 28
• Choix de la méthode	Page 28
• Choix de la population	Page 29
• Choix des terrains	Page 29
• Construction de l'outil de recherches	Page 29
• Les limites de l'enquête	Page 30
Analyse	Page 31
Conclusion	Page 37

Introduction

Au V^{ème} siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate conseillait aux médecins de toujours avoir sur eux une trousse sous la main pour donner les premiers soins aux blessés.

Plusieurs siècles plus tard, la médecine d'urgence a gardé ce principe puisque aujourd'hui les premiers secours apportés aux personnes sont toujours fondés sur l'immédiateté, la rapidité de l'assistance aux personnes tout en faisant face à l'imprévu de la situation.

L'urgence est un terme, un mot, une notion qui peut faire peur à certains et en intéresser d'autres. Pour autant, tous seront d'accord pour dire que l'accès aux soins d'urgence est essentiel à la société d'aujourd'hui. Le recours à ce service est en pleine croissance, les soins effectués sont de plus en plus pointus, les examens réalisés de plus en plus à la pointe de la technologie.. En somme, le service d'urgence se perfectionne de jour en jour afin de répondre aux attentes de la population.

Pourtant, le personnel exerçant dans ce type de service reste le même : des médecins urgentistes, des infirmiers et aide-soignants diplômés d'état, avec pour unique objectif l'amélioration de l'état de santé des patients.

J'ai choisi d'aborder un sujet concernant ce thème car j'ai souvent été intéressée par ce milieu, je me suis souvent questionnée sur le personnel, leurs conditions de travail, les différentes prises en soins, ... et souvent aspirée, étant plus jeune, d'être à leur place. Ambition qui a peu à peu pris sa place tout au long de ma formation.

J'ai donc décidé d'aborder le thème du stress des infirmiers aux urgences, car c'est une notion par laquelle je me sens concernée et qui me semble intéressante d'étudier.

J'aborderai ce mémoire par mes situations d'appel, bases m'ayant servie à l'élaboration de mon questionnement. J'exposerai ensuite dans une première partie le fruit de mes recherches exploratoires, d'abord théoriques puis empiriques.

Puis je définirai au travers du cadre contextuel la notion de l'urgence, ainsi que le personnel infirmier gravitant au sein de ce service. J'évoquerai également le concept de stress, qui peut - nous le verrons au fil de ce travail - être un élément perturbateur lors de la prise en soins d'un patient.

Je présenterai ensuite le concept de relation d'aide, qui peut parfois être amputé, et tenterai

d'exposer les stratégies permettant aux soignants d'aborder leur travail dans les meilleures conditions possibles.

Cela me permettra de vous exposer mon hypothèse de travail.

Dans une deuxième partie, j'analyserai les enquêtes effectuées sur le terrain afin d'infirmier ou de confirmer l'hypothèse de départ.

Situations d'appel et origine du questionnement

Etudiante infirmière en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du centre Hospitalier d'Arras, j'ai pu effectuer lors du semestre 3 un stage dans un service d'accueil des urgences.

Ce dernier a été très riche dans de nombreux domaines, car j'ai appris à réaliser des gestes techniques essentiels, j'ai étudié les stratégies thérapeutiques d'urgence, et j'ai pu appréhender la prise en soins des patients se présentant aux urgences. La prise en soins aux urgences est différente des autres services, car les pathologies sont multiples, et peuvent être plus ou moins graves selon les situations.

J'ai remarqué que le soignant aux urgences est confronté à une double contrainte, il doit être en mesure de gérer la situation d'urgence qui englobe la prise en soins technique du patient, et il doit aussi savoir gérer le côté relationnel de la situation. En effet, dans la plupart des cas le patient ignore sa pathologie et n'ayant pas connaissance de sa future prise en soins, la situation devient vite inquiétante pour lui. Cette double difficulté n'est pas toujours simple à gérer pour le soignant; de fait, deux situations mettant en évidence cet état m'ont interpellée.

J'ai pris en soins avec deux infirmiers un homme âgé de 82 ans, emmené par les pompiers pour dyspnée aiguë avec une saturation à 84%. Ce patient était inconnu du service d'urgences et n'était pas accompagné de sa famille. Le patient a été pris en charge immédiatement et installé en salle de déchoquage, en position demi-assise car il respirait très difficilement. Une gazométrie, un bilan sanguin ainsi qu'une radiographie des poumons ont été prescrit en urgence. Cet homme manifestait un sentiment d'asphyxie : il était cyanosé, avait des sécrétions saumonées et mousseuses, regardait les soignants avec un sentiment d'horreur, avait l'impression d'étouffer. Son angoisse était perceptible par ses dires « je vais mourir » mais aussi par l'augmentation de son rythme cardiaque (tachycardie à 120 pulsations par minutes), de sa tension artérielle et l'observation de sueurs.

Les soignants essayaient de se concentrer sur la prise en soins : il fallait oxygéner le patient, libérer les voies aériennes afin de lui permettre de respirer, pour le stabiliser. J'ai vu que l'infirmier avait des gestes rapides, appelant sans cesse le médecin, tremblait lors de la préparation du matériel. Lors de la pause de la voie veineuse périphérique, ce dernier a dû s'y reprendre plusieurs fois car il ne parvenait pas à coordonner ses gestes. Le deuxième

infirmier haussait le ton quand il donnait les informations recueillies au fur à et mesure de la prise en soins (saturation, tension artérielle), avait le visage tendu. Malgré l'angoisse croissante du patient, les infirmiers n'avaient pas le temps de le rassurer car ils essayaient de se concentrer sur la prise en soins. Le patient ne comprenait pas la situation car les soins ne lui étaient pas expliqués. J'ai senti une réelle agitation autour de cet homme, et cette accumulation de signes comme l'angoisse du patient difficile à canaliser, les gestes d'allure brutale, les tremblements, le haussement de voix, la précipitation ou encore la difficulté à rassurer le patient laissent apparaître un stress chez ces soignants lors de la prise en soins.

Le diagnostic d'oedème aigu pulmonaire (OAP) a été posé quelques minutes plus tard avec les résultats de la radiographie pulmonaire. Un transfert par le SAMU dans une unité de soins intensifs cardiologiques a été décidé par le médecin de garde : dans l'attente du transfert, une préparation du patient a été réalisée par les soignants afin d'assurer le transport dans les meilleures conditions possibles. J'ai remarqué que tout était chronométré, surveillé, mais qu'aucun des soignants ne parlait : le patient étant sous oxygène, son état ne semblait pas s'aggraver mais il avait toujours un regard horrifié.

Lors de cette situation, les soignants ont déployé une forte énergie afin de faire face à l'enjeu vital : j'ai ressenti une tension, une certaine pression autour de moi qui m'a fait prendre conscience du caractère inattendu et stressant de l'urgence.

Peu de temps après, une autre situation m'a interpellée.

En effet, peu après 18h, un homme d'une vingtaine d'années est entré par l'intermédiaire des pompiers pour une plaie ouverte au niveau du crâne, avec suspicion de traumatisme crânien. Il est tombé sur la voie publique alors qu'il sortait de chez un ami. Cet homme présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 1g/L, et était agité : il avait des propos incohérents et ne souhaitait pas se faire soigner. Selon ses dires, il n'avait « pas mal et pas besoin de venir ici ». La plaie était assez importante et le saignement abondant : le médecin a décidé de lui poser des points de suture. Il a fallu d'abord désinfecter la plaie, puis raser une partie du crâne pour réaliser l'intervention dans les bonnes conditions (en respectant les règles d'hygiène et d'asepsie). Mais le blessé en état d'ivresse refusait les soins, donnait des coups dans le matériel préparé et ne se laissait pas approcher. Je me suis questionnée sur la façon dont nous allions pouvoir le soigner. Pour la prise en soins de ce patient, du renfort a du être appelé : cela a mobilisé un médecin, trois infirmiers, une aide soignante, une étudiante infirmière et environ 40 minutes. Cette mobilisation a obligé les soignants déjà

occupés avec d'autres patients à interrompre leur travail pour pouvoir être disponibles et essayer de gérer en équipe cette situation. Pendant la prise en soins, j'ai vu que certains soignants manifestaient de l'impatience par des tapements de pieds, en regardant souvent l'heure. Un autre avait les gestes brusques et n'était pas en adéquation avec les ordres du médecin. Il avait l'air d'avoir des difficultés à se concentrer.

Je me suis alors rendue compte que le temps consacré à ce patient a engendré un retard dans les autres prises en soins, et certaines familles et patients commençaient à réclamer la présence des soignants pour leurs soins. Une infirmière m'a alors expliqué que ces situations n'étaient pas rares et qu'il fallait essayer de rattraper le temps perdu, ce qui implique un effort de concentration supplémentaire. Ces signes d'impatience et de difficulté de concentration présageaient en fait un sentiment d'inquiétude par rapport aux autres prises en soins inachevées. Cette constatation montre également une certaine pression ressentie par le personnel soignant lors de cette prise en charge.

Ces deux situations, bien que différentes, m'ont interpellée et je me demande alors « quels sont les facteurs qui peuvent générer du stress chez l'infirmier face à une situation urgente? ».

Phase exploratoire

Phase théorique

Après avoir posé ma question de départ, j'ai entrepris des lectures et des recherches afin d'essayer de comprendre quels facteurs pouvaient générer un stress chez les soignants urgentistes. Afin de ne pas omettre des informations qui pourraient être essentielles, j'ai établi mes recherches et lectures en partant de mes situations d'appels.

Mais je me suis tout d'abord demandée : « qu'est ce que l'urgence? ». L'urgence est définie comme un « phénomène qui touche la santé et qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète à tort ou à raison l'intéressé et/ou son entourage¹ ».

Cette définition simple reflète à la fois le contexte d'urgence rencontré par le soigné, mais aussi par le soignant. En effet, la situation dite urgente est décrite comme survenant de façon inattendue et qui inquiète, ce qui implique que l'infirmier va devoir rassurer la personne soignée qui a peur et qui ressent le besoin de s'exprimer. Le contexte de l'urgence est particulier : le patient se trouve dans un endroit qu'il ne connaît pas, pour une pathologie qu'il ignore.

Justement, le patient lui même peut être un des facteurs générateur de stress. En effet, un patient se présentant aux urgences peut être de culture, de nationalité, d'âge, de niveau socio-économique différent. Les idées qu'un patient se fait de l'urgence et d'un service d'urgence peuvent être totalement aléatoires. La pression sociale fait qu'aujourd'hui les patients attendent un résultat le plus vite possible. Non seulement un résultat rapide mais de qualité. Le contexte médiatique joue également un rôle important dans la vision qu'ont les personnes : les médias, les reportages ou les séries télévisées regorgent d'exemples où les urgences sont un lieu dont les pathologies (mêmes les plus graves) sont soignées en quelques heures voir quelques minutes. Quelque part, c'est comme si les urgences étaient un lieu où les soignants produisent des miracles. Les représentations sociales peuvent être des facteurs générateurs de stress dans la mesure où certains patients attendent beaucoup trop du soin alors que le soignant n'est pas toujours en mesure de soigner une blessure ou une pathologie lourde de conséquences.

De plus, un service d'urgences aujourd'hui est de plus en plus visité, puisqu'on estime que

1 PRUDHOMME C. *L'IDE et les urgences*, Memento de l'IDE, 2e ed : Maloine. 2008, 156 p.

chaque année environ 15,5 millions² de patients fréquentent les structures.

La mission d'un service d'urgences est « d'accueillir en permanence toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU ». Le service se doit d'être « fonctionnel et opérationnel 24h/24h, 7/7 jours, toute l'année, d'accueillir et prendre en charge, sous la responsabilité d'un médecin (qualifié et expérimenté), toute personne se présentant en situation d'urgence médico chirurgicale ou psychiatrique³ ».

On peut ainsi imaginer que le flux n'est pas régulier, est que les pics d'affluence peuvent être source de tension. Pour cela, j'ai effectué des recherches concernant l'épidémiologie des passages aux urgences⁴. Ainsi, le recours aux urgences est très variable, tout comme le motif et les usagers. Les enfants de moins de 1 an et les personnes âgées de plus de 80 ans sont les deux catégories les plus représentées aux urgences (les soignants doivent être préparés à soigner autant les enfants que les adultes ou les personnes âgées). De même, on constate des variations au niveau de l'horaire d'arrivée, avec moins de 30% de patients le week-end et 20% la nuit.

Il existe des pics d'arrivée, avec un premier pic à 10h, puis vers 14h30, et enfin vers 19h. Un dernier pic est observé vers minuit. Cela implique donc qu'à ces heures les patients sont plus nombreux pour le même nombre de soignants : ces derniers doivent donc faire face à la gestion des patients en salle d'attente, et on remarque ici l'utilité de la spécialité « Infirmier d'Orientation et d'Accueil » (I.O.A) pour repérer les personnes aux situations plus graves qui nécessitent des soins dans l'immédiat. Ce flux peut être difficile à gérer et être source de tension, notamment aux heures où les patients sont présents en plus grand nombre.

