

## **MIRSI**

**« ACTION – REACTION ! »**

# **L'infirmière face à ses émotions en situation d'urgence.**



**BIDAN Cathy**

Formation en soins infirmiers  
Promotion 2015-2018  
C. MAUCHAMP

Soutenance orale du 12 Juin 2018



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE DE LA JEUNESSE, DES  
SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

**IFSI DE LORIENT**

7 rue des Montagnes - BP 20935

56109 Lorient Cedex



## Diplôme d'Etat d'Infirmier : Session de juillet 2018

### *Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (M.I.R.S.I.)*

*Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».*

Nom et Prénom de l'étudiant : ..... *BIDAN Cathy* .....

Promotion 2015/2018

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de la session de juillet 2018 est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

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

Le. *27/07/2018*

Signature de l'étudiant :

*Fraudes aux examens :*

*CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE*

*CHAPITRE PREMIER : DES FAUX*

*Art. 441-1 : Constitue « un faux » toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.*

*Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.*

*Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.*

*Art. 1er : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.*

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble des personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

En premier lieu, Claude MAUCHAMP, formatrice à l'IFSI de Lorient, qui, en tant que Directrice de mémoire, m'a guidée dans l'élaboration de ce travail, et accompagnée avec bienveillance durant ces trois années de formation,

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI de Lorient pour les enseignements prodigués et l'écoute qu'ils m'ont accordée durant le cheminement de ma réflexion,

Les infirmières qui ont répondu à mes demandes d'entretien, ainsi que les responsables des différents services pour m'avoir permis d'y effectuer les entretiens,

Steven BOMIN, pour sa collaboration et son avis critique sur mon mémoire,

Stéphanie CAUDAL, Jocelyne PERON, et Jean-Paul RICHARD, pour leur précieuse aide dans la relecture de ce travail,

Mes collègues de promotion : Laïla, Anaïs, Marie, Marie-Eve, Pauline, Sullivan et Virginie pour leur soutien,

Enfin, je tiens à exprimer ma plus profonde reconnaissance envers ma famille et mon conjoint sans qui ce projet professionnel n'aurait jamais pu voir le jour.

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	- 1 -
<b>I. Emergence de la question de départ</b> .....	- 2 -
I.1. Situation d'une manœuvre de réanimation cardio-respiratoire. ....	- 2 -
I.2. Motivations et représentations. ....	- 3 -
I.3. Questionnements issus de la situation.....	- 3 -
I. 3. 1. Représentations : l'infirmière et le service de soins d'urgence.....	- 3 -
I. 3. 2. Emotions et positionnement de l'infirmière.....	- 3 -
I. 3. 3. L'organisation des soins d'urgence.....	- 4 -
I. 3. 4. La technicité des soins.....	- 4 -
I. 3. 5. La relation entre soignants. ....	- 4 -
I.4. Question de départ. ....	- 4 -
<b>II. Exploration théorique</b> .....	- 5 -
II.1. La situation d'urgence.....	- 5 -
II.1.1. Définition .....	- 5 -
II.1.2. La classification des situations d'urgence. ....	- 5 -
II.2. L'infirmière.....	- 6 -
II.2.1. Les compétence de l'infirmière.....	- 6 -
II.2.2. La prise en charge infirmière d'un patient en situation d'urgence.....	- 7 -
II.2.3. Les spécificités de l'urgence intra hospitalière. ....	- 8 -

II.3. Les émotions .....	- 9 -
II.3.1. La fonction des émotions. ....	- 9 -
II.3.2. Emotions et réactions physiologiques .....	- 10 -
II.3.3. La place des émotions soignantes dans les situations d'urgence. ....	- 11 -
<b>III. Enquête exploratoire auprès des professionnels. ....</b>	<b>- 12 -</b>
III.1. Méthodologie de l'enquête. ....	- 12 -
III.1.1. Choix de l'outil de l'enquête.....	- 12 -
III.1.2. Ciblage et choix de la population à interroger. ....	- 12 -
III.1.3. Les objectifs de l'enquête. ....	- 13 -
III.1.4. Les limites de l'enquête. ....	- 13 -
III.2. Analyse de l'enquête auprès des professionnels.....	- 13 -
III.2.1. Données sociales de la population interrogée. ....	- 13 -
III.2.2. Expériences et compétences. ....	- 14 -
III.2.3. La prise en charge des situations d'urgence.....	- 14 -
III.2.3.1 L'organisation. ....	- 14 -
III.2.3.2 L'évaluation de l'urgence par l'infirmière. ....	- 15 -
III.2.4. Les émotions soignantes. ....	- 15 -
III.2.4.1. Les éléments influençant la gestion émotionnelle.....	- 16 -
III.2.4.2 Les conséquences des émotions sur la prise en soins.....	- 17 -
<b>IV. Problématisation. ....</b>	<b>- 17 -</b>

<b>V. Cadre conceptuel.....</b>	<b>- 19 -</b>
V.1. Le groupe.....	- 20 -
V.1.1. Définition et caractéristiques. ....	- 20 -
V.1.2. Les rôles au sein de l'équipe.....	- 20 -
V.1.3. Le leader au sein du groupe. ....	- 21 -
V.1.4. Les tensions collectives et leur résolution.....	- 22 -
V.1.5. L'incidence du groupe sur la pratique individuelle.....	- 23 -
V.1.6. La dimension affective de l'équipe.....	- 24 -
V.2. La contagion émotionnelle : étape d'un processus émotionnel. ....	- 25 -
V.2.1 Contagion émotionnelle, empathie et sympathie. ....	- 25 -
V.2.2. La régulation émotionnelle. ....	- 27 -
V.2.3. L'intelligence émotionnelle. ....	- 28 -
<b>VI. Hypothèse de recherche.....</b>	<b>- 29 -</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>- 30 -</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>- 31 -</b>

## Introduction

En tant que futurs professionnels diplômés en soins infirmiers, nous serons certainement amenés à rencontrer au moins une fois dans notre carrière une situation d'urgence engageant le pronostic vital d'un patient. Peu importe notre futur lieu d'exercice, ces situations nous mèneront à nous confronter à nos propres émotions, questionner notre pratique en tant que professionnels, nous remettre en question en tant qu'individus. Nos émotions peuvent altérer notre prise en soins des patients, ou au contraire, stimuler notre volonté d'agir rapidement pour le stabiliser.

Le présent mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers s'inscrit dans le cadre des UE 3.4 et 5.6 du semestre 6, issues des compétences 7 « Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle » et 8 « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ». Il représente le fruit d'une année de travail et de réflexion autour d'une situation de départ ayant suscité un intérêt particulier, et vient clore notre formation en soins infirmiers.

Ainsi, notre choix porte sur une situation survenue lors d'un stage en service de Réanimation et de Soins continus, plus particulièrement une situation de réanimation cardio-pulmonaire. Des nombreuses interrogations issues de cette situation, est survenue une **question de départ** évoquant l'influence des émotions de l'infirmière sur sa pratique en situation d'urgence.

Ensuite, une **exploration théorique** nous mènera à la définition des termes clé de la question de départ. Puis, nous confronterons ce premier stade de notre réflexion à la réalité du terrain par des entretiens avec des infirmières.