Dans ce contexte de gestion des flux, on peut aussi se demander si la structure d'un service d'urgence peut être une source anxiogène : comment répartir les patients, dans quelles unités de soins, y a-t-il assez de places, ... Il faut savoir que l'organisation d'un service d'urgences n'est pas anodin et qu'elle dépend du référentiel « Architecture des services d'Urgence, recommandations de la société francophone de la médecine d'urgences⁵».

D'après ce référentiel, un service d'urgence est divisé en trois zones : accueil des patients,

2 SAE 2009, *Nombre de passage en France en 2009*, consultable sur : <http://prevention.sham.fr>

3 AIGUEBONNE Evelyne, LABOUSSET-PIQUET Hélène, SIEBERT Carole. *Soins d'urgence*, Les Essentiels en IFSI, ed Masson, Issy-les-Moulineaux, 2009, pp 73-75

4 Ibid, pp 73-75

5 Référentiel consultable: www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/recom_sfm_archi_service_urg

soins et prise en charge des patients, et surveillance. Un SAU (Service d'Accueil des Urgences) ou UPATOU (Unité de Proximité, de Traitement et d'Orientation des Urgences) est donc organisé de la façon suivante :

- zone d'accueil : les patients sont triés, orientés et admis selon le degré de gravité de leur pathologie. La plupart du temps située à l'entrée du service, cette zone est occupée par un agent chargé des admissions ou par un Infirmier d'Accueil et d'Orientation (I.A.O.).

- une zone d'examen et de soins : on y trouve des boxes, aménagés selon la pathologie (box réservé à la suture des plaies, à la pose de plâtre, à la consultation, ...). On y assure l'examen clinique et biologique de la personne ainsi que les soins permettant la disparition des symptômes de celle-ci. Il y a également une zone de déchoquage qui permet de prendre en charge les patients en détresse vitale ou dont la gravité de l'état nécessite une intervention et une surveillance plus importante qu'en box. Dans cette zone, le matériel de réanimation est à disposition (Chariot d'urgence).

- une zone de surveillance : elle correspond aux « lits-porte ». Cette zone permet une investigation approfondie et une surveillance plus importante des patients ayant besoin d'une surveillance prolongée, notamment pour la nuit ou pour une durée nécessaire afin d'écartier les complications⁶.

Cette division a été étudiée afin de gérer au mieux le flux des patients, pour permettre une prise en soins personnalisée selon la pathologie du patient. Pour un fonctionnement optimal, un ou plusieurs soignants doivent occuper chacune de ces zones, sachant qu'au moins deux infirmiers doivent être présents 24h/24h. Les infirmiers ne sont pas forcément assignés dans une zone spécifique, puisqu'ils sont polyvalents : mais peut être que les soignants ont leurs préférences, ce qui peut inclure une source de pression supplémentaire lorsque le soignant prend son poste au sein d'une zone dans laquelle il n'est pas à l'aise.

Cela m'amène à penser qu'une équipe de soins peut elle même être source de stress.

En effet, un service d'urgences est un lieu interdisciplinaire où travaillent de nombreuses

⁶ Référentiel Architecture des services d'urgence, recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence, pp 4-7.

personnes : au niveau paramédical, collaborent aide-soignants, infirmiers, psychologues, manipulateurs en radiologie, assistantes sociales, brancardiers, ambulanciers. Au niveau médical, on retrouve des psychiatres, médecins, médecins spécialistes, internes, externes. L'infirmier est aussi amené à collaborer avec le personnel extérieur tel que les sapeurs pompiers ou les gendarmes. Afin de maintenir un telle organisation, le service des urgences possède également des secrétaires et des agents de service hospitaliers (ASH). La collaboration en équipe est primordiale dans le sens où chaque soignant apporte à l'autre sa compétence ainsi que son expérience⁷.

Or il arrive qu'au sein de l'équipe existe une mésentente : lorsque deux soignants sont en poste en même temps et que ceux ci ne parviennent pas à collaborer, cela peut engendrer des difficultés de coordination dans les soins, des retards ainsi qu'une discordance entre la compréhension et la prise en soins d'un ou plusieurs patients. Lors de mes lectures, j'ai appris qu'une mésentente entre l'équipe et la hiérarchie peut influencer la survenue du stress, car l'équipe dit être sur le « qui-vive », dans « l'attente stressante qu'un membre de la hiérarchie supérieure vienne au sein du service pour faire des reproches, souvent non valables⁸ ».

Sur un autre versant, je me suis posée la question de la responsabilité. En effet, tout infirmier qui exerce (valable pour tous les services) a des droits et des devoirs, et je me demande si les responsabilités aux urgences pourraient être source de stress. Dans ma première situation, les soignants sont stressés, l'enjeu est vital et on peut émettre la supposition que leur responsabilité est engagée si ils ne parviennent pas à effectuer les soins de manière coordonnée. J'entends bien ici que cela reste une supposition, c'est pourquoi j'ai fait des recherches concernant la législation d'un infirmier aux urgences.

Au regard du Code de la Santé Publique et des différents articles du décret relatif à l'exercice infirmier (décret 2004-802 du 29 Juillet 2004 relatif à l'exercice infirmier) il est important de remarquer qu'en situation d'urgence vitale, l'infirmier est responsable de ses actes. Ce qui signifie que l'infirmier doit être habilité à pratiquer tout soin d'urgence. C'est l'abstention qui est punie par la loi, et non le contraire.

Les conditions d'intervention de l'infirmier sont déterminées par l'article R4311-14 du Code de la Santé Publique :

7 BENLAHOUES Daniel. Les urgences au quotidien. In *Aide Soignante*, Avril 2009, N°106, p. 11.

8 Propos recueilli lors d'un entretien en phase exploratoire.

« En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état⁹ »

Ce qui signifie qu'en situation d'urgence, l'infirmier doit pratiquer les premiers soins dans l'intérêt du patient et non pas en terme de décret de compétence. Car si l'infirmier décide de ne pas pratiquer les soins en raison d'une compétence ne lui appartenant pas, il peut engager sa responsabilité. Cette responsabilité est engagée sur « le fondement de la perte de chance ou omission de porter secours¹⁰ ».

Sa responsabilité pénale peut être engagée et retenue de la sorte « abstention fautive d'intervenir auprès d'une personne qui nécessitait des soins d'urgence¹¹ ».

Il repose en l'infirmier urgentiste une importante responsabilité, d'où l'importance de connaître les droits et les devoirs. Cette responsabilité qui repose sur les épaules de l'infirmier dans un service d'urgence peut générer un stress, car on sous-entend que la moindre erreur peut être fatale pour la personne soignée et les conséquences juridiques et pénales engagées peuvent être nombreuses en cas de faute.

9 Article R4311-14 du Code de la Santé Publique, consultable sur <http://legifrance.gouv.fr>

10 Nathalie LELIEVRE, La responsabilité de l'infirmier dans les situations d'urgence, In *Infirmiers.com*, consultable sur <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/responsabilite-infirmier-dans-situations-urgence.html>

11 Décret 2004-802 29/07/2004 relatif à l'exercice IDE

Phase empirique

Afin de vérifier la récurrence de ma situation de départ, puis de clarifier les lectures et recherches effectuées, je me suis rendue dans un service d'urgences pour rencontrer des professionnels de santé.

J'ai rencontré une infirmière exerçant dans un service d'urgences d'un centre hospitalier de taille moyenne. Lors de mon arrivée, je lui ai expliqué que cet entretien était réalisé dans le but de vérifier la récurrence du sujet que j'ai choisi de traiter pour le travail de fin d'étude. Je lui ai précisé que ses réponses restaient bien entendu anonymes.

J'ai pu échanger avec elle de manière informelle, sans questions pré-établies. L'infirmière travaille dans le service d'urgences depuis plus de dix ans.

Après lui avoir exposé l'objet de mes recherches, je lui ai demandé si elle ressentait du stress ou une tension dans son travail et dans quelles circonstances cela arrivait-il.

Elle m'a expliqué qu'un service d'urgences est un lieu où l'on travaille dans l'inattendu et que par conséquent, les soignants qui y travaillent doivent être préparés à travailler dans l'urgence. Selon elle, le stress est une chose complexe car il peut être interprété de différentes façons selon les soignants. Elle m'a ensuite parlé de sa propre expérience, en m'expliquant qu'à ses débuts dans ce service, le stress était constant car elle avait peur de ne pas savoir réagir face aux situations vitales, de ne pas savoir se servir du matériel délicat, de ne pas réussir à rassurer un patient, et aussi parce qu'elle ne connaissait pas bien la structure et le personnel avec qui elle travaillait. Cependant, elle m'a confirmé que même après dix d'expérience, le stress est encore très souvent présent. Elle m'a précisé que cela est du, selon elle, à certains patients et leur familles qui sont constamment en quête d'informations supplémentaires, de résultats rapides. Mais elle m'a précisé, non sans regrets, que cela est parfois dû à un défaut de collaboration entre certaines équipes (« parfois, quand je prends mon poste de nuit avec une certaine équipe, je sais que la nuit va être longue, et stressante... »). Selon elle, il n'existe pas un fait particulier qui peut être qualifié de stressant, mais plusieurs faits qui s'accumulent ou non. Elle m'a précisé par contre qu'elle remarque tout de suite quand un collègue est en situation de tension : « son expression est figée, il a l'air tendu, il parle peu et ses gestes sont plus rapides, brutaux. Mais comme nous rencontrons tous ces situations, nous sommes en général soudés et lui proposons de le remplacer pour qu'il puisse souffler ».

Au cours de l'entretien, je lui ai demandé des conseils qui pourraient me servir de pistes dans l'élaboration de mon travail de fin d'étude. Elle m'a précisé que le rôle infirmier dans un service d'urgences est extrêmement important, puisqu'il est la base de toute relation de soins.

Je peux maintenant faire le lien entre mes situations de départ qui m'ont interpellée par la réaction des soignants et ce que j'ai entendu au cours de l'entretien avec cette infirmière. J'ai en effet mis en avant dans ma situation de départ le fait que les infirmiers peuvent subir un stress momentané au cours de certaines situations d'urgences. C'est ce qu'a approuvé l'infirmière en me disant que l'inattendu pouvait être source de stress, surtout quand le risque est vital (dans ma première situation, les infirmiers manifestent un stress en raison de la pathologie instable du patient). De plus, la description qu'elle fait de ses collègues quand ces derniers sont stressés me montre deux choses : premièrement, les infirmiers avec lesquels j'ai collaboré pour la prise en soins de ces deux situations manifestaient un stress par leurs réactions physiques et psychologiques. Deuxièmement, que le stress est souvent présent chez les infirmiers exerçant dans un service d'urgences.

Mes recherches théoriques basées essentiellement sur les facteurs pouvant être source de stress dans les situations d'urgences sont confortées par les propos de l'infirmière. En effet, selon cette dernière le stress peut être dû à de nombreuses choses, comme par exemple le patient et son entourage, l'équipe, l'urgence vitale,

Au final, ma phase exploratoire a permis de cerner le fait que les soignants travaillant aux urgences sont soumis à des situations génératrices de stress. Ces réactions proviennent d'une interaction entre divers faits, tels que les professionnels, l'environnement ou encore les usagers. Pour autant, les services d'urgences aujourd'hui doivent faire face à de plus en plus de patients, le flux augmentant sans cesse, et les soignants ont pour mission de prendre en soins le malade dans sa globalité. Comme me l'a dit l'infirmière rencontrée lors de l'entretien, le rôle premier est avant tout un rôle d'écoute, de réassurance : je me demande alors « **Dans quelle mesure les soignants parviennent-ils à concilier la gestion du stress ressenti quotidiennement et l'écoute du patient?** ».

Cadre contextuel

I. Comment peut-on définir l'urgence?

Le référentiel de compétence de l'infirmière en médecine d'urgence cite Nicole AUBERT¹² pour définir l'urgence. Selon elle, « l'urgence désigne à la fois, d'abord une **situation** (urgence contextuelle), ensuite un **jugement** porté sur une situation (urgence subjective) et enfin une **action** tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate). Ainsi, en poussant les choses à l'absurde, on en arrive à ce qu'une situation est urgente parce que, jugée urgente, elle appelle une réponse urgente. » On remarque ici toute l'importance d'un personnel formé pour faire face à ces situations, car l'urgence dite subjective est différente selon l'individu, et la réaction immédiate qui en découle doit être adaptée à la pathologie de la personne soignée. Le personnel soignant, précisément l'infirmier urgentiste, possède des capacités lui permettant d'élaborer un projet de soins adapté à la situation rencontrée.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) définit l'urgence en cinq niveaux, selon la gravité de l'état de santé de la personne. L'ensemble de ces niveaux ou classes est appelé « Classification Clinique des Malades aux Urgences » (CCMU)¹³ :

- **Classe I** : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences.
- **Classe II** : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.
- **Classe III** : Etat fonctionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique et thérapeutique aux urgences.
- **Classe IV** : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.
- **Classe V** : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

12 AUBERT Nicole. *Le culte de l'urgence*, Flammarion, 2003, pp. 36-37.

13 Classification Clinique des Malades aux Urgences, consultable sur : <http://www.efurgences.net>

Au sein d'un même service, il n'est pas rare de rencontrer ces cinq niveaux d'urgence à la fois : c'est pourquoi on rencontre deux types d'infirmiers, l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil (I.O.A) et l'infirmier urgentiste (qui travaille au niveau des box).

1.1 L'Infirmier d'Orientation et d'Accueil (I.O.A)

Depuis 1985, l'infirmier d'orientation et d'accueil a une place essentielle au sein de l'organisation des urgences : sa mission est « **d'accueillir** de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée, de définir les **besoins** de santé et les priorités de soins, de décider du lieu le plus adapté aux besoins (attente, box, déchocage, ...), en lien permanent avec le médecin¹⁴ ».

L'I.O.A doit prioriser et organiser la prise en charge de chaque patient, **informer** et **aider** les patients et leurs familles, **rassurer** et surveiller l'état de santé (notamment si il y a aggravation) ainsi que **communiquer** et coordonner les soins. Pour cela, il s'aide d'une « échelle de tri¹⁵ » qui lui permet de classer les patients se présentant aux urgences selon le degré de gravité de leur pathologie, en fonction de leur besoins. C'est un impératif organisationnel qui va faciliter l'organisation, et médical surtout en cas d'afflux qui permet par exemple d'éviter une perte de chance liée à l'attente.

- Degré aigu (Tri 1) : urgence vitale ou absolue, la prise en charge médicale doit être immédiate.
- Urgent (Tri 2) : urgence de premier contact médical dans un délai inférieur à 20 minutes.
- Semi Urgent (Tri 3) : Urgence à examiner dans un délai de 60 minutes.
- Non Urgent (Tri 4) : Urgence ressentie ou relevant d'une consultation, aucun caractère d'urgence, à examiner dans les 120 minutes.

Cet infirmier un peu particulier est un pilier au sein de la structure d'urgences car c'est lui qui repère les urgences dites « vraies » ou vitales permettant à ces patients d'être pris en charge immédiatement. L'infirmier est conscient de ses responsabilités et comme je l'ai explicité dans la phase exploratoire, les conséquences juridiques et pénales engagées sont

14 Référentiel IOA, p.5

15 Référentiel IOA, p.14

nombreuses.

1.2 L'Infirmier en médecine d'urgence

Tout comme l'I.O.A, l'infirmier urgentiste a pour mission de prendre en soins un patient se présentant aux urgences. Il doit **l'accueillir**, réaliser les soins sur rôle propre et sur prescription médicale, **surveiller** le patient et s'assurer de son devenir (transfert vers une autre unité de soins, retour au domicile, ...). Au delà de la prise en charge médicale, son rôle sera aussi d'**informer** et d'apporter un **soutien psychologique** au patient.

Cependant, comme je l'ai constaté dans ma situation d'appel et lors de ma phase exploratoire, certains faits peuvent venir perturber le bon fonctionnement du service, ainsi que la vigilance du personnel.

II. Le stress comme élément perturbateur de la prise en soins

Nous avons pour l'instant vu que le stress est un élément récurrent chez les infirmiers au sein d'un service d'urgences, mais comment pouvons nous le définir?

2.1 Présentation et origine du mot stress

Etymologiquement, le terme stress vient du latin *stringere* signifiant étreindre, serrer, resserrer, lier. En français, il a donné étreindre puis **détresse**, sentiment d'abandon, de solitude, d'impuissance que l'on éprouve dans une situation difficile¹⁶.

Dans le langage courant, le stress est associé à l'anxiété, la dépression, la fatigue, et est défini comme un « état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque¹⁷ ».

C'est Hans Selye, médecin canadien d'origine hongroise, qui utilise pour la première fois le mot stress en 1946. En 1963, il l'utilise pour la première fois en médecine et le définit comme « *des tensions faibles ou fortes éprouvées depuis toujours, et déclenchées par des*

16 LAURIAN Anne-Marie. *Les cinq sens et les sensations*, Lexicographie contrastive. Les représentations dysphoriques : la traduction de désarroi et détresse, p. 245.

17 Encyclopédie Larousse, consultable sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

événements futurs désagréables ou agréables,... forces potentiellement destructrices¹⁸».

C'est Hans Selye qui donne en au mot stress son sens moderne.

Pour ce médecin, le stress n'est pas l'équivalent de la tension nerveuse, ni le résultat d'une lésion. Et surtout, il n'est pas à éviter à tout prix : « le stress va de pair avec l'expression de toutes nos impulsions intérieures, il résulte de toute demande qui s'exerce sur une partie de l'organisme. En fait, l'absence de stress, c'est la mort¹⁹ », dit-il en 1956. On entend donc ici que les soignants s'aideraient du stress ressenti pour réfléchir plus efficacement à la prise en soins.

Hans Selye découvre ce qu'il appelle le Syndrome Général d'Adaptation (SGA), comportant trois phases²⁰ :

- la **phase d'alarme** : c'est la manifestation de symptômes différents selon le tempérament de chacun,
- la **phase de résistance** : l'organisme est stimulé en permanence grâce à diverses modification physiologiques (production d'hormones, ...). si cette phase devient trop longue, le corps s'épuise et cela peut se traduire par des symptômes tels que des céphalées, insomnies, tensions musculaires, ...
- la **phase d'épuisement** : l'individu a utilisé toutes ses ressources et s'effondre car il n'a plus de forces psychologiques, physiques et biologiques pour faire face au stress.

A différents niveaux, on apprend que le stress peut être **positif** ou **négatif**, c'est à dire qu'à un certain degré, le soignant va s'aider du stress ressenti pour réfléchir plus efficacement. Par contre, ce stress peut être source de difficultés, en raison des forces psychologiques et biologiques qu'il demande.

2.2 Le stress s'explique physiologiquement

Nous venons de voir que lors d'une situation stressante, l'organisme doit mobiliser de l'énergie pour lui permettre d'accroître sa capacité à se défendre face aux agressions. Dans le syndrome général d'adaptation décrit par Hans Selye, trois systèmes sont

18 SELYE Hans. *Le stress de la vie : le problème de l'adaptation*; trad. de l'anglais par P Verdun.

19 SELYE Hans. *Le stress de la vie : le problème de l'adaptation*; trad. de l'anglais par P Verdun.

20 CHOQUE Stella et Jacques. *Soignants : Stress, apprendre à le gérer*. 2e ed : Lamarre, 2007, 157 p.

impliqués : le système hypothalamo-sympathico-adrénergique, le système hypothalamo-hypophyso-surrénal, et le système nerveux central.

Après une agression, l'organisme est mis en **alerte** par le système nerveux sympathique qui reçoit le signal de la situation stressante. Ce signal est envoyé à l'hypothalamus par l'intermédiaire du système limbique, qui sécrète la noradrénaline, une hormone jouant le rôle de neuro-transmetteur.

Une fois stimulé, l'hypothalamus réagit en sécrétant la CRH (corticolibérine), une hormone envoyée à l'hypophyse par le biais de la tige hypophysaire.

Puis l'hypophyse libère de l'ACTH, une hormone qui stimule les glandes surrénales : c'est le système hypothalamo-hypophyso-surrénal qui intervient, nous sommes lors de la phase de résistance du syndrome général d'adaptation de Selye. Dans cette phase, le stresser se maintient.

Lors de cette phase, l'adénohypophyse (partie de l'hypophyse) sécrète trois hormones principales :

- L'hGH (Human Growth hormone), aussi appelée somatotrophine ou hormone de croissance : elle est stimulée par la GHRH de l'hypothalamus. Cette hormone a plusieurs fonctions dont la stimulation du foie en favorisant le catabolisme des triglycérides, ainsi que la glycogénolyse, nécessaire pour **apporter à l'organisme l'énergie dont il a besoin.**
- La TSH (Tyroid-Stimulating Hormone), aussi appelée thyrotrophine : cette hormone est celle qui régule la glande thyroïde et ses sécrétions, telles que la T3 et T4. Elle est stimulée par la TRH de l'hypothalamus. La T3 et la T4 ont pour but de favoriser la glycolyse qui elle même va favoriser la production d'ATP (Adénosine Triphosphate). **L'ATP va fournir à l'organisme l'énergie dont il a besoin pour lutter contre le stress.**
- L'ACTH (Adrenocorticotropie Hormone), encore appelée corticotrophine : elle est stimulée par la CRH (secrétée par l'hypothalamus). L'ACTH stimule la production par le cortex surrénales des gluco-corticoïdes. Le rôle de ces glucocorticoïdes est la **régulation du métabolisme et de la résistance au stress.**

Suite à la production d'ACTH par l'hypophyse, les glandes surrénales (corticosurrénales et médulosurrénales) produisent donc à leur tour trois type d'hormones, qui ont une influence sur le stress :

- L'aldostérone, hormone qui intervient particulièrement dans la régulation de la pression artérielle. Un état de stress prolongé provoque un excès de cette hormone et peut conduire à terme à une hypertension, ce qui s'avère dangereux pour le coeur.
- Le cortisol qui contrôle la glycémie. En cas de stress, le taux de sucre dans le sang augmente considérablement pour permettre à l'organisme de lutter efficacement contre la situation stressante en puisant dans les ressources glycémiques.
- L'adrénaline, hormone dérivée de la noradrénaline qui est un neuro-transmetteur ayant pour fonction la stimulation de l'appareil cardio-vasculaire. En cas de stress, cette hormone provoque une augmentation du rythme cardiaque par vasoconstriction des vaisseaux sanguins²¹.

Ainsi, au cours de la phase d'alerte du syndrome général d'adaptation, l'adrénaline et la noradrénaline (les catécholamines) mobilisent l'énergie dont l'organisme a besoin pour lutter contre l'événement stressant.

Lors de la phase de résistance, les hormones hypophysaires (ACTH, hgH et TSH) vont agir sur les différents organes de l'organisme, qui vont produire de l'énergie pour face face au stimuli stressant. Cette énergie est en grande partie due aux glucocorticoïdes produites par les glandes surrénales.

Lors de la phase d'épuisement, l'organisme s'épuise car ses capacités énergétiques s'amenuisent : le taux de glucose diminue. Les systèmes endocrinien et neuronal se dérèglent, ce qui provoque une augmentation des glucocorticoïdes : à long terme, c'est ce qui provoque l'apparition de pathologies²².

Ainsi, c'est l'hypothalamus qui est le centre du stress car il contrôle le système nerveux autonome : cela suppose que pour s'adapter à une situation stressante, l'organisme a besoin de réduire le stress plutôt que de le développer.

21 TPE sur le stress, consultable sur <http://tpe-sur-le-stress.e-monsite.com/pages/bibliographie/>. Le stress, consultable sur <http://savoir.fr/le-stress>

22 Schéma explicatif concernant la physiologie du stress en annexe.

On peut considérer que le stress a besoin de plusieurs facteurs pour se développer : en effet, la tension ne dépend pas que d'une situation jugée stressante, mais il dépend aussi des capacités de l'organisme de chaque individu à se réguler. Ce qui explique pourquoi certains individus soumis à la même pression ne ressentent pas les mêmes difficultés. Cette théorie a été mise en évidence par Lazarus (en 1984), Bruchon-Scheitzer et Al (en 1994) et Pronost (en 1997). Selon ces auteurs, le stress dépend de la manière dont le sujet **perçoit** la situation dans laquelle il se trouve impliqué. Cela signifie que l'individu est acteur car il met en place des stratégies cognitives, émotionnelles et actives pour modifier l'impact du stress.

C'est le cas des soignants exerçant en service d'urgences : l'infirmier prend en soins un patient : il établit rapidement un diagnostic infirmier, élabore un recueil de données, il se trouve impliqué dans une situation qui lui demande de la concentration et de la précision. Si cette situation a déjà été vécue et « vaincue », elle apparaîtra comme plus rassurante et moins stressante. C'est peut être ce qui explique que les situations plus graves (estimées à un taux de 0,4 % dans les services d'urgence), demandent plus de temps d'adaptation de la part de soignants.

2.3 Un impact sur la relation d'aide

Comme vu précédemment, le stress peut épuiser le soignant qui utilise toutes ses capacités physiques, psychologiques et biologiques. Le patient, qui est le seul à pouvoir définir son ressenti de l'urgence a besoin d'être rassuré, a besoin d'échange avec le soignant.

Le stress va dépasser les capacités d'adaptation du soignant qui va développer des comportements négatifs vis à vis du patient. Cela se traduit par une agitation incontrôlée, de l'excitation ou encore des actes irréfléchis. Le soignant aura tendance au comportement de fuite et au comportement dit de « la conduite à tenir », c'est à dire qu'il va « faire des gestes » techniques pour assurer la prise en soins, mais n'aura pas d'attitude aidante envers le patient. Il va avoir des difficultés à prendre du recul, à évaluer la situation dans son ensemble²³.