L'élaboration d'une **question de recherche** précisera et orientera l'objet de notre recherche avant de la concrétiser dans une **phase conceptuelle** autour de concepts issus de la psychologie sociale.

Enfin, notre réflexion se terminera sur la pose d'une **hypothèse de recherche**, qui pourrait être par la suite approfondie sur le terrain à une plus large échelle.

## **I. Emergence de la question de départ.**

### **I.1. Situation d'une manœuvre de réanimation cardio-respiratoire.**

Le service de Réanimation est composé de 4 secteurs disposant chacun d'une infirmière, d'une aide-soignante, et au minimum d'un médecin. Une infirmière transverse apporte son concours dans les soins ou lors de situations d'urgence. Compte tenu de la nécessité de maintenir une surveillance continue, les patients sont scopés en permanence, et leurs paramètres vitaux sont retranscrits sur un écran central à l'extérieur des chambres.

Un matin, à l'issue des soins, je suis alertée par l'alarme d'un scope du secteur voisin, et propose mon aide à l'infirmière qui se dirige rapidement vers la chambre concernée. Le médecin est présent dans la chambre, et observe le scope l'air préoccupé. Les données retranscrites traduisent une arythmie, une tachycardie et une diminution rapide de la pression artérielle. Par anticipation, la planche de massage a été disposée sous le dos de la patiente. L'aide-soignant du secteur place le chariot d'urgence à l'entrée de la chambre, l'infirmière transverse vient en renfort. Observant la situation, je perçois le contexte d'urgence et ressens intérieurement les signes physiologiques d'un stress intense. La patiente bradycarde subitement, jusqu'à l'arrêt cardiaque. La scène semble alors comme en suspens malgré l'effervescence de la situation. L'aide-soignant commence le massage cardiaque. Spontanément, je me place derrière lui et l'informe que je suis prête à prendre le relais. Nous sommes 8 soignants dans la chambre, mais l'ensemble est organisé, rythmé par les ordres du médecin : clairs, fermes mais calmes, et chaque soignant effectue les gestes presque en silence.

Survient mon tour d'effectuer le massage cardiaque. Instinctivement, je regarde le visage de la patiente, mais sentant que mes émotions risquent d'altérer ma concentration, je le détourne rapidement. Je me sens affectivement détachée de la situation, ne pensant plus qu'à la technicité du soin. Le médecin m'encourage et me félicite pour l'efficacité de mon geste. L'infirmière qui m'encadre m'observe durant la scène d'un air bienveillant, ce qui me met en confiance. Le médecin demande l'Adrénaline qui est rapidement injectée par le robinet de la voie veineuse périphérique. Une fois le retour d'un rythme cardiaque, il décide l'arrêt de la réanimation.

Sans regarder la patiente, je quitte la chambre, accompagnée de l'infirmière qui m'encadre. Elle m'observe, me questionne sur mon vécu de la situation, et m'invite à la

solliciter si besoin. Je lui explique que je m'étais « préparée » à la survenue d'un cas de réanimation, compte tenu de la particularité du service. Puis je reprends le cours de ma journée.

## **I.2. Motivations et représentations.**

En tant que future professionnelle, il sera de mon rôle de prodiguer les premiers soins d'urgence. Dans le cadre de notre formation en soins infirmiers, nous sommes formés aux gestes de premiers secours. Cependant, nous ignorons quelle sera notre réaction le jour où une telle situation surviendra. Je suis convaincue que les émotions nous définissent en tant qu'individus, et donc en tant que soignants. Il me semble indispensable d'identifier ce qui peut influencer les émotions soignantes lors des soins d'urgence, afin de développer un processus d'empathie envers les patients et les professionnels avec qui je serai amenée à collaborer.

Dans mon esprit, je me représente l'infirmier urgentiste ou de réanimation comme un technicien, doté de capacités analytiques et de gestion émotionnelle lors des situations de stress intense, exerçant dans un « service d'excellence ». Cette image est nourrie de préjugés, véhiculés par les dires d'étudiants, de patients, d'autres soignants, les médias etc.

## **I.3. Questionnements issus de la situation.**

### **I.3.1 Représentations : l'infirmière et le service de soins d'urgence.**

Les services de soins d'urgence sont souvent perçus comme des services exigeants, où l'infirmière doit maîtriser parfaitement des gestes techniques et faire preuve d'une « solidité » psychique afin d'être en mesure de gérer quotidiennement un stress intense, sans altérer la qualité des soins prodigués. Pourquoi l'infirmière exerçant dans ces services est-elle perçue différemment des autres lieux d'exercice ?

### **I.3.2 Emotions et positionnement de l'infirmière.**

Cette situation a suscité des émotions profondes. Ainsi, au départ, j'ai ressenti un stress intense, puis j'ai réalisé qu'il risquait d'altérer mes capacités d'agir rapidement avec objectivité. Ensuite, me sentant en confiance et encadrée par l'équipe, je me suis détachée de la situation en dépersonnalisant la patiente au profit de la technicité du soin. Cependant, quelle place a alors tenu la patiente ? Cette prise de recul n'était-elle pas excessive au point de retourner à mes soins, sans même la regarder en quittant la pièce ? Technicité et humanisation sont-ils

conciliables dans de telles situations ? Quelle place tiennent les émotions de l'infirmière dans les soins ? Sont-elles une faille à la qualité de la prise en soin des patients ? Quelles sont les conséquences d'une intériorisation excessive des affects ? La répétition des situations d'urgence permet-elle de mieux gérer ses émotions ? Quelles compétences l'infirmière mobilise-t-elle au cours des soins d'urgence pour gérer ses émotions ?

### **I. 3. 3 L'organisation des soins d'urgence.**

J'ai pu observer lors de la situation présentée, que la qualité du soin d'urgence résidait dans son organisation. Ainsi, le déroulement m'a paru logique et fluide. Mais quels sont les facteurs qui ont influencé le bon déroulement de la réanimation ? Qu'en est-il en service non spécialisé ? Quelle est la communication adoptée par l'équipe ? Bien connaître les protocoles d'urgence favorise-t-il une meilleure gestion du stress lors de ces situations ? Qu'est-ce qui détermine la légitimité du coordonnateur des manœuvres de réanimation ?

### **I. 3. 4 La technicité des soins.**

L'alarme du scope et le tracé des paramètres hémodynamiques reportés dans la salle de soin ont permis d'alerter l'ensemble de l'équipe du service, qui est venue en renfort. Dans quelle mesure les équipements techniques peuvent-ils être considérés comme une ressource dans le soin ? La technicité du soin est-elle un frein ou un moyen de communication commun à l'équipe soignante ? La technicité des équipements de réanimation n'est-elle pas un obstacle à la relation soignant-soigné ?

### **I. 3. 5 La relation entre soignants.**

Lors des séances de simulation de soins d'urgence, j'ai pu constater qu'il pouvait être difficile de se positionner au sein d'une équipe dans de tels contextes. Une fois survenue en pratique, la présence de l'équipe m'a rassurée par sa maîtrise. Une relation de confiance entre les membres de l'équipe réanimatrice est-elle nécessaire à la qualité des soins d'urgence ? En quoi l'équipe est-elle une ressource dans la gestion émotionnelle de l'infirmière ?