D'après Claude Curchaud, l'infirmier va développer des mécanismes de défenses (inconscients)

23 CONINX Pierre. Samu des Hauts de Seine, Avril 2006, consultable sur : www.versailles.iufm.fr/colloques/sante/coninx

pour lui permettre de lutter contre le stress. Cela va se traduire par une *diminution des capacités d'écoute*²⁴ et les soins vont se réduire à la sphère technique. Ce qui explique peut être l'attitude des soignants dans ma première situation : les soignants sont concentrés sur les soins techniques et oublient de rassurer le patient, de lui expliquer les soins.

Sur quelles compétences l'infirmier urgentiste peut-il s'appuyer afin de résoudre ce problème?

III. Des compétences multiples et essentielles

3.1 L'infirmier possède des compétences solides

Les missions de l'infirmier urgentiste définies précédemment nous montrent que ce dernier doit être polyvalent, c'est à dire posséder les compétences nécessaires et actualisées afin de pouvoir prendre en soins un patient se présentant aux urgences quelle que soit la pathologie.

Afin de comprendre l'importance des « compétences requises » demandées chez l'infirmier urgentiste, il convient de définir ce terme. La notion de compétence correspond à la **mobilisation** et à la **combinaison** dans l'action d'un certain nombre de ressources individuelles ou collectives : des connaissances, le savoir faire technique, le savoir faire relationnel, les aptitudes et qualités.

Selon Guy LE BOTERF²⁵, la compétence constitue un « **savoir mobilisé** », c'est à dire qu'il faut être capable de mettre en oeuvre ses compétences dans les circonstances adéquates, un « **savoir combiné** », c'est à dire que le professionnel de santé doit être capable de sélectionner les compétences dont il a besoin pour réaliser le soin, et un « **savoir transféré** », c'est à dire qu'il doit être capable de s'adapter dans n'importe quelle situation.

Outre les compétences relatives à tout infirmier (telles que la qualité relationnelle, les connaissances techniques, les compétences administratives, le sens de l'organisation, la rapidité, l'efficacité), l'infirmier en structure d'urgences se doit de posséder des

24 CURCHOD Claude. *Relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2009, p. 76.

25 LE BOTERF Guy. Les compétences, de l'individuel au collectif : de quel concept de compétence avons-nous besoin? In *Soins cadres*, Février 2002, N°41.

connaissances et savoirs relatifs à la **médecine d'urgence**, des **compétences stratégiques** (jugement clinique, résolution de problèmes) ainsi que des **compétences techniques**. De plus, il doit posséder des **compétences en psychologie** (lors d'une urgence psychiatrique, l'infirmier doit être capable de faire face à la pathologie, de même il doit être capable d'établir un diagnostic différentiel).

On note donc ici l'importance des multiples compétences de l'infirmier aux urgences : elles sont solides, efficaces, et sont souvent évaluées (selon l'article R4312-10 du Code de la Santé Publique, l'infirmier doit actualiser et perfectionner ses compétences et connaissances pour garantir une qualité de soin irréprochable²⁶).

3.2 Une compétence stratégique centrée sur le patient : La relation d'aide comme pilier

Qu'est ce que la relation d'aide?

La relation est une « liaison entre deux ou plusieurs personnes²⁷. »

La relation soignant-soigné est un « rapport mettant en lien au minimum deux personnes ayant pour raison ou objectif, majoritairement des soins. De cette façon, tout acte, tout geste technique ou de confort s'inscrit dans la relation soignant-soigné²⁸».

La naissance de la relation d'aide date des années 40, prenant source au travers le mouvement de la psychologie humaniste née aux USA. Elle fut développée dans les années 50. Le père fondateur du concept de relation d'aide est Carl Roger, même si on peut citer aujourd'hui plusieurs défenseurs de ce concept tel que Abraham Maslow ou encore plus récemment I. Yalom.

La relation d'aide, qui n'est autre que de la psychologie humaniste, prône sur la **prise en compte globale** de l'individu (et non pas que sur ses symptômes). La relation d'aide est donc une approche psychologique centrée sur la personne, entre le soignant et le soigné, et pas seulement une approche médicale.

On peut donc définir la relation d'aide en soins infirmiers comme un moyen d'aider le

26 Article complet en annexe

27 Dictionnaire Quillet Flammarion

28 MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*, 3e ed : Rueil-Malmaison, Lamarre, 2008, 223 p.

patient malade en prenant en compte sa vie personnelle, sa famille, son travail. Une relation d'aide est une **relation de confiance** qui s'installe petit à petit entre le soignant et le soigné.

Selon Alexandre Manoukian, dans son livre « La relation soignant-soigné²⁹ », la relation d'aide vise un réel changement chez le patient, qu'il soit dans la gestion de sa maladie ou encore dans sa vie personnelle. Il pense que toute relation efficace aboutit à un changement, première étape positive, car le patient ressentira en premier lieu un soulagement émotionnel. De plus, cela permet au patient de comprendre ce qui se passe, et cela l'aide à réorganiser sa vie.

Au niveau du rôle infirmier, **l'écoute centrée sur la personne** est pratiquée comme une **écoute active**, dans le but de permettre à la personne soignée écoutée d'avoir de nouvelles représentations de son vécu, d'avancer à son rythme dans la manière de penser sa maladie. En fait, au travers la relation d'aide, le soignant ne va qu'écouter le soigné sans interférer dans ses propos. C'est le soigné qui décide de parler de lui, et cela lui permet de clarifier les événements qu'il rencontre, et ainsi prendre conscience qu'il peut voir autrement la maladie et l'accepter : l'écoute active permet **d'apaiser** le patient.

3.3 La notion de prendre soin prend tout son sens

Dans le cadre du rapport soignant-soigné, le soignant va de par ses connaissances, ses habiletés, son savoir faire et savoir être, mais aussi par ses capacités d'écoute et d'observation, être en mesure de prendre en soins un patient autant dans la technicité que dans le relationnel : c'est ce que Walter Hesse appelle le concept de « prendre soin » : « En limitant mon propos au seul domaine de la santé, le concept de « prendre soin » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. On voit ainsi combien la concrétisation de cette aide sera tributaire de la représentation que le soignant a de la santé³⁰. »

Cette attention s'inscrit donc « dans la perspective d'apporter de l'aide à la personne, donc

29 MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*, 3e ed : Rueil-Malmaison, Lamarre, 2008, pp. 51-60.

30 HESBEEN Walter. *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, 195 p.

d'apparaître comme un professionnel aidant pour elle, dans sa situation singulière et en utilisant les compétences professionnelles qui caractérisent les acteurs de telle ou telle profession ».

C'est une valeur induisant une dimension humaine, une relation soignant-soigné qui prend en compte l'individu dans sa globalité.

En anglais, pour qualifier ce concept de « prendre soin » deux termes sont utilisés mais ils sont différents par leur connotation. Nous avons le « to cure », signifiant littéralement **soigner pour soulager**, prendre en charge, et le « to care », signifiant prendre soin, en donnant de sa personne, de son temps, son **attention**.

Dans une situation d'urgence, le « to care » et « to cure » sont liés puisque l'infirmier répond aux différents besoins de la personne, qu'ils soient physiques ou psychiques.

Pascale Morel-Vulliez, médecin au conseil de la MSA, a publié un texte sur le « prendre soin³¹ » résumant bien ce que signifie ce concept dans la pratique soignante :

« Prendre soin : écouter la plainte, la prendre en considération, écouter simplement, partager la confiance, recevoir une confiance, être complice, discuter, être proche sans parler, être présent, s'arrêter un moment, se laisser interpeller, répondre à l'appel.

Prendre soin : un bonjour, un au revoir, un sourire, un éclat de rire, un regard, une caresse, une bise, une main serrée, de la chaleur, de la tendresse.

Prendre soin : être prêt à rencontrer l'autre, accompagner au quotidien, s'accompagner l'un l'autre dans l'inconnu de la vie et de la mort³² ».

Aussi, le concept de « prendre soin » permet à la personne soignée d'utiliser ses propres ressources pour se soigner, comme le précisait la philosophie de l'Humanité : « *Prendre-soin d'une personne, c'est toujours l'aider à prendre soin d'elle-même. C'est à la fois procéder à des actions et à des traitements ciblés sur la pathologie dont elle souffre, pour en réduire au maximum les atteintes et les conséquences, et prendre soin des forces vives de la personne, de tout ce qui en elle est sain et lui permet de résister et de lutter*³³. »

Le « prendre soin » est un soin infirmier à part entière au même titre qu'un soin technique,

31 MOREL VULLIEZ Pascale, *Prendre soin*, consultable sur <http://www.grandirenhumanite.fr>

32 Texte complet en annexe.

33 GINESTE Y., PELLISSIER J. *Humanité, Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2007, 319 p.

dont le patient a besoin mais aussi l'infirmier, puisque cela permet de prendre en compte le patient dans sa globalité, mais aussi de répondre à ses **besoins fondamentaux** (notamment ceux développés par Virginia Henderson³⁴).

Comme le disait Walter Hesse, « Prendre soin est un art, il s'agit de l'art du thérapeute, celui qui réussit à combiner des éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière³⁵ ».

La relation soignant-soigné, comprenant l'écoute et relation d'aide, fait partie de la compétence « soin relationnel » de l'infirmier (compétence dont la validation s'effectue lors des stages infirmiers au sein du port folio, mais aussi lors d'évaluations des unités d'enseignement).

Le stress ressenti par les soignants et évoqué ci-dessus invoque une **diminution de l'écoute** du patient et un repli sur les « soins techniques » comme vu précédemment. Afin d'éviter cette prise en soins perçue comme négative autant pour le patient que pour le soignant, il convient de mettre en oeuvre cette relation soignant-soigné autant qu'il est possible.

En effet, nous venons de voir que la relation d'aide est une relation de confiance qui s'établit petit à petit entre le l'infirmier et le patient. Cette relation efficace permet au patient de ressentir un **soulagement** émotionnel, d'être apaisé. Cette notion de relation de confiance, définit comme une « croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence³⁶» est importante puisqu'elle va faciliter la coopération : l'infirmier va rassurer le patient en lui montrant ses compétences et le patient va aider l'infirmier en adoptant une attitude aidante.

L'infirmier va donner au patient ce dont il a besoin, ce dont il attend. Ainsi, le patient sera **soulagé** et l'infirmier **rassuré** dans sa capacité de prendre soin.

Le soignant en tire un réel **bénéfice** puisque qu'il va se sentir qualifié et efficace dans sa prise en soins, ce qui peut impacter directement sur la diminution du stress ressenti.

34 Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson en annexe.

35 HESSE Walter. *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.35

36 Centre National de Ressources textuelles et lexicales, consultable sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/confiance>

Ainsi, cette sensation de satisfaction va aider l'infirmier dans ses autres prises en charge, et ainsi de suite, ce qui conduit à la diminution de cette tension ressentie au cours de certains postes.

3.4 Les stratégies centrées sur le soignant lui même

Nous avons vu que le soignant peut tirer **bénéfice** de ses compétences portant sur la relation à l'autre, mais lorsqu'un événement stressant ou une situation ambiguë survient, peut être que ces compétences dépassent leur seuil : l'infirmier va alors mettre en place des stratégies portant non plus sur sa relation avec le patient, mais sa relation avec lui même. J'entends par là qu'il va mettre des actions qui vont lui permettre de raisonner et d'agir afin de faire face à cette situation. C'est ce qu'on appelle aujourd'hui le « coping » ou « stratégies de coping » (le coping est un mot anglo-saxon que l'on pourrait traduire par « faire face, résoudre »).

C'est R. Lazarus qui expose la notion de coping pour la première fois dans son oeuvre « *Psychological Stress and Coping Process*³⁷ » (en 1966). Mais c'est en 1984 que Lazarus et Folkman, au travers leur enquête « *Stress, Appraisal and Coping*³⁸ » vont clairement définir cette notion.

Selon ces auteurs, il s'agit de « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à gérer et maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu³⁹ ».

L'enquête menée par Lazarus et Folkman regroupe les stratégies de coping utilisées par les soignants aujourd'hui en deux catégories : le coping centré sur le **problème** (réguler la réponse émotionnelle du problème) et le coping centré sur **l'émotion** (modifier ou maîtriser le problème qui déclenche une situation stressante).

Des questionnaires comme le Way Of Coping Questionnaire (WCQ) ont ainsi été élaborés par ces auteurs afin de connaître les différentes stratégies mises en place par les individus en fonction d'une situation donnée.

Face à une situation stressante, l'infirmier va analyser l'information et évaluer l'événement

37 LAZARUS Richard. *Psychological stress and the coping process*, New York: McGraw-Hill, 1966.

38 LAZARUS Richard, *Stress, appraisal, and coping*. New York : springer, 1984.

39 PAULHAN Isabelle. *Le concept de coping*, p.545

(traitement cognitif). Il va ensuite chercher à réduire le stress ressenti par des stratégies qu'il trouvera les plus adaptées à son environnement psychologique (je mets ici en lien le mécanisme physiologique du stress, qui fait intervenir différentes hormones dans l'élaboration du stress). Ces stratégies mises en place par le soignant face à une situation jugée intense et stressante lui permettent de s'adapter à l'environnement auquel il est confronté.

De multiples stratégies pour un unique but

Il faut bien avoir à l'esprit que les stratégies de coping ne sont pas des mécanismes de défense puisqu'elles ne sont pas innées : elles s'apprennent.

Ainsi, l'infirmier apprend une ou plusieurs stratégies en fonction de son vécu, son ressenti et son efficacité.

Les stratégies de coping sont nombreuses : si elles sont centrées sur l'émotion, elles vont viser à diminuer la réaction au stress en agissant sur les **réactions psychologiques ou émotionnelles**. Elles peuvent être diverses, telles que la relaxation, la pratique d'une activité appréciée (sport, arts plastiques, ...), le soutien social, l'humour ou encore la consommation de substances (café, médicaments, tabac, ...).

Si les stratégies sont centrées sur le problème, elles vont consister à **augmenter ses ressources** (intellectuelles par exemple) pour mieux y faire face. Ces stratégies peuvent se traduire par la recherche d'informations complémentaires concernant la situation, la maîtrise de soi et aussi élaborer des plans d'actions pour tenter de supprimer le problème.

Conclusion

L'infirmier urgentiste, de part sa formation et son expérience dispose de nombreuses compétences et qualités qui lui permettent de prendre en soins un patient se présentant aux urgences. Aussi, lorsqu'un infirmier éprouve une tension qui peut être due à de nombreux facteurs, il peut mettre en place des stratégies centrées sur le patient (stratégies liées à sa compétence relationnelle, sur rôle propre) ou encore des stratégies centrées sur lui même : les stratégies de coping. Dans tous les cas, ces actions seront mises en place par l'infirmier dans le but de diminuer le stress ressenti.

HYPOTHESE DE TRAVAIL

Si l'infirmier arrive à mettre en place des stratégies de coping lui permettant de canaliser le stress ressenti, alors la relation soignant-soigné pourra s'établir et contribuer au bien être du patient et du soignant.

Enquête

Méthodologie

Mes objectifs de recherche sont de savoir si les infirmiers aux urgences parviennent à mettre en place des stratégies afin de gérer le stress ressenti lors de situations délicates, et lesquelles sont elles (ces stratégies sont elles efficaces lors de la prise en soins?). Le cadre contextuel m'a permis de montrer que le stress peut être diminué par de nombreux moyens : je souhaite donc vérifier à travers des entretiens si les concepts étudiés lors de ma phase théorique sont en effet moteur de réduction de tension et s'ils influent sur la qualité d'écoute avec le patient.

Je pense que si l'infirmier parvient à mettre en place des stratégies de gestion de stress, alors il parviendra à canaliser le stress ressenti et ainsi mettre en place une relation soignant-soigné contribuant au bien être du patient. De plus, si l'infirmier parvient à canaliser son stress, il sera d'autant plus efficace auprès du patient, et ce dernier sera plus détendu et les soins plus faciles à mettre en place.

Mon guide d'entretien a pour objectif d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse établie à la suite du cadre contextuel.

Choix de la méthode

J'ai choisi de réaliser des entretiens directifs avec des infirmiers exerçant dans un service d'urgence. Ce type d'entretien ressemble à une méthodologie par questionnaire, à la différence que l'enquêté peut répondre ce qu'il souhaite (de plus il n'a pas de restriction dans la longueur et la forme). Je pense qu'il n'est pas pertinent de réaliser une enquête quantitative puisque le stress est subjectif.

Je trouve que la méthode qualitative permet d'instaurer un climat de confiance et d'obtenir des réponses personnalisées. J'ai aussi pensé qu'à travers cette méthode je pourrais mieux me rendre compte de la facilité ou non pour les infirmiers d'exprimer leurs sentiments.

De même, je présume qu'à travers un entretien directif, les informations recueillies sont plus riches et ciblées : les soignants peuvent nous faire part de leur expérience professionnelle. Des informations supplémentaires peuvent nous être données, ainsi que des conseils.

Choix de la population

J'ai choisi de réaliser mes entretiens auprès d'infirmiers exerçant dans un service d'urgences car chacun d'entre eux a du être confronté ou est confronté à ce stress : c'est pour cela que je les ai effectués auprès d'infirmiers ayant ou non une longue expérience, puisque comme cité dans le cadre conceptuel nous réagissons tous différemment face au stress. J'ai donc rencontré des infirmiers de tout âge, diplômés récemment ou non, exerçant au sein du service d'urgence depuis plusieurs années ou non. Cela m'a permis d'avoir une vue d'ensemble sur le stress des infirmiers aux urgences.

Choix des terrains

J'ai réalisé mes entretiens auprès de trois services d'urgences. Un service d'urgence de proximité comptabilisant environ 6000 passages par an, un service d'urgence d'un centre hospitalier comptabilisant environ 27 000 passages par an et un service d'un centre hospitalier situé à proximité d'une frontière comptabilisant environ 43 000 passages par an. Cela me permet de comparer les réponses des soignants, puisque ces trois terrains diffèrent de par leur situation géographique mais aussi par le flux rencontré.

Construction de l'outil de recherche

Mon outil de recherche se construit autour de plusieurs questions, regroupées en plusieurs thèmes. Le premier thème aborde les informations d'ordre général tel que l'âge, l'ancienneté, Ensuite, les questions portent sur le stress des infirmiers aux urgences (s'ils en ressentent, à quelle fréquence, les causes, ...). Puis les questions sont ciblées sur le type de méthode que met en place l'infirmier pour faire face à la pression. Enfin, les questions abordent la relation que l'infirmier entretient avec le patient (si les stratégies mises en places sont efficaces).

J'ai donc réalisé un entretien dans chacun de ces services, sauf dans le service de proximité dans lequel j'ai pu en faire deux : une infirmière ayant 10 ans d'expérience dans le service et une autre y exerçant depuis 3 ans, une infirmière ayant 5 ans d'expérience mais

travaillant aux urgences depuis 3 mois, une infirmière travaillant dans le service depuis 9 mois.

Limites de l'enquête

J'ai rencontré quelques difficultés lors des entretiens, le service d'urgence étant un service où le flux des patients est irrégulier, j'ai parfois du réaliser mes entretiens en plusieurs fois car les infirmières étaient occupées. Les conditions d'interview ne sont pas toujours faciles, le contexte de l'urgence réduisant le temps des entretiens. J'aurais aimé interroger au moins un homme, afin d'obtenir un échantillon hétérogène, mais je n'en ai pas eu a possibilité.

Analyse

Accueil dans la structure et conditions d'interviews

Je trouve intéressant de noter la façon dont j'ai été accueillie, car je pense qu'il existe une corrélation entre l'accueil, l'image que l'infirmière renvoie et comment cette dernière se sent au sein de son travail.

Dans l'unité de proximité (que je nommerai unité 1), j'ai été accueillie de façon chaleureuse, dans la salle de repos. On m'a proposé une collation, pour me mettre à l'aise. L'infirmière était assise dans un fauteuil, l'air détendu. Dans l'unité moyenne (que je nommerai unité 2), j'ai attendu quelques heures avant de pouvoir réaliser mon enquête car le personnel était occupé. On m'a également reçu dans la salle de repos. Dans l'unité la plus grande (que je nommerai unité 3), l'interview s'est réalisée derrière l'accueil, car la salle de repos était indisponible et l'infirmière n'avait pas beaucoup de temps à m'accorder, compte tenu des intenses conditions de travail.

Je remarque ainsi que le déroulement de l'interview (comprenant le temps accordé et la « richesse » des réponses) était légèrement plus appréciable dans le service où l'infirmière semblait détendue. L'image que renvoie l'infirmière lors de l'accueil (que ce soit un patient ou un professionnel de santé) est importante puisque cela renvoie à la suite des événements. Comme je l'avais expliqué dans le cadre contextuel, la pression se ressent et cela peut se répercuter sur la personne se trouvant en face.

Les informations d'ordre général

Les infirmières interrogées sont plutôt jeunes, avec une moyenne d'âge de 31 ans (41 ans, 22 ans, 27 ans et 33 ans). A l'échelle de mon échantillon, cela laisse penser que la moyenne d'âge dans un service d'urgence reste jeune. Je remarque aussi que pour la plupart des infirmières interrogées, l'expérience au sein des urgences n'excède pas 1 an et 2 mois (respectivement 10 ans, 3 ans, 9 mois et 3 mois d'expérience). Ces deux informations ne sont pas négligeables : toujours à l'échelle de mon échantillon, j'en conclus que le personnel aux urgences est un personnel jeune avec en général peu d'expérience. Mes

recherches en phase exploratoire ont montrées que les infirmiers urgentistes éprouvent au sein du service une tension non négligeable et des conditions de travail plutôt difficiles (flux de patients pas toujours facile à gérer, possible mésentente, responsabilité importante, rencontre permanente avec la mort, ...). Cela peut expliquer la moyenne d'âge jeune, à travers l'idée que les infirmiers choisiraient des services plus difficiles en début de carrière pour ensuite s'orienter vers d'autres services.

Entretien	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Moyenne
Âge	41 ans	33 ans	27 ans	22 ans	30,75 ans
Expérience dans le service	10 ans	3 ans	9 mois	3 mois	1 ans et 2 mois

Le stress des infirmiers aux urgences

Lorsque je confronte les résultats concernant le stress éprouvé, j'obtiens des réponses quasi égales. Toutes les infirmières interrogées confortent l'idée qu'au sein du service d'urgences, elles ressentent une tension. Je remarque que les deux infirmières ayant le plus d'expérience dans ce service sont celles qui ressentent aujourd'hui le moins de pression. Les deux autres infirmières, plus jeunes, ayant moins d'expérience et travaillant dans un service plus « important » ressentent du stress tous les jours. Comme l'explique une des infirmières (entretien 2), « *plus on est jeune diplômé, plus le stress est présent* », entendant de ce fait que l'expérience peut être un avantage dans ce service lors des prises en soins.

Lors de ma phase exploratoire, l'infirmière interrogée m'avait également précisé qu'à ses débuts, le stress était constant car elle avait peur de ne pas savoir réagir face aux situations vitales, de ne pas savoir se servir du matériel délicat, de ne pas réussir à rassurer un patient, et aussi parce qu'elle ne connaissait pas bien la structure et le personnel avec qui elle travaillait.

Pour autant, une autre infirmière (entretien 1) m'a précisé que le stress « *survient à un instant T quand une situation plus grave se présente* », ce qui indique que même une infirmière ayant de l'expérience éprouve encore une pression lors de certaines situations.

J'évoque en effet dans mon cadre contextuel que l'urgence est subjective et différente selon

chaque individu, ce qui implique une capacité de réaction rapide afin de s'adapter à la pathologie de la personne soignée. Cette situation peut être « *l'instant T* » qui engendre le stress dont parle l'infirmière (entretien 1).

Quand je demande un exemple de situation engendrant le plus de tension, la principale réponse reste les urgences vitales (entretiens 1, 3, 4). Pour ces infirmières, il est plus difficile de gérer une situation grave et donc plus stressant. Comme expliqué lors de mes recherches exploratoires, il existe plusieurs degrés d'urgences, et mon échantillon se conforte dans l'idée que les urgences les plus graves restent les moins faciles à gérer émotionnellement. Pourtant, d'autres situations qualifiées de non vitales peuvent engendrer une tension, comme par exemple « *les patients en détresse psychique* » ou les patients « *ayant fait une tentative de suicide, des personnes en phase maniaque, des patients psychotiques en arrêt de traitements* » (entretien 4), d'où l'intérêt de posséder des compétences solides concernant diverses pathologies rencontrées (compétences détaillées au niveau théorique). Une infirmière prend en compte la hiérarchie pour évoquer les situations stressantes. Elle trouve difficile la collaboration avec les médecins, elle précise « *qu'ils nous en demandent de plus en plus, et ils nous délèguent de plus en plus. Nous avons trop de responsabilités, nous dépassons nos compétences, ce qui engendre un stress majeur* » (entretien 2). Je retrouve ici les difficultés de collaboration que peuvent parfois rencontrer les équipes, difficultés évoquées également lors de mes recherches exploratoires. Mais les situations stressantes peuvent aussi être celles où la douleur est difficile à calmer, « *... tel qu'une grosse fracture, une luxation.. la tension est présente lorsqu'il faut prendre en charge la douleur rapidement* ». Je peux conclure qu'à l'échelle de mon échantillon, les situations qui engendrent le plus de stress sont les situations vitales, les situations qui demandent plus de concentration et où le patient doit être rapidement évalué (au niveau de la douleur par exemple).

Au travers mes recherches, j'ai trouvé de nombreux moyens pour faire face au stress chez les soignants urgentistes. En vérifiant ces données sur le terrain, je me suis aperçue que la différence entre les bases théoriques et la réalité est minime. En effet, si je compare les moyens utilisés pour faire face au stress sur leur lieu de travail, les infirmières sont toutes d'accord pour dire que les gestes techniques sont la base de toute gestion du stress.