## **I.4. Question de départ.**

Ces interrogations, issues de ma situation de départ m'ont menées à me poser la question suivante :

« En quoi les émotions peuvent-elles influencer l'infirmière dans la prise en soins d'un patient en situation d'urgence ? »

## II. Exploration théorique

### II.1. La situation d'urgence.

#### II.1.1. Définition

Dans le cadre d'une situation clinique, l'urgence est définie comme une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement »<sup>1</sup>. Dans le domaine médical, la situation d'urgence est définie comme la « situation d'un patient à soigner sans délais. »<sup>2</sup>.

L'Académie de Médecine distingue 3 types d'urgences : **L'urgence vraie**, est différenciée de **l'urgence fausse** par « une autorité compétente ». Elle est confirmée par le médecin en fonction du bilan lésionnel. **L'urgence ressentie** fait appel au vécu personnel de la victime, et s'inscrit dans un contexte d'angoisse sans nécessairement représenter une urgence médicale à proprement parler. D'autres distinguent également **l'urgence vitale** (pronostic vital est engagé), de **l'urgence fonctionnelle** (lésions responsables d'une impotence).

#### II.1.2 La classification des situations d'urgence.<sup>2</sup>

**L'urgence potentielle** ne nécessite qu'une surveillance accrue, **l'urgence relative** ne requiert pas de soins immédiats tandis que **l'urgence extrême** peut rapidement évoluer vers une **situation d'urgence absolue**. Cette dernière se définit comme la « *situation d'un patient évoluant spontanément vers de très graves complications, voire la mort, s'il n'est pas traité au plus vite.* ». En effet, selon les recommandations de l'European Resuscitation Council de 2005, la réduction du délai de mise en place de la réanimation cardio-pulmonaire, dite période de « *no-flow* », améliore le pronostic de survie du patient. La situation de départ évoquée relève donc d'une situation d'urgence absolue, où le pronostic vital de la patiente est engagé. Les organes vitaux n'étant plus perfusés grâce à une activité cardiaque spontanée, la patiente peut décéder en l'absence de prise en charge adaptée.

---

<sup>1</sup> Larousse

<sup>2</sup> <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=urgence>, site consulté le 03/01/2018

## II.2. L'infirmière.

### II.2.1. Les compétences de l'infirmière.

L'infirmière a obligation de porter secours et prodiguer les soins d'urgence<sup>3</sup>. Le législateur reconnaît à l'infirmière les compétences nécessaires à : l'évaluation de l'urgence d'une situation, l'application d'un protocole médical de soins d'urgences, et la prise de décision en matière de soins immédiats en l'absence de protocole et de présence médicale.

Margot Phaneuf, infirmière canadienne, dans le cadre de ses travaux de recherche sur le développement des compétences infirmières, souligne que « posséder des compétences et être compétent sont deux réalités différentes. ». Selon elle, la compétence est un « tout intégré de savoir, savoir-faire et savoir –être »<sup>4</sup>.

La société française de médecine d'urgence (SFMU) reprend cette notion et distingue les compétences infirmières propres à l'urgence, en matière de **connaissances et savoirs** (ensemble des enseignements théoriques et pratiques), **stratégie, jugement clinique et résolution de problème** (capacités organisationnelles, évaluation d'une situation), et **technicité** (maîtrise de soins techniques, utilisation du matériel spécifique). L'acquisition des deux derniers points se fait par l'expérience professionnelle.

Cette idée rejoint celle de Patricia Benner, qui concède cinq différents niveaux de compétences infirmière : **novice, débutant, compétent, performant, et expert**. Ces niveaux témoignent de la maturation des connaissances de l'infirmière, évoluant d'une action analytique (débutante) vers une action intuitive (experte). Cependant, la singularité des situations d'urgence suppose que l'infirmière doit pouvoir transférer l'ensemble des compétences et adapter sa pratique à d'autres situations.

Ainsi, de ces éléments, nous comprenons que l'ancienneté et la fréquence d'exposition des soignants aux situations d'urgence permet d'en déterminer le degré de compétence. Les soignants intervenant dans la situation initialement présentée peuvent alors être considérés comme des experts. Tous exercent au sein du service de Réanimation depuis au moins 5 ans, et

---

<sup>3</sup> Art R 4312-12 du Code de la Santé Publique

<sup>4</sup> Colloque de l'AEESSICQ, Alma, Québec 7 et 8 juin 2010

sont exposés quotidiennement aux situations d'urgence. Cependant, qu'en serait-il si ces soignants étaient confrontés à une situation similaire dans un autre service ?

### II.2.2. La prise en charge infirmière d'un patient en situation d'urgence.

D'une manière générale, la prise en soins d'un patient en situation d'urgence par l'infirmière répond à différentes étapes applicables à tous lieux d'exercice, en intra ou extra-hospitalier. Elles comprennent : le bilan infirmier, les actes infirmiers et la surveillance<sup>5</sup>. L'infirmière n'a pas d'obligation de résultat, et sa responsabilité ne peut être engagée pour ce motif dès lors qu'elle a mis toutes les mesures en œuvre dans l'intérêt du patient, en fonction de ses connaissances et de ses compétences<sup>6</sup>.

**Le bilan infirmier** commence dès l'évaluation de l'urgence de la situation, grâce au bilan initial. Il s'agit d'un **bilan fonctionnel** qui consiste en l'examen clinique du patient selon la méthode ABCD (*Annexe II*) permettant de prioriser l'examen clinique en fonction du risque vital. Si une fonction est défaillante, l'infirmière prend alors les mesures nécessaires avant de passer aux objectifs suivants, puis renouvelle l'évaluation clinique régulièrement jusqu'à l'intervention des secours ou d'un médecin. Ce bilan est transmis lors de l'alerte au médecin ou au SAMU. Le **bilan circonstanciel** permet d'apporter des informations complémentaires sur les circonstances de survenue de la situation d'urgence. Il orientera ultérieurement le **bilan lésionnel** médical.

**Les actes infirmiers** : La dispensation d'actes et de soins visant à assurer la sécurité de la personne relève du rôle propre de l'infirmière<sup>7</sup>. Ainsi, elle peut pratiquer les soins tels que les aspirations sécrétoires, la ventilation manuelle par masque, l'utilisation du défibrillateur semi automatique et la surveillance associée, et le maintien des fonctions vitales de manière non médicamenteuse. L'injection des drogues d'urgences, ou d'aérosols ne peut être effectuée que sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole de soins d'urgence, tel que nous l'avons observé dans la situation de départ. Le médecin ordonnait la préparation des drogues et

---

<sup>5</sup> Société Française d'Anesthésie et de Réanimation en collaboration avec: Samu de France Société française de cardiologie Société francophone de médecine d'urgence Société de réanimation de langue française, *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières*, 2004

<sup>6</sup> Art R4312-32 du Code de la Santé Publique

<sup>7</sup> Art R4311-5 du Code de la Santé Publique

leur injection. Compte tenu de sa présence précoce, l'infirmière dans la pratique relevant de son rôle propre n'a pas pu être observée.

### II.2.3. Les spécificités de l'urgence intra hospitalière.

D'une manière générale, l'organisation des urgences au sein d'un établissement hospitalier suppose la mise en place de certains dispositifs sur lesquels l'infirmière peut s'appuyer afin de prendre en charge une situation d'urgence. Elle consiste en des aspects réglementaires, matériels, et organisationnels.