J'entends ici qu'elles se réfèrent à la technique, qu'elles se concentrent sur leurs gestes à effectuer pour minimiser le stress (« *je mets en place lors de la prise en charge les gestes techniques, cela m'aide à vaincre le stress. L'action aide à me concentrer* » (entretien 1), « *je possède des compétences qui me permettent d'être en mesure de prendre en charge le patient* » (entretien 2), « *j'établis les gestes techniques* » (entretien 3), « *Le risque d'erreur dans un moment pareil me paraît plus important, je fais très attention à mes gestes* » (entretien 4).

Je parlais également de stratégies de coping, qui peuvent être centrées sur l'émotion ou sur le problème. Je retrouve ces stratégies au travers mes entretiens : deux des infirmières interrogées (entretiens 2 et 3) ont comme méthode la respiration, qui leur permet de réguler la réponse émotionnelle au problème (stratégie de coping centrée sur le problème) : « *je pratique la respiration, une technique qui me permet de me détendre rapidement et de réfléchir à la situation. Je me pose 30 secondes et je fais le point sur mes capacités ...* » (entretien 2). Les deux autres infirmières (entretiens 1 et 4) utilisent des stratégies centrées sur l'émotion, leur permettant de modifier ou maîtriser le problème qui déclenche une situation stressante : « *Le fait que le patient soit techniqué, c'est à dire qu'il soit scopé, perfusé, me rassure car je sais que je pourrai toujours faire quelque chose* » (entretien 1). Cette stratégie permet de se rassurer par le biais des gestes techniques.

Je retrouve aussi dans ces entretiens la notion de compétence, définie dans mes recherches comme le moyen essentiel à toute prise en soins. Les discussions me permettent de comprendre que les infirmières se reposent avant tout sur leur expérience pour faire face aux situations rencontrées. Les soignants font le point sur leurs capacités, leurs compétences, cela les rassurent : plus ils ont d'expérience, meilleure est la confiance en eux. Ils connaissent leurs limites : « *je fais le point sur mes capacités, car je sais que je ne suis pas là par hasard et que je possède des compétences qui me permettent d'être en mesure de prendre en charge le patient. L'expérience aide à gérer la situation également..* » (entretien 2), « *Pour me rassurer, je fais le point sur mes compétences... et je me dis que j'ai fait des dizaines de fois cette prise en charge* » (entretien 3).

J'ai décrit la collaboration au sein d'une l'équipe comme étant une source potentielle de stress, or je me rends compte que pour mon échantillon, la coopération au sein de l'équipe paramédicale est au contraire une stratégie pour faire face au stress. En effet, c'est une aide

supplémentaire lors des prises en soins, toutes les soignantes sont d'accord sur ce point. Pour l'une, c'est « *le fait d'être entourée par une équipe compétente* » qui est rassurant (entretien 1), une autre en parle à ses collègues (entretien 2), une troisième « *demande l'aide* » de ses collègues, cela la « *rassure énormément* » (entretien 3). Il en convient de dire qu'une des méthodes essentielles pour vaincre le stress et être efficace est le travail en collaboration : « *il faut travailler avec son équipe* » (entretien 4).

Certaines infirmières ont également besoin de mettre en place des actions en dehors de leur lieu de travail afin d'évacuer la pression, se sentant ainsi plus apaisées et plus efficaces. Ces actions sont diverses, mais je retrouve principalement le sport (pour 2 infirmières : course à pied pour l'une et natation pour l'autre), ainsi que l'échange verbal (pour 3 infirmières : échanges avec la famille, les collègues d'un autre travail). On trouve aussi la consommation de substances telles que la cigarette (pour une infirmière).

La relation soignant-soigné

Quel que soit le moyen utilisé pour gérer la tension, il faut garder à l'esprit que la prise en soins repose avant tout sur le bien être du patient. Pour cela, l'infirmière dispose d'une compétence stratégique, appelée relation d'aide. La phase théorique explique que la relation d'aide est essentielle car elle permet l'installation d'une relation de confiance, facilitant les soins. Pour les infirmières interrogées, la relation soignant-soigné aux urgences s'établit toujours de la même façon : se montrer disponible, accueillant, et rassurer le patient. Le fait d'établir un lien direct dès le début de la prise en soins est important pour la suite, « *la relation passe par différentes étapes, de la prise de contact à la mise en confiance* » (entretien 3). Une relation de ce type repose sur la communication pour la plupart des infirmières interrogées, car la relation sera faussée si aucun échange n'est établi : « *Aux urgences, la prise en charge d'un patient débute par une prise de contact* » (entretien 3), « *Le soignant doit absolument communiquer avec le patient ... Si cette première prise de contact n'est pas bien faite ... il y a une mauvaise relation* » (entretien 4).

La mise en place de la relation soignant-soigné concerne ainsi une prise en soins globale, de l'écoute du patient à sa prise en charge « technique ». Pour autant, ce n'est pas toujours le cas : pour une infirmière, les méthodes utilisées pour vaincre le stress sont efficaces pour la prise en soins technique mais pas relationnelle. En effet, la relation s'établit mal car la concentration est telle qu'il y a peu ou pas de communication. Le soignant est avant tout centré sur la régulation du problème majeur, à savoir réaliser les premiers soins. L'expression verbale, comme expliquer les soins ou rassurer le patient, est peu mise en place car l'infirmière privilégie l'amélioration de l'état de santé en premier lieu : « *En fait, je suis tellement concentrée sur mes gestes que je ne parle pas, le patient le ressent forcément ... Il n'y a pas beaucoup de communication, le patient est un peu oublié* » (entretien 1).

Ce débat est intéressant dans la mesure où les autres soignants questionnés n'ont pas l'impression d'oublier cet aspect important de la prise en soins. Pour les trois autres infirmières, les méthodes sont efficaces puisqu'elles leur permettent d'être plus à l'aise dans la prise en soins; ce qui implique une écoute plus active, une explication des soins : « *réussir à gérer mon stress lors de la situation me permet d'y voir plus clair et de ne pas laisser le patient dans l'ignorance de son problème* » (entretien 3). Le fait de paraître calme auprès du patient rassure ce dernier, le met en confiance. Gérer son stress permet également d'avoir une meilleure confiance en soi, d'être plus attentif aux droits du patient (droit à l'écoute, à l'information, ...).

La gestion de la pression permet d'être plus attentif au patient, les interrogations concernant son bien être sont plus fluides et pertinentes. « *Je pense être très attentive au ressenti du patient ... Cela me permet d'éviter d'engendrer une situation difficile ... de ne pas me disperser* » (entretien 4).

Conclusion

L'analyse de l'enquête a permis d'explorer la problématique de départ, cette dernière étant de connaître la façon dont les infirmiers urgentistes parviennent à concilier la gestion du stress ressenti quotidiennement et l'écoute du patient.

Il est clair que le stress fait partie du quotidien de ces infirmières et infirmiers, les urgences vitales étant les situations les plus citées comme élément facteur de tension. Mes analyses démontrent que les infirmiers, conscients de leur état, déploient des stratégies afin de faire face au stress. En effet, le stress ressenti par les soignants engendre un risque d'erreurs, d'inattention, diminuant la qualité de prise en soins du patient. De ce fait, la capacité relationnelle du soignant est diminuée et le patient n'apparaît plus que comme un élément « technique ». Les infirmiers utilisent donc de façon quasi quotidienne des méthodes leur permettant de réduire la ou les sources de stress : ces stratégies leur permettent de se concentrer afin d'obtenir une prise en soins la plus globale possible. Le travail en équipe et l'expérience des uns et des autres permettent aux soignants de se rassurer, en plus des autres méthodes telles que la respiration ou l'analyse rapide des compétences possédées.

La bonne relation entre le soignant et le soigné - primordiale lors d'une prise en soins aux urgences – repose sur le savoir faire et savoir être du soignant. La mise en place de cette relation d'aide ne peut se faire que si le soignant est apte à communiquer et le patient rassuré. C'est ici qu'entrent en jeu les stratégies de gestion du stress : l'analyse des entretiens montre que les méthodes permettent aux soignants d'être plus à l'aise dans leurs prises en soins, et donc plus à l'écoute. La relation d'aide est efficace, les soins sont mieux expliqués aux patients, la réassurance est mise en oeuvre et les gestes techniques sont plus aisés.

Pour ma part, je pense que l'analyse confirme mon hypothèse de départ. Les infirmières, en mettant en place des stratégies pour canaliser le stress ressenti, parviennent dans la mesure du possible à établir une relation de qualité avec le patient. En fait, elles réussissent à gérer leur stress en mettant en place des actions qui les aident à installer une relation d'aide avec le patient.

Ce travail de fin d'étude, débuté il y a plusieurs mois, a suivi une progression que je qualifierai de circulaire. Des lectures, des doutes, remises en questions, des découvertes, un questionnement incessant, du soutien, qui m'ont permis au final d'acquiescer de l'assurance, de la confiance en moi et surtout une évolution vers mon futur métier. En effet, la réalisation de ce mémoire m'a permis de me rendre compte combien j'ai évolué tout au long de ces trois années de formation. Grâce à elle, j'ai acquis les bases du métier d'infirmière, mais aussi appris à me remettre en question. J'ai développé des valeurs personnelles et professionnelles qui me sont propres et dont je suis fière.

J'ai assimilé des savoirs qui me seront utiles autant dans la vie de tous les jours qu'au travail. Le stress, une notion, un concept me touchant de très près, est désormais une conception claire, autant dans son mécanisme que dans sa régulation.

Je pense que le choix du thème d'un tel travail n'est pas anodin, je me suis sentie très proche et impliquée dans cette oeuvre. Cet exercice personnel a été fort et enrichissant, tant sur le point personnel que professionnel : touchant le secteur que j'envisage dans ma future carrière, cela m'a permis d'obtenir une réflexion personnelle quant à mon projet professionnel. Touchant le monde du travail du bout des doigts, je peux désormais concevoir la pratique des soins autrement, et aborder plus sereinement ma future carrière.

Bibliographie

- **Ouvrages**

AIGUEBONNE Evelyne, LABOUSSET-PIQUET Hélène, SIEBERT Carole. *Soins d'urgence*, Les Essentiels en IFSI, ed Masson, Issy-les-Moulineaux, 2009, 270 p.

AUBERT Nicole. *Le culte de l'urgence*, Flammarion, 2003, 375 p.

CHOQUE Stella et Jacques. *Soignants : Stress, apprendre à le gérer*. 2e ed : Lamarre, 2007, 157 p.

CURCHOD Claude. *Relation soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2009, p. 76.

GINESTE Y., PELLISSIER J. *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2007, 319 p.

HESBEEN Walter. *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, 195 p.

LAURIAN Anne-Marie. *Les cinq sens et les sensations*, Lexicographie contrastive. Les représentations dysphoriques : la traduction de désarroi et détresse, p.245.

MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*, 3e ed : Rueil-Malmaison, Lamarre, 2008, 223 p.

PAULHAN Isabelle. *Le concept de coping*, p.545

PRUDHOMME C. *L'IDE et les urgences*, Memento de l'IDE, 2e ed : Maloine. 2008, 156 p.

SELYE Hans. *Le stress de la vie : le problème de l'adaptation*; trad. de l'anglais par P Verdun.

- **Articles de périodiques**

BENLAHOUES Daniel. Les urgences au quotidien. In *Aide Soignante*, Avril 2009, N°106, p. 11.

EDEY GAMASSOU Claire. Sources et mesures du stress au travail, quelles nouvelles voies de recherche envisager? In *Les cahiers du cergor*, septembre 2002, N°02/03.

ESTRYN-BEHAR Madeleine. Malaise à l'hôpital. In *Santé et Travail*, Avril 2009, N°66.

LE BOTERF Guy. Les compétences, de l'individuel au collectif : de quel concept de compétence avons-nous besoin? In *Soins cadres*, Février 2002, N°41.

NEVEUX-HUBBEN C. Les acteurs de l'urgence face au stress. In *Urgence Pratique*, 1997, N°22.

QUINTARD Bruno. Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. In *Recherche en soins infirmiers*, décembre 2001, N°67, pp 46-67.

ROQUES Olivier, ROGER Alain. Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public. In *Politiques et management public*, vol. 22 N°4, 2004, pp. 47-63.

La gestion du stress au travail. In *Soins*, 2001, N°spécial offert par la MNH.

- **Sites internet**

BLEICHNER Gérard et groupe de travail sur l'architecture. *Référentiel Architecture des services d'urgence*, recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Hôpital Broussais Pavillon Leriche – 11-96 rue Didot 75014 Paris, version du 16/07/04. Consultable sur http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/recom_sfmu_archi_service_urg. (consulté le 10 septembre 2012).

Centre National de Ressources textuelles et lexicales, disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/confiance> (consulté le 15 décembre 2012).

Classification Clinique des Malades aux Urgences, consultable sur : <http://www.efurgences.net> (consulté le 10 septembre 2012).

CONINX Pierre. Samu des Hauts de Seine, Cours du jeudi 6 avril 2006, consultable sur www.versailles.iufm.fr/colloques/sante/coninx (consulté le 8 février 2013).

DICTIONNAIRE LAROUSSE consultable sur <http://www.larousse.fr>

HENDERSON Virginia, Les 14 besoins fondamentaux, consultables sur www.infirmiers.com

LELIEVRE Nathalie. La responsabilité de l'infirmier dans les situations d'urgence, In www.infirmiers.com, consultable sur <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/responsabilite-infirmier-dans-situations-urgence.html> (consulté le 10 septembre 2012).

MOREL VULLIEZ Pascale, *Prendre soin*, consultable sur <http://www.grandirenhumanite.fr> (consulté le 12 janvier 2013).

PREVEL Marc, Coordonnateur. Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence. Juin 2004. Consultable sur <http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels> (consulté le

10 septembre 2012).

Référentiel Infirmier d'Orientation et d'accueil, recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence, 122, avenue du Général Leclerc 75014 Paris. Consultable sur <http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/ioa2004.pdf> (consulté le 10 septembre 2012).

SAE 2009, *Nombre de passage en France en 2009*, consultable sur <http://prevention.sham.fr> (consulté le 10 avril 2013).

LE STRESS, consultable sur <http://tpe-sur-le-stress.e-monsite.com/pages/bibliographie> et sur <http://savoir.fr/le-stress> (consultés le 8 février 2013).

- **Textes législatifs**

Décret 2004-802 29/07/2004 relatif à l'exercice IDE.

Article R4311-14 du Code de la Santé Publique, consultable sur <http://legifrance.gouv.fr>

ANNEXES

Annexe 1 : Article R4312-10 du Code de la Santé Publique	Page 1
Annexe 2 : Prendre soin, un texte de Pascale Morel-Vulliez	Page 2
Annexe 3 : La physiologie du stress	Page 4
Annexe 4 : Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson	Page 5
Annexe 5 : Guide d'entretien	Page 7
Annexe 6 : Croisement des entretiens par questions	Page 9

ANNEXE 1

ARTICLE R4312-10 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

« Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles.

Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié¹ ».

¹ Consultable sur <http://legifrance.gouv.fr>

ANNEXE 2

PRENDRE SOIN, un texte de Pascale Morel-Vulliez, reflétant la notion du « prendre soin² »

Pascale Morel-Vulliez, médecin au conseil de la MSA, titulaire de la capacité de gériatrie. Elle anime entre autre un "café nommé mémoire" dans l'Ain à Bourg en Bresse.

- Prendre soin du corps : soulager les douleurs, laver, habiller, coiffer, raser, parfumer, maquiller, masser, toucher, caresser, aider à faire quelques pas, installer confortablement, soutenir un geste ébauché et l'accompagner dans son accomplissement.
- Prendre soin : écouter la plainte, la prendre en considération, écouter simplement, partager la confiance, recevoir une confiance, être complice, discuter, être proche sans parler, être présent, s'arrêter un moment, se laisser interpeller, répondre à l'appel.
- Prendre soin : un bonjour, un au revoir, un sourire, un éclat de rire, un regard, une caresse, une bise, une main serrée, de la chaleur, de la tendresse.
- Prendre soin : consoler, prendre dans ses bras, recevoir la tristesse, le désespoir, l'angoisse, la colère, la douleur, l'agitation, l'agressivité, prendre des sueurs ensemble, apaiser, aimer.
- Prendre soin : reconnaître ses propres limites, passer la main au collègue, s'effacer, se mettre à nu dans la relation, être humble, accepter le refus, accepter l'opposition, ne pas imposer sa volonté de "bien faire", respecter la parole et le comportement de l'être humain en face de soi.

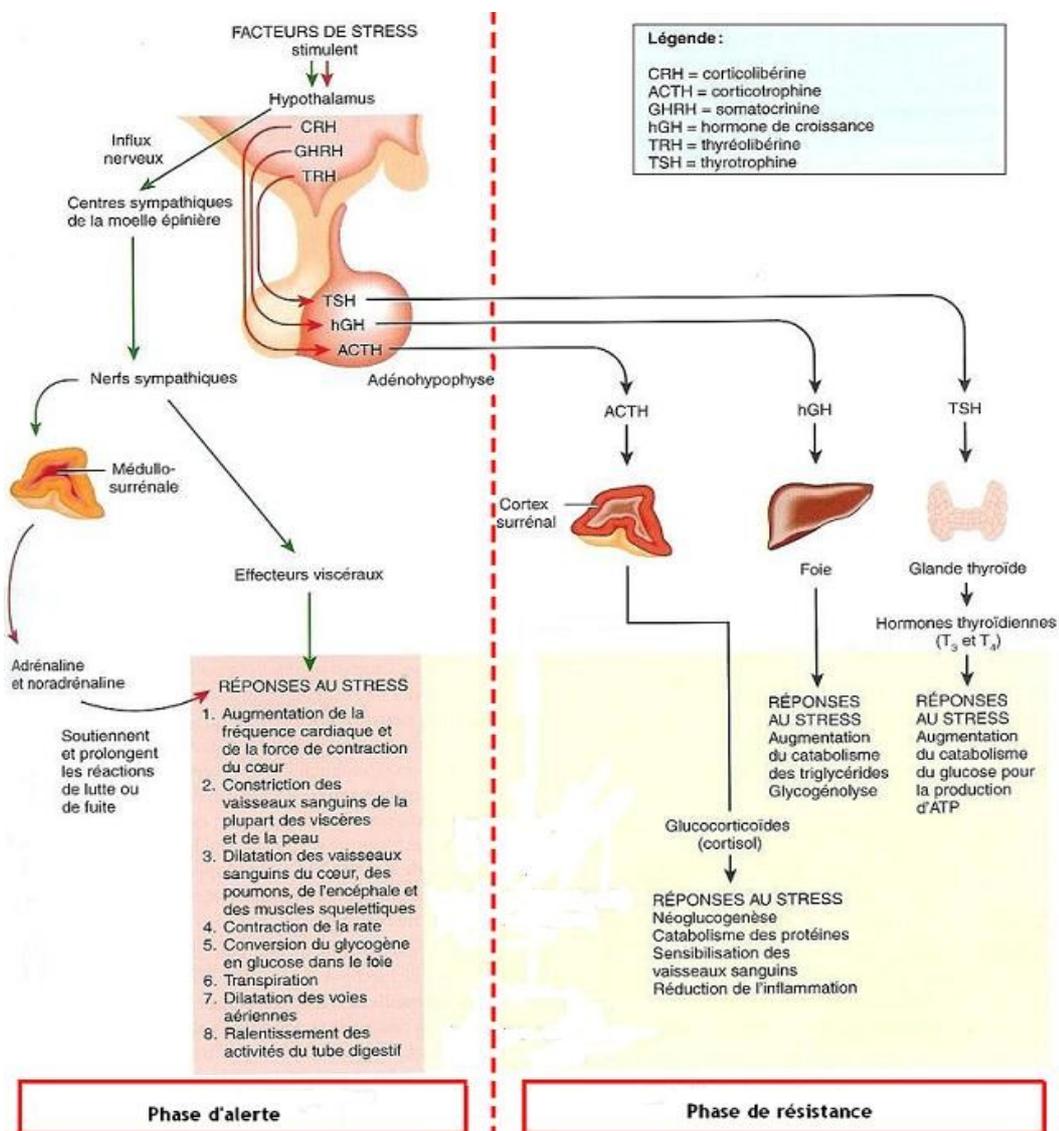
2 MOREL VULLIEZ Pascale, *Prendre soin*, consultable sur <http://www.grandirenhumanite.fr>

- Prendre soin : c'est boire un café ensemble, partager un dessert, s'asseoir côte à côte...
- Prendre soin : valoriser, ne rien attendre, prendre ce qui vous est donné, recommencer à chaque instant, chercher sans cesse le possible, ne pas s'arrêter au déficit qui s'accroît, à la perte, reconnaître la vie.
- Prendre soin n'est pas seulement: médicaments, injections, pansements.
- Prendre soin n'est pas : guérir.
- Prendre soin : être prêt à rencontrer l'autre, accompagner au quotidien, s'accompagner l'un l'autre dans l'inconnu de la vie et de la mort.

ANNEXE 3

PHYSIOLOGIE DU STRESS

Le schéma ci-dessous³ reprend l'explication des mécanismes physiologiques du stress dans son ensemble. Le stress est provoqué par différentes hormones stimulées par plusieurs parties du corps. Cela explique pourquoi le stress provoque des pathologies à différents niveaux, chaque partie du corps jouant un rôle essentiel dans la régulation des hormones intervenant dans le processus de régulation de l'organisme.



3 Schéma consultable sur <http://www.ergotonic.net/gestion-du-stress/mecanismes-physiologiques-du-stress.html>

ANNEXE 4

LES 14 BESOINS FONDAMENTAUX SELON VIRGINIA HENDERSON

- Le besoin de respirer : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
- Le besoin de boire et de manger : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
- Le besoin d'éliminer : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
- Le besoin de dormir et de se reposer : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères,

d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien être.

- Le besoin d'éviter les dangers : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
- Le besoin de communiquer : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
- Le besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
- Le besoin d'apprendre : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé⁴.

4 Texte consultable sur <http://infirmiers.com>

ANNEXE 5

GUIDE D'ENTRETIEN

Questions :

Les informations d'ordre général

Il s'agit ici de mieux connaître la personne interrogée sur son passé professionnel, afin de pouvoir faire le lien entre son âge, son expérience, les méthodes utilisées, ...).

- Quel âge avez vous?
- Depuis quand exercez vous ce métier? (connaître l'ancienneté est important pour la suite des questions).
- Depuis quand travaillez vous aux urgences?

Le stress des infirmiers aux urgences

Il s'agit ici de recenser le stress des infirmiers, s'il est ressenti différemment, pourquoi, ce qui peut le déclencher, comment cela se manifeste t-il, ... je pourrai ainsi faire le lien avec le cadre contextuel.

- Le stress fait-il parti de votre quotidien? / Ressentez vous une pression/tension au sein de votre travail? (savoir si l'infirmier interrogé est stressé en permanence, de temps en temps, ...).
- Comment le gérez vous? (connaître sa façon de gérer le stress).
- Pouvez vous me donner des exemples de situations que vous vivez au quotidien et du stress qu'elles génèrent? (cela permet de faire le point sur le type de situations générant le plus de stress).

Les méthodes mises en place

Il s'agit ici d'identifier les moyens que les soignants mettent en place au sein de leur service ou à l'extérieur afin de les aider à gérer leur stress face aux situations urgentes. Je pourrai ainsi analyser les réponses en les mettant en lien avec mes recherches conceptuelles.

- Quels sont les moyens que vous mettez en place lors de situations stressantes pour gérer et faire face au stress ressenti? (faire le lien avec les recherches théoriques, connaître les moyens les plus utilisés).
- Quels sont les moyens que vous mettez en place pour diminuer la tension ressentie une fois votre poste terminé? (savoir si l'infirmier met en place des stratégies en dehors du travail).

La relation soignant-soigné

Il s'agit ici de montrer l'utilité des méthodes de gestion du stress dans la relation que l'infirmier va entretenir avec le patient.

- Sur quel mode de fonctionnement s'établit la relation soignant/soigné aux urgences?
- Pensez vous que les méthodes utilisées pour réduire votre stress sont efficaces lorsque vous prenez en soins le patient? Comment pensez-vous être?

Dernière question plus globale qui permet à l'infirmier interrogé d'ajouter un commentaire ou d'explorer un sujet proche que je n'aurais pas abordé.

- Souhaitez vous parler d'un thème ou d'une notion que je n'ai pas évoqué mais qui vous semble important d'aborder?