**La formation aux soins d'urgences :** L'exercice au sein d'un établissement de santé impose à l'infirmière la détention de l'AFGSU de niveau 2 .Elle est renouvelée cycliquement tous les 4 ans<sup>8</sup>.

**Les protocoles de soins d'urgence :** La procédure de prise en charge des urgences vitales est définie au sein des établissements de santé<sup>9</sup>. En cas de survenue d'une situation d'urgence, l'infirmière met en œuvre des protocoles médicaux prévus<sup>10</sup>.

**Le chariot d'urgence :** Il n'y a pas de texte réglementant la présence du chariot d'urgence en dehors des unités dédiées (urgence, réanimation, plateaux techniques). Cependant, le matériel d'urgence doit être opérationnel et disponible dans tous les secteurs de l'établissement de santé, et le personnel formé à l'utilisation de son contenu<sup>3</sup>. Le chariot d'urgence doit être robuste, facile d'entretien et accessible en permanence. Sa présence doit être signalée et connue de tous. Le contenu doit être uniforme, conforme, et comprendre une dotation minimale permettant « la ventilation, à la pose d'une voie veineuse et d'une perfusion, à la protection du personnel et le respect des règles d'hygiène. »<sup>11</sup>.

**Le numéro unique dédié à l'arrêt cardiaque :** un numéro unique permet le déclenchement d'une équipe spécialisée dans la prise en charge des arrêts cardiaques, au sein des établissements disposant du personnel et des unités qualifiées. Cette équipe, appelée Chaîne de survie intra hospitalière (CSIH), est composée d'au moins un médecin réanimateur ou

---

<sup>8</sup> Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

<sup>9</sup> Direction de l'amélioration de la qualité des soins, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, janvier 2014, p 59

<sup>10</sup> Art R 4311-14 du Code de la Santé Publique

<sup>11</sup> Société Française d'Anesthésie et de Réanimation et co. , *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières*, 2004

urgentiste, et d'une infirmière. Elle est disponible en permanence et dispose du matériel et de la formation spécifique à la réanimation médicale.

Nous constatons l'importance d'aborder ces éléments dans la mesure où disposer d'une réglementation en matière de dispensation des soins en situation d'urgence représente une certaine reconnaissance et une valorisation de la pratique infirmière. De même la préparation de l'infirmière par le biais de la formation aux soins d'urgence, et l'appui matériel dont elle dispose, représentent également un facteur favorisant la gestion des émotions de l'infirmière en situation d'urgence<sup>12</sup>.

### **II.3. Les émotions.**

Etymologiquement, le mot « *émotion* » vient du latin : ex « *en dehors* » et motus « *mouvement* », ce qui suppose une notion de mouvement, d'interaction entre une perception et une réaction. François Lelord et Christophe André sont psychiatres, le premier étant spécialisé dans la gestion du stress et du bien-être au travail. Ils définissent l'émotion comme « *une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques, cognitives et comportementales* »<sup>13</sup>. Le Dr Paul Ekman, psychologue américain, pionnier dans l'étude des émotions, distingue 6 émotions de base : la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise, et la joie. Il est difficile de qualifier les émotions ressenties lors de la situation de départ. Cependant, il s'agissait certainement de peur, étant donné que c'était une situation jusqu'alors inconnue.

#### **II.3.1. La fonction des émotions.**

De nombreux auteurs ont suivi l'idée de Charles Darwin selon laquelle les émotions ont une expression universelle et sont le fruit de la capacité adaptative de l'homme. Des études portant sur la reconnaissance des émotions ont pu démontrer que les individus sont sensibles au contexte, à des facteurs visuels et auditifs. Ainsi, dans un groupe, l'expression d'une émotion jouerait un rôle d'alarme, permettant d'identifier la situation à laquelle un individu est confronté.

---

<sup>12</sup> PIQUEMAL-VIEU, Laurencine, *Le coping, une ressource à identifier dans les soins infirmiers*, Recherche en soins infirmiers, n°67, décembre 2001, p92

<sup>13</sup> LELORD, F. ANDRE, C. *La force des émotions : amour, colère, joie*. Paris, Odile Jacob, 2001, p15.

Nous pouvons à ce titre évoquer la « contagion émotionnelle », dont le terme est issu des travaux de nombreux auteurs sur l'empathie, dont Martin L.Hoffman, professeur en psychologie à l'université de New York. Il s'agit d'un transfert d'émotions. La personne émettant une émotion codée par une expression faciale ou corporelle, la transmet à une personne réceptrice. Cette dernière adoptera un comportement en fonction de l'émotion perçue. Par exemple, l'air inquiet du médecin dans la chambre, et la précipitation de l'infirmière sont les facteurs visuels ayant permis de m'alerter sur l'urgence de la situation. Par la suite, l'apparence calme et détendue des soignants présents dans la chambre a suscité chez moi l'adoption d'un comportement similaire et un sentiment de réassurance.

Gregory Bateson a quant à lui identifié une fonction homéostatique aux émotions. A terme, les mécanismes de régulation aboutiraient à des modifications cognitive, comportementale et verbale des agissements. Les émotions participeraient ainsi à « l'écologie de l'esprit »<sup>14</sup>

### II.3.2. Emotions et réactions physiologiques.

Les neurosciences ont tenté d'aborder les émotions sous leur aspect biologique. Elles ont permis de démontrer clairement que les émotions induisent des réactions physiologiques sans pour autant lier une émotion à une réaction physiologique spécifique. Cette « réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation » est appelée « agent stressant »<sup>15</sup>.

Ainsi, les réactions **neuro-endocriniennes** (sécrétion de catécholamines et de glucocorticoïdes) interviennent respectivement dans les réactions aux situations d'urgence, et dans le syndrome général d'adaptation. Par exemple, « les signes physiologiques d'un stress intense » ressentis telles les augmentations du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire, et une sensation de chaleur.

La sécrétion **d'opioïdes endogènes** intervient dans l'analgésie psychogène, la thermorégulation et la régulation du comportement alimentaire. L'agent stressant peut également provoquer l'**altération d'autres systèmes hormonaux** (hormones de croissance ou sexuelles), et met en jeu un système de **régulation cérébrale** permettant d'inhiber les

---

<sup>14</sup> LAMBRETTE, Grégory, *travailler avec les émotions*, le Journal des psychologues, n°199, juillet-août 2012, p 71-75

<sup>15</sup> SELYE, Hans. *Le stress de la vie - le problème de l'adaptation*, Paris, GALLIMARD, 1975, préface p. XI

comportements inadaptés, et l'intervention des **neurotransmetteurs** dopaminergiques, sérotoninergiques, noradrénergiques et des récepteurs aux benzodiazépines.

### II.3.3. La place des émotions soignantes dans les situations d'urgence.

Les émotions étant inhérentes à l'homme, et conditionnant son comportement en fonction de ses croyances, nous considérerons les émotions soignantes comme partie intégrante du soin d'urgence. En effet, de telles situations suscitent des émotions que l'esprit du soignant va intégrer comme menaçant son équilibre.

4 émotions de bases sont considérées comme menant à une modification comportementale (*Lawrence S. Kubie*). La colère et le plaisir poussent à agir, tandis que la peur et la tristesse poussent à se replier. Ainsi, une adaptation comportementale doit permettre la résolution du problème (ex : la peur affrontée devient du courage). Le cas échéant, il empirera (ex : la peur se transforme en panique), deviendra récurrent et source de troubles psychiques ou somatiques pour le soignant.

Dans une situation d'urgence, chaque soignant pourra être mené à agir différemment en fonction des émotions ressenties. Ainsi, il convient de distinguer 2 mécanismes réactionnels :

- **Le coping ou faire face** : qui consiste à mettre en place des mécanismes adaptatifs en fonction d'une situation propre que le soignant perçoit comme néfaste à son équilibre psychique. Il s'agit d'un mécanisme flexible, modifiable à chaque situation. Je pense avoir mis en place ce type de comportement visant à m'adapter à l'urgence de la situation et à ne pas céder à la panique.
- **Les mécanismes de défense** : il s'agit de mécanismes rigides et inconscients élaborés de façons automatiques par le soignant à chaque situation typique, afin de préserver son psychisme. J'interprète le comportement calme et détendu des soignants qui participaient à la réanimation de la patiente comme un mécanisme de défense de « banalisation » dû à une exposition fréquente aux manœuvres de RCP.

### **III. Enquête exploratoire auprès des professionnels.**

#### **III.1. Méthodologie de l'enquête.**

##### **III.1.1. Choix de l'outil de l'enquête.**

Avant tout entretien, l'anonymat et la confidentialité des entretiens ont été garantis auprès des infirmières interrogées, et enregistrés avec leur accord. Le tutoiement a été suggéré d'emblée par les professionnelles et a permis de favoriser un rapport de proximité entre soignants au cours des entretiens, plutôt qu'entre étudiante et infirmière, ce qui a contribué à instaurer un climat de confiance.

Le choix du mode d'entretien s'est porté sur un type semi-directif suivant un guide d'entretien (*Annexe 3*), afin de favoriser un échange ouvert. Pour ceci, des questions majoritairement ouvertes et des reformulations ont permis aux infirmières de s'exprimer, et de nous assurer de la compréhension de leur discours. Le guide a permis de conserver une trame, et de revenir parfois sur certains termes à aborder ou approfondir.

##### **III.1.2. Ciblage et choix de la population à interroger.**

Il s'agit d'une étude comparative entre des infirmières exerçant dans des services dédiés à l'urgence et les services non spécifiques. L'objectif était de comparer le vécu de l'infirmière en fonction de la prévalence des situations d'urgences au sein du lieu d'exercice.

Lorsque les différents établissements ont été sollicités, ont été ciblées des infirmières ayant eu à gérer au moins une situation d'urgence vitale au cours de leur exercice dans le service actuel. L'ancienneté de diplôme et d'exercice se devait d'être variée afin que les entretiens permettent de corréler gestion des émotions et expérience professionnelle ainsi que l'évolution comportementale provoquée. La demande visait à interroger au minimum trois infirmières dont : une exerçant dans un service à forte prévalence de situations d'urgences (Urgences, Réanimation, Soins intensifs), une autre exerçant dans un service de chirurgie ou de médecine et une dernière exerçant dans un lieu de vie, ou de long séjour (USLD, EHPAD, SSR). Ainsi ont répondu positivement à notre demande d'entretien 5 infirmières : 2 en SSR, 1 aux Urgences, 1 en Réanimation, 1 en service de chirurgie. L'enquête a volontairement été restreinte à 3 entretiens afin de respecter une équité sur les lieux d'exercices de la population interrogée, et favoriser une vision plus globale.

### III.1.3. Les objectifs de l'enquête.

Cette étude doit nous permettre de confronter le résultat de nos recherches théoriques à la réalité du terrain, en partageant l'expérience de professionnels en exercice. Ainsi, les entretiens ont pour but de répondre aux objectifs suivants :

<b>Identifier les compétences sollicitées par l'infirmière lors de la gestion d'une situation d'urgence.</b>	Comprendre les ressources que l'infirmière peut solliciter afin de gérer une situation d'urgence de manière efficiente, en matière de connaissances, savoir-faire et savoir-être.
<b>Comprendre les mécanismes élaborés par l'infirmière afin de gérer ses émotions en situation d'urgence.</b>	Identifier les difficultés rencontrées lors de la prise en soins d'un patient en situation d'urgence, et les attitudes correctives adoptées.  Evaluer si la prévalence des situations d'urgence au sein du lieu d'exercice engendre un mécanisme adaptatif.
<b>Identifier les facteurs influençant la gestion des émotions de l'infirmière prenant en charge une situation d'urgence.</b>	Identifier les éléments qui contribuent ou freinent la capacité de l'infirmière à gérer ses émotions lors des situations d'urgence.

### III.1.4. Les limites de l'enquête.

L'ensemble des infirmières interrogées ont affirmé avoir un intérêt particulier pour les soins en situation d'urgence. De ce fait, les entretiens ne peuvent être représentatifs du vécu de l'ensemble de la profession infirmière. Cependant, toutes ont abordé des situations où elles étaient témoin d'une infirmière en difficulté, ce qui permet d'aboutir à d'autres pistes de réflexion.

## III.2. Analyse de l'enquête auprès des professionnels.

### III.2.1. Données sociales de la population interrogée.

Les 3 infirmières retenues seront nommées IDE A, IDE B, IDE C. Les entretiens se sont déroulés sur les lieux et temps d'exercice des infirmières, avec l'accord des cadres des différents services. Au regard des carrières (ancienneté de diplôme, et d'exercice au sein du service actuel), se dégage une diversité en terme d'expérience, comprise entre 4 et 20 ans.

### III.2.2. Expériences et compétences.

Voici un tableau résumant le lien entre expérience et compétence des infirmières interrogées, au regard de la théorie de la compétence de Patricia Benner abordée précédemment dans l'exploration théorique.

	<b>IDE A</b>	<b>IDE B</b>	<b>IDE C</b>
<b>Lieu d'exercice</b>	SSR	chirurgie	Réanimation
<b>Ancienneté de diplôme</b>	6 ans	4 ans	20 ans
<b>Ancienneté dans le service</b>	5 ans	1 an	12 ans
<b>Niveau de compétence</b>	performante	compétente	experte

L'expérience de **L'IDE A** lui permet de savoir qu'un évènement type va survenir en fonction d'une situation donnée, et met en place les mesures nécessaires. Elle considère ainsi les situations sous forme d'un tout, d'une perception, qu'elle évoque comme des « signes » lui permettant d'anticiper une anomalie. Pour ce, elle affirme se baser sur un socle de connaissances acquises en formation à l'IFSI, mais d'abord sur son expérience.

**L'IDE B** a le sentiment de maîtriser les choses et de faire face aux situations imprévues. Au cours de l'entretien, elle admet qu'il lui est plus difficile d'exposer de manière théorique les actions mises en place pour prendre en charge une situation d'urgence, qu'en situations concrètes.

### III.2.3. La prise en charge des situations d'urgence.

#### III.2.3.1 L'organisation.

Les infirmières interrogées travaillent dans des unités différentes, qui présentent des spécificités particulières quant à l'organisation des soins d'urgence, résumées dans le tableau ci-dessous.

<b>IDE A</b>	<b>IDE B</b>	<b>IDE C</b>
Appel du médecin de garde sur une structure adjacente.	Appel de l'Anesthésiste / Chirurgien de garde en fonction de la situation rencontrée	Appel du médecin de garde présent au sein du service la nuit.
Sollicitation du SAMU sur consigne du médecin	Sollicitation de la CISH en cas d'arrêt cardiaque (« bip arrêt cardiaque »)	En journée, 8 médecins présents (1 sénior et 1 interne par secteur)

Le service de Réanimation présente la particularité de disposer en permanence de nombreux soignants sur un espace restreint, ce qui facilite la rapidité d'intervention.

**La mise en œuvre des protocoles de soins d'urgence :** Les 3 infirmières interrogées ont admis que la prise en charge du patient en situation d'urgence était avant tout régie par les pratiques de service ou des habitudes liées à l'expérience. Finalement, les pratiques adoptées par les infirmières relèvent bien d'un protocole, tel que l'appel du médecin, du SAMU, l'alerte ou l'utilisation du matériel d'urgence.

**Une organisation hiérarchisée :** Toutes ont exprimé un sentiment de « *fluidité* » dans l'organisation des soins en situation d'urgence, et ont mis en exergue la nécessité d'une organisation hiérarchisée, et la présence d'un « *leader* » en la personne du médecin, supervisant les manœuvres de réanimation. De même, elles considèrent l'équipe soignante comme une ressource importante. En effet, selon l'IDE A et C, connaître les soignants avec qui elles travaillent au quotidien, favorise une répartition rapide des rôles de chacun en situation d'urgence. L'IDE B et l'IDE C s'appuient sur l'expérience et la compétence des autres soignants.

### III.2.3.2 L'évaluation de l'urgence par l'infirmière.

Les infirmières interrogées considèrent l'urgence comme relevant d'une situation à risque vital pour le patient, et nécessitant une prise en charge médicale rapide. Cette définition rejoint celle de l'Académie de Médecine, retenue dans le cadre théorique. Concernant les méthodes d'évaluation de l'urgence, l'IDE A a mis en avant l'observation clinique du patient. L'IDE B y a ajouté la considération des paramètres vitaux. L'IDE C, considère le matériel comme une aide importante qui ne doit pas remplacer l'observation clinique du patient. A ce titre, elle distingue l'urgence vraie, issue de l'observation clinique et des paramètres retranscrits par les scopes, de l'urgence fautive liée à un dysfonctionnement des scopes. De ces éléments nous déduisons qu'il faut privilégier l'observation clinique du patient, et la compléter des paramètres vitaux lorsque c'est possible.

### III.2.4. Les émotions soignantes.

Les entretiens menés n'ont pas permis de nommer les émotions ressenties par les infirmières lors de la prise en charge d'une situation d'urgence. Cependant est apparue la notion de « *stress* » lors de telles situations, associée à une réaction physiologique liée à l'adrénaline (IDE A). Ainsi le stress peut à la fois être un moteur ou un frein pour l'infirmière dans la prise en charge d'une situation d'urgence. A titre d'exemple, l'IDE A associe le stress à une « *excitation* » vécue positivement, tandis que l'IDE C admet qu'il peut parasiter l'infirmière

dans sa pratique. Pour cette raison, elle affirme qu'il est nécessaire d'intérioriser et maîtriser ses émotions, afin d'être efficace dans ses gestes.

Toutes ont abordé une notion de « *contre-coup* » survenant après la situation d'urgence, qui se traduit par des comportements différents : l'**IDE B** a besoin de verbaliser ses émotions, contrairement aux **IDE A** et **C** qui préfèrent s'isoler et se recentrer sur elles-mêmes. Des débriefings effectués sur du temps informel, permettent ensuite de revenir sur la situation vécue et d'analyser leur pratique professionnelle. En effet, lorsqu'un individu « *vit un évènement émotionnel majeur manifeste parfois un besoin insatiable d'être écouté, de parler de cet évènement.* »<sup>16</sup>

#### III.2.4.1. Les éléments influençant la gestion émotionnelle.

**Le contexte :** Selon les 3 infirmières, l'état de conscience du patient influence la prise en soin. Elles ajoutent que l'absence de conscience du patient suppose de ne pas gérer de dimension relationnelle, ce qui favorise la rapidité des gestes. L'âge du patient, sa situation familiale, la brutalité de la survenue des défaillances, peuvent influencer la charge émotionnelle ressentie selon l'**IDE C**. Nous pouvons interpréter la focalisation de l'infirmière sur l'aspect technique d'un soin comme un mécanisme de défense permettant de prévenir la projection d'émotions en fonction de sa situation personnelle sur une situation de soins.

**La responsabilité :** L'**IDE B** a évoqué une période de latence entre la survenue de la situation d'urgence et l'intervention du médecin. Elle a affirmé que cette période était une source importante de stress car elle avait le sentiment de porter la responsabilité des décisions en matière de prise en soins du patient jusqu'à l'intervention médicale.

**Les éléments de personnalité :** Si l'**IDE A** estime que la capacité de l'infirmière à prendre en charge une situation d'urgence relève d'une aptitude innée, l'**IDE B** et l'**IDE C** considèrent que l'expérience et l'exposition répétée de l'infirmière à ces situations améliore la qualité de prise en charge.

**La prévalence des situations d'urgence :** Selon les 3 infirmières interrogées, être exposé régulièrement aux situations d'urgence permet une meilleure maîtrise des gestes,

---

<sup>16</sup> RIME, Bernard. *Le partage social des émotions*, Paris, PUF, 2009, p. 85

augmente la rapidité d'exécution, réduit la nécessité de réfléchir et donc améliore la gestion des émotions.

#### III.2.4.2 Les conséquences des émotions sur la prise en soins.

**L'adoption de mécanismes de défenses :** L'IDE C, aborde une action par « *automatisme, sans réfléchir* », qui améliore la gestion des émotions car elle « *s'embrume moins l'esprit à réfléchir* ». nous pouvons envisager ces propos comme un mécanisme de défense de « *banalisation* »<sup>17</sup>, lié à une forte exposition aux situations d'urgence. Le soignant peut en effet être mené à dépersonnifier le patient, ne le considérant plus comme une personne soignée mais comme objet de soin. Peut-être que ce comportement répond à une nécessité de se protéger psychologiquement d'une situation qui peut être traumatisante. Au même titre, le fait de justifier cette attitude par le risque de mettre le patient en danger pourrait être assimilé à un mécanisme de « *rationalisation* ».

**La perception émotionnelle :** J'ai constaté au cours des entretiens que l'image renvoyée par un soignant peut avoir une incidence sur le vécu et le comportement des autres membres de l'équipe. Une attitude de panique d'un soignant peut mener un autre soignant à

- paniquer à son tour, ajoutant une pression supplémentaire sur le groupe, ce qui mène à la désorganisation de l'ensemble (IDE C)
- devoir prendre les mesures pour gérer la situation (IDE A et B), ce qui mène à une correction comportementale.

#### IV. Problématisation.

La situation de départ exposée en première partie de ce travail de recherche avait suscité de nombreux questionnements, relevant de différents champs. Ainsi, l'orientation de notre travail de recherche s'était portée sur les émotions de l'infirmière en situation d'urgence. Pour mémoire la question de départ était « *En quoi les émotions peuvent-elles influencer l'infirmière dans la prise en soins d'un patient en situation d'urgence ?* ».

---

<sup>17</sup> Ruzniewski Martine, « *Les mécanismes de défense* », dans *Manuel de soins palliatifs*. Paris, Dunod, « Guides Santé Social », 2014, p. 543-551.

L'exploration théorique a permis de dépasser des préjugés selon lesquels l'efficacité en situation d'urgence était conditionnée par la maîtrise de ses émotions. Or, il s'agit de les gérer afin d'adopter un comportement adaptatif adéquat à la situation rencontrée. Cela a contribué à comprendre les mécanismes de coping et de défense, ainsi que leur rôle dans la gestion émotionnelle de l'infirmière et l'adoption de comportements adaptatifs.

Les entretiens nous ont permis de déduire que certains facteurs influencent la gestion des émotions de l'infirmière en situation d'urgence, et ont donc une incidence sur la prise en soins du patient : la prévalence des situations d'urgence en unité de soins, le contexte de prise en soins, l'expérience qui favorise le développement des compétences, la compétence des professionnels accompagnant l'infirmière dans cette prise en soins, et des facteurs individuels. Or, peu importe le lieu d'exercice, la charge émotionnelle induite par de telles situations implique pour l'infirmière d'élaborer des mécanismes permettant de réduire les tensions psychiques sur le moyen et long cours.

La formulation de notre question de départ était trop évasive. Tout d'abord, l'urgence relève d'une perception individuelle ou d'une objectivation par des signes cliniques. Si le sens commun et la position de soignant a permis aux infirmières interrogées d'assimiler le terme « *urgence* » à une situation d'urgence vitale, ce terme doit être précisé afin de détailler quel contexte d'urgence intéresse notre recherche. Nous considérerons donc la situation d'urgence absolue.

En termes d'émotions, la formulation de la question de départ ne permettait pas d'identifier clairement quelles émotions étaient abordées : les émotions de l'infirmière ? Du patient ? Du groupe ? Si nous supposons les émotions de l'infirmière, l'avancement de notre réflexion nous a mené à envisager d'autres possibilités telles que l'émotion sous son aspect social. Ainsi les émotions sont considérées comme une interaction constante entre l'infirmière, le contexte de prise en soins en situation d'urgence, le patient, et l'équipe soignante.

Les entretiens menés et les différentes expériences en stage ont permis de constater que ces mécanismes ont une incidence sur le vécu et le comportement de l'infirmière dans la prise en soins du patient en situation d'urgence. Les conséquences peuvent être positives ou négatives. Ainsi une perte de « sang-froid » pourrait désorganiser une situation d'urgence et avoir une influence sur le comportement de l'équipe soignante. Finalement, il s'agit d'une interaction constante entre les émotions véhiculées par les différents membres de l'équipe soignante et leur perception par l'infirmière. Les entretiens ainsi ont orienté notre réflexion vers

cet aspect jusque-là ignoré. Afin de ne pas éparpiller cette réflexion, nous ne nous intéresserons qu'aux membres de l'équipe soignante.

D'autres aspects volontairement écartés sont apparus au cours de notre analyse :

- **La place du patient** bien que tenant une place importante dans la gestion émotionnelle. En effet bien que les infirmières interrogées ne l'aient pas identifié en tant qu'acteur de la situation, son comportement peut mettre en difficulté les infirmières en situation d'urgence. Il conserve une place centrale dans la situation.
- **La notion de stress** qui semble primer sur la notion d'émotions lors des entretiens. Pourtant nous conserverons l'aspect émotionnel de la situation dans la mesure où la littérature permet d'identifier les émotions comme initiant le phénomène de stress. Les émotions s'intéressent donc à l'aspect psychique de la situation, le stress aux conséquences physiologiques.
- La corrélation entre **expérience, compétence** et gestion émotionnelle.
- Le **partage social des émotions** qui peut mener les infirmières à verbaliser leur vécu, donnant au « *débriefing* » une fonction cathartique. Pour autant si cette méthode est employée formellement dans certaines unités exposées à des expériences dites « *traumatisantes* » (armée, pompiers), cela ne semble pas être mis en place au sein des unités de soins.

Les émotions résident donc en un ensemble de mécanismes complexes qui ont été étudiés sous différents angles : neurosciences, philosophie, psychologie, psychanalyse, sociologie, etc. Nous aborderons cette question sur le domaine de la psychologie sociale, nous intéressant à l'interaction entre les émotions du groupe et de l'infirmière, et leurs incidences sur sa pratique en situation d'urgence vitale. Cette réflexion nous mène donc à formuler la question de recherche suivante :

**En quoi la contagion émotionnelle au sein de l'équipe soignante influence-t-elle l'infirmière dans sa pratique en situation d'urgence absolue ?**

## V. Cadre conceptuel.

Précédemment, l'analyse des entretiens et des lectures nous a permis d'en venir à la conclusion que les émotions éprouvées par l'infirmière aboutissaient à un comportement adaptatif en situation d'urgence. Désormais, il conviendra d'aborder notre question de recherche autour des deux termes clés « *contagion émotionnelle* » et « *équipe soignante* ». Dans le champ

de la psychologie sociale, ils renvoient aux concepts de **dynamique des groupes restreints** et de **contagion émotionnelle**.

## V.1. Le groupe.

### V.1.1 Définition et caractéristiques.

Roger Mucchielli définit l'équipe comme « *un groupe primaire organisé en vue d'une tâche donc ayant, outre sa structure socio-affective, une structuration formelle en relation avec les exigences de la tâche et la situation du groupe* »<sup>18</sup>. Didier Anzieux et Jacques-Yves Martin ont classé les différents modèles de groupe (Annexe III), dont nous ne retiendrons que le groupe primaire qui, selon la définition de Charles S Cooley « *désigne les ensemble humains, caractérisés par une association, ou une coopération de face à face* »<sup>19</sup>.

D.Anzieux et J-Y. Martin affirment, sur le modèle de Kurt Lewin, que le groupe primaire présente les caractéristiques suivantes : un nombre restreint de membres, des buts et objectifs communs, des relations affectives, une forte interdépendance, une solidarité entre les membres, et l'émergence de normes au sein du groupe. R. Mucchielli développe que son petit nombre de membres, permet le maintien d'une structure informelle, solide et cohérente organisée autour de rôles et de « positions », sur le modèle des études sociométriques de Jacob Lévy Moreno. De plus, la mise à contribution complémentaire des compétences, contribue à l'émanation d'une unité particulière. Selon le sociologue George.C. Homans, l'organisation interne du groupe serait liée à une nécessité de survie.

### V.1.2. Les rôles au sein de l'équipe.

Comme nous venons de le développer, un groupe se forme autour d'objectifs communs. L'émergence des normes permet d'aboutir à une structure formelle, au sein de laquelle des fonctions se répartissent. Au-delà de la fonction, elle suppose qu'un rôle soit tenu, et que des capacités soient mises en avant dans un souci d'efficacité et de compétence.

---

<sup>18</sup> MUCCHIELLI, R. *Le travail en équipe, clé pour une meilleure efficacité collective*, Issy-les-Moulineaux, Esf, 2014, 203 pages

<sup>19</sup> MUCCHIELLI, R. *La Dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Issy-les-Moulineaux, Esf, 2011, p22

La notion de « rôles » rappelle la sociométrie de Jacob Lévy Moreno, qui développe «*la structure socio-affective des groupes et l'étude de la dynamique des groupes durables. [complétée] par une conception de la personnalité sociale et une prospective d'action sur ces groupes.* » Ainsi, on distingue : **le rôle planifié** («*la personne que je veux être* »), celui que je **crois jouer** («*la personne que je pense être* »), celui **attendu des autres** («*la personne que je suis censée être.*»), le rôle **qui m'est imputé** («*la personne que je dois être* »), et celui **qui est effectivement joué** («*la personne que je suis* »). Nous constatons donc que l'individu, est inexorablement imbriqué dans la structure formelle au détriment de sa propre personnalité. Cependant, si le rôle formel permet d'élaborer un système de défense en vue de remplir ses propres motivations, l'absence de statut ou de rôle formel provoque une incertitude que l'individu doit surmonter. De plus, au sein du groupe, les rôles et les statuts sont des éléments facilitant les rapports sociaux.

### V.1.3. Le leader au sein du groupe.

Tout groupe organisé suppose qu'au-delà de la répartition des rôles et fonctions de chacun, l'autorité soit détenue par un individu. Cependant, il convient de distinguer «*autorité* » de «*leader* ». En effet, un leader sans autorité ne peut incarner le groupe.

Selon R. Mucchielli, l'autorité est le fruit de la structuration engendrée par l'action du groupe. Cette autorité implique que les membres du groupe s'identifient à elle et reconnaissent en le «*chef*» l'incarnation du groupe entier. Il s'agit alors d'une autorité légitime reconnue et acceptée de tous. Cette hiérarchisation peut être spontanée, le contexte favorisant l'influence de certaines personnalités qui deviennent «*leader* ». Voici les situations pouvant néanmoins remettre en cause la reconnaissance de l'autorité d'un leader au sein du groupe.

- En cas de fuite sur une décision.
- En cas de non reconnaissance liée à une notion de territoire.
- Position par rapport au réseau : par exemple la formation en cercle favorise la circulation de l'information.
- Notion de rôle primant sur l'autorité.

Selon R. Mucchielli le leader doit procéder à **l'organisation active du groupe** en vue de l'action à mener, par exemple, répartir les rôles au cours des situations d'urgence. Ensuite, **l'identification des éléments situationnels** influençant l'action consiste en l'analyse d'éléments cliniques, des actions antérieurement menées, et celles restant à effectuer pour

aboutir au maintien des fonctions vitales du patient. Il doit également se **centrer sur les relations intérieures**, notamment en encourageant les autres soignants lors des manœuvres de réanimation. Il doit également **personnifier le groupe**, et **le représenter** vis-à-vis des groupes extérieurs, telles les équipes faisant partie de la Chaîne de Survie Intra-Hospitalière.

Les études expérimentales de Kurt Lewin ont permis d'identifier 3 types de leadership et les conséquences sur la productivité. Le leader « **autocratique** » favorise un phénomène d'obéissance passive de la part des autres membres du groupe, un seul leader détient l'ensemble du pouvoir. Le leadership « **démocratique** » dans un système organisé, stimule l'aspect consultatif, tandis que le type « **laisser-faire** » n'attribue de pouvoir à personne, favorisant un aspect désorganisé, et réduisant la productivité.

#### V.1.4. Les tensions collectives et leur résolution.

Peu importe les méthodes de leadership, la personnalité des membres du groupe et les rapports qui les lient engendrent inexorablement des phénomènes de tension. La poursuite des travaux de Kurt Lewin par Cartwright et Zander, membres de son école, ont permis d'en venir à cette conclusion. Selon eux, la **tension positive** mène au progrès, et la **tension négative** permet de gérer les conflits entre les membres. R. Mucchielli affirme qu'« *il s'agit d'un état émotionnel latent et collectif qui intervient sur le travail et l'harmonie du groupe* »<sup>20</sup>, et y ajoute l'idée d'un aboutissement vers une « *crise* » ou « *décharge de tension* ». Cette dernière correspond au « *soulagement momentané du malaise groupal* », mais ne permet pas la résolution des tensions qui se rechargent sur du long terme. La résolution des tensions n'est possible que par la prise de conscience des causes afin de les traiter.

Il existe ainsi les « **tensions par anxiété groupale** » caractérisées par un sentiment d'insécurité, menant à une inhibition voire la fuite. Les « **tensions par conflit latent ou ouvert** » concernent les conflits de lutte pour dominer le groupe. Enfin, les « **tensions par opposition sourde** » du groupe à son leader et les « **tensions par insatisfaction ou frustration réprimées** » se manifestent par des actes de mécontentement.

---

<sup>20</sup> MUCCHIELLI, R. *La Dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Issy-les-Moulineaux, Esf, 2011, p 63

### V.1.5. L'incidence du groupe sur la pratique individuelle.

Le groupe étant régi par un fonctionnement dynamique et un rapport d'interdépendance entre ses membres, il serait cohérent d'admettre qu'il puisse également avoir une incidence sur la pratique individuelle de ces derniers. Ainsi sont à considérer deux aspects : l'individu et l'influence du groupe.

En matière de facteurs personnels, R. Mucchielli considère la **relation de l'organisme avec son milieu**, où l'individu est en recherche de satisfaction personnelle. Lorsque celle-ci est perturbée par le groupe, émergent des comportements défensifs. Cependant, les traits de **caractère** peuvent être transformés par les contacts sociaux. Enfin, il est important de conserver à l'esprit que cela n'altère pas l'objectivité de l'individu. Concernant l'influence du groupe à proprement parler, le « *climat de groupe* » est une variable importante. En effet, ce dernier peut inciter les membres de l'équipe à modifier leur comportement. De plus, des études psychologiques ont permis de démontrer l'existence de conduite en relation avec 5 phénomènes : la **facilitation** d'actions qui seraient évitées si l'individu était seul ; **l'imitation** comportementale, la **suggestion** et la contagion des émotions qui influencent des conduites collectives — tels les mouvements de panique — enfin, l'émergence de **valeurs collectives**.

Des études expérimentales (Triplet en 1897 et Ringelman en 1913) ont démontré l'incidence d'autrui sur le comportement individuel. En présence de « *co-acteurs* », ou d'une audience, certains individus sont « *excités* », c'est-à-dire qu'étant stimulés, leurs performances sont améliorées. Cependant, d'autres individus peuvent être « *inhibés* ». La présence du groupe ou d'une tierce personne parasite les performances à accomplir la tâche, et sont alors moins performants que s'ils effectuaient la tâche seuls. Ces deux phénomènes sont respectivement appelés phénomènes de « *facilitation sociale* » et « *d'inhibition sociale* » (Allport 1920). D'autres théories ont permis de préciser les facteurs facilitant ou inhibant la performance individuelle face à autrui, notamment le sentiment d'être évalué par une personne experte ou d'être distrait par une audience