ANNEXE 6

CROISEMENT DES ENTRETIENS PAR QUESTIONS

Entretiens	Le stress fait-il parti de votre quotidien? / Ressentez vous une pression/tension au sein de votre travail?
Entretien 1 Unité 1 41 ans, 10 ans d'expérience	<i>Plus maintenant. Avant en début de carrière, tout le temps. Maintenant, le stress survient à un instant T quand une situation plus grave se présente.</i>
Entretien 2 Unité 1 33 ans, 3 ans d'expérience	<i>J'ai rencontré beaucoup de stress lorsque j'ai commencé à travaillé aux urgences. Depuis, il a un peu diminué. À l'heure d'aujourd'hui, je suis stressée quand je suis confrontée à une situation délicate, quand le travail s'enchaîne et que les patients se font nombreux. Le stress peut être présent tous les jours comme une fois par semaine, tout dépend des situations rencontrées. Je tiens à préciser que plus on est jeune diplômé, plus le stress est présent.</i>
Entretien 3 Unité 2 27 ans, 9 mois d'expérience	<i>Je suis de nature stressée. J'éprouve facilement une tension lors de mon travail, surtout lorsque je dois prendre en soin un patient angoissé, qu'il faut rassurer. J'ai toujours peur de ne pas réussir à le calmer. Donc oui, je rencontre souvent le stress, que j'ai d'ailleurs toujours connu, même au sein des autres services.</i>
Entretien 4 Unité 3 22 ans, 3 mois d'expérience	<i>Le stress est largement présent pendant les gardes de 12h aux urgences. Dès le moment où j'arrive, je me demande comment est l'état du service. Je ne suis pas pour autant stressée en permanence, mais il y a beaucoup de sources de stress dans ce type de service.</i>

Entretiens	Pouvez vous me donner des exemples de situations que vous vivez au quotidien et du stress qu'elles génèrent?
Entretien 1 Unité 1 41 ans, 10 ans d'expérience	<i>Le stress survient lorsqu'une situation grave ou importante est présente. Par exemple, lorsque je suis confrontée à une urgence vitale, ou alors une situation dont la prise en charge doit être rapide, tel qu'une grosse fracture, une luxation.. la tension est présente lorsqu'il faut prendre en charge la douleur rapidement.</i>
Entretien 2 Unité 1 33 ans, 3 ans d'expérience	<i>Je tiens à préciser que 56% du stress des soignants est dû aux médecins, la hiérarchie! Ils nous en demandent de plus en plus, et ils nous délèguent de plus en plus. Nous avons trop de responsabilités, nous dépassons nos compétences, ce qui engendre un stress majeur.</i>
Entretien 3 Unité 2 27 ans, 9 mois d'expérience	<i>Les situations stressantes peuvent être très aléatoires : par exemple, une plaie qui saigne énormément, un enfant qui désature.. sont des situations qui engendrent plus de tension qu'une simple fracture! Car pour une fracture non déplacée, la prise en charge est plus facile à gérer, autant niveau douleur que niveau psychologique. Par ailleurs, les urgences vitales sont pour moi toujours stressantes dans la mesure où le patient n'est pas stabilisé et le risque de décès important.</i>
Entretien 4 Unité 3 22 ans, 3 mois d'expérience	<i>Plus il y a de patients aux urgences, plus l'attente est longue avant d'être installé dans un box pour voir un médecin, plus la tension est présente : le personnel médical et paramédical a une charge de travail plus importante, les patients attendent parfois plusieurs heures, et peu de temps ne peut leur être consacré. Les patients et leur famille s'énervent. C'est parfois difficile de travailler dans ces conditions : on se fait insulter, ils n'ont pas confiance en notre travail, et en ce qu'on leur dit. Aux urgences, il faut aussi que l'équipe soit prête à prendre en charge plusieurs urgences vitales, en même temps. Il faut</i>

	<p><i>toujours être prête, vigilante face à l'état des patients. Ce qui implique un stress important. Les patients en détresse psychique peuvent également être source de stress. Lorsque certains patients essaient de fuguer alors qu'ils peuvent être dangereux pour eux même (le cas des personnes ayant fait une tentative de suicide, des personnes en phase maniaque, des patients psychotiques en arrêt de traitements etc). Il peut aussi y avoir de la violence physique.</i></p>
--	---

Entretiens	Quels sont les moyens que vous mettez en place lors de situations stressantes pour gérer et faire face au stress ressenti?
Entretien 1 Unité 1 41 ans, 10 ans d'expérience	<p><i>Je mets en place lors de la prise en charge les gestes techniques, cela m'aide à vaincre le stress. L'action aide à me concentrer. Je pense aussi que l'expérience joue un rôle important, et le fait d'être entouré par une équipe compétente que l'on connaît est rassurant. Chacun connaît son rôle à jouer, chacun sait ce qu'il fait. Cela permet de me calmer lorsque je ressens du stress.</i></p> <p><i>Le fait que le patient soit techniqué, c'est à dire qu'il soit scopé, perfusé, me rassure car je sais que je pourrai toujours faire quelque chose. Je sais qu'une fois les gestes techniques essentiels effectués, le patient est sous surveillance.</i></p>
Entretien 2 Unité 1 33 ans, 3 ans d'expérience	<p><i>J'en parle à mes collègues. Je pratique la respiration, une technique qui me permet de me détendre rapidement et de réfléchir à la situation. Je me pose 30 secondes et je fais le point sur mes capacités, car je sais que je ne suis pas là par hasard et que je possède des compétences qui me permettent d'être en mesure de prendre en charge le patient. L'expérience aide à gérer la situation également, car une situation n'est certes jamais identique mais on peut toujours la lier à une autre situation rencontrée. Et puis lors de mes pauses autorisées, je fume : cela me permet d'évacuer la tension.</i></p>

	<i>On m'a proposé une formation pour apprendre à se relaxer, mais j'ai refusé par choix personnel.</i>
Entretien 3 Unité 2 27 ans, 9 mois d'expérience	<i>Pour me rassurer, je fais le point sur mes compétences : j'évalue rapidement le patient, et en fonction des prescriptions médicales j'établis les gestes techniques et la surveillance. J'essaie de respirer calmement, et je me dis que j'ai fait des dizaines de fois cette prise en charge, qu'il n'y a pas de raison que cela se passe mal. Par contre, lors d'une situation grave que je n'ai jamais rencontrée, je demande l'aide de mes collègues, j'en parle avec eux, cela me rassure énormément. La collaboration au sein d'une équipe est importante, elle permet de se rassurer sur les gestes à effectuer.</i>
Entretien 4 Unité 3 22 ans, 3 mois d'expérience	<i>Je garde le calme le plus possible. Je sais que lors des situations d'urgence, générateur de stress, il faut être concentrée, et redoubler d'attention. Le risque d'erreur dans un moment pareil me paraît plus important, je fais très attention à mes gestes. Comme je l'ai dit, il faut travailler avec son équipe, et beaucoup communiquer notamment avec le patient.</i>

Entretiens	Quels sont les moyens que vous mettez en place pour diminuer la tension ressentie une fois votre poste terminé?
Entretien 1 Unité 1 41 ans, 10 ans d'expérience	<i>La première année de travail aux urgences est difficile dans la mesure où oublier le poste que l'on vient d'effectuer est difficile. Ensuite, on oublie plus facilement. Pour autant, j'ai ma technique pour oublier une journée de stress : le trajet du retour en voiture est très important pour moi, il me permet de faire le point, de souffler, d'oublier. Il me permet de faire la coupure entre le travail et le retour chez moi. J'en ai besoin, je décomprime de cette manière, alors que d'autres préféreront fumer ou</i>

	<p><i>faire du sport.</i></p> <p><i>Par contre, il m'arrive de penser à certains patients rencontrés dans la journée. J'ai parfois du mal à ne plus y penser, car une fois prise en charge, on ne connaît pas son devenir et parfois je m'inquiète de ce qu'il a pu devenir, par exemple lors de la prise en charge d'un enfant. Je ne suis pas à l'aise.</i></p>
<p>Entretien 2 Unité 1 33 ans, 3 ans d'expérience</p>	<p><i>Quand on sort du travail, j'ai parfois besoin d'évacuer mon stress. Pour cela, j'ai beaucoup de choses à ma disposition : ma famille me reconforte. Je suis également pompier volontaire, et mes collègues pompiers sont aussi un bon moyen car on parle ensemble du travail, on se pose des questions, on se remet parfois en question, on apprend à ne pas rester sur ses erreurs et à apprendre avec l'expérience.</i></p> <p><i>Je pratique aussi beaucoup de sport, notamment la course à pied.</i></p>
<p>Entretien 3 Unité 2 27 ans, 9 mois d'expérience</p>	<p><i>J'ai un moyen infallible pour évacuer le stress : je pratique la natation. J'ai décidé de m'y inscrire lorsqu'une amie m'a conseillé de pratiquer un sport qui me plaît pour lutter contre le stress. Et ça marche, j'y vais très régulièrement et j'en ai besoin. Cela me détend, me permet d'oublier le travail et de penser à autre chose. En plus, nager m'apprend à canaliser ma respiration, je m'en sers au boulot, c'est super!</i></p>
<p>Entretien 4 Unité 3 22 ans, 3 mois d'expérience</p>	<p><i>Lorsque je finis mon poste, la tension ne retombe pas rapidement. Il faut absolument que je me change les idées pour arrêter de penser à la garde qui vient de se terminer, et stresser en repensant à telle ou telle situation. Je n'ai pas vraiment de moyens spécifiques.</i></p>

Entretiens	Sur quel mode de fonctionnement s'établit la relation soignant/soigné aux urgences?
Entretien 1 Unité 1 41 ans, 10 ans d'expérience	/
Entretien 2 Unité 1 33 ans, 3 ans d'expérience	<i>Il faut savoir que l'on prend en charge des gens dans la détresse : à partir de ce moment, je considère qu'ils ont besoin d'être rassurés et accueillis par un soignant souriant, agréable. C'est là que tout débute. Le fait de rassurer le patient, de lui expliquer les soins, répond déjà en partie à leurs questions. Mais la relation soignant-soigné se fait tout au long de la prise en charge, car nous sommes là aussi pour réexpliquer ce qu'a dit le médecin, soulager et aider le patient.</i>
Entretien 3 Unité 2 27 ans, 9 mois d'expérience	<i>Aux urgences, la prise en charge d'un patient débute par une prise de contact : je considère alors que c'est le début de la relation entre le patient et moi. Comme pour tout autre service d'ailleurs, le patient est là car il a un besoin, il n'est pas là par plaisir. C'est à nous de faire en sorte que le patient se sente le plus à l'aise possible. La relation passe par différentes étapes, de la prise de contact à la mise en confiance. Si la relation de confiance ne peut pas s'établir, je considère que la relation est faussée.</i>
Entretien 4 Unité 3 22 ans, 3 mois d'expérience	<i>Le soignant doit absolument communiquer avec le patient, lui expliquer comment se déroule un passage aux urgences, qu'il soit au courant de l'attente qu'il va devoir subir, des examens qu'il risque d'effectuer etc. Il faut que la première rencontre avec le patient lui permette de comprendre le fonctionnement du service. Si cette première prise de contact n'est pas bien faite, ou si pendant la prise en charge peu de chose ne leur ont été expliqué par un membre de l'équipe, il y a une mauvaise relation. Et au final, il y a une mauvaise prise en charge.</i>

Entretiens	Pensez vous que les méthodes utilisées pour réduire votre stress sont efficaces lorsque vous prenez en soins le patient? Comment pensez-vous être?
Entretien 1 Unité 1 41 ans, 10 ans d'expérience	<i>Je pense que lors de la prise en charge d'un patient présentant une situation qui engendre un stress chez moi, la relation entre le soignant et le soigné ne s'établit pas ou s'établit mal. En fait, je suis tellement concentrée sur mes gestes que je ne parle pas, le patient le ressent forcément. Il ressent mon stress, c'est pour cela que j'essaie de ne pas le montrer et de garder mon calme en me concentrant sur les gestes techniques (c'est difficile de ne pas le montrer!). Il n'y a pas beaucoup de communication, le patient est un peu oublié. Physiquement cela se voit, je tremble, la préparation de seringues par exemple est difficile. Un patient m'a demandé une fois pourquoi je tremblais!</i>
Entretien 2 Unité 1 33 ans, 3 ans d'expérience	<i>Oui bien sur. Quand nous sommes stressés, nous ne sommes pas efficaces dans la prise en charge car le patient le ressent. Quand je réussis à gérer mon stress, je suis plus à l'aise, plus à l'écoute. Le patient ressent mon attitude. Je pense que notre rôle est avant toute chose d'avoir une bonne prestation (être agréable, présentable, à l'aise). En paraissant sur de soi, le patient est plus calme et nous pouvons instaurer une prise en soins de qualité.</i>
Entretien 3 Unité 2 27 ans, 9 mois d'expérience	<i>Lorsque je prend en charge un patient et que je sais que la situation va être difficile à gérer, je me concentre pendant quelques instants et comme je l'ai dit tout à l'heure, je fais confiance à mon savoir faire, tout en essayant d'être disponible pour le patient. Après, réussir à gérer mon stress lors de la situation me permet d'y voir plus clair et de ne pas laisser le patient dans l'ignorance de son problème : pour moi, il est important de conserver une relation avec le patient! Donc oui, je pense être efficace lors de la gestion de mon stress, car étant souvent</i>

	<p><i>stressée j'ai appris à travailler avec et par conséquent à prendre en charge le patient dans de bonnes conditions.</i></p>
<p>Entretien 4 Unité 3 22 ans, 3 mois d'expérience</p>	<p><i>Je pense être très attentive au ressenti du patient, et respecter son droit à l'information. Cela me permet d'éviter d'engendrer une situation difficile. Lorsque le stress commence à monter, je prends un temps (quelques secondes) pour évaluer ce que je dois faire, et qu'elle doit être ma position. Cela me permet de ne pas me disperser.</i></p> <p><i>Lorsque le stress est provoqué par mon manque d'expérience et donc de connaissances, je m'informe auprès de mes collègues (médecin, une infirmière ou tout autre spécialiste pouvant aider). Je pense travailler consciencieusement, même en situation difficile ou stressante.</i></p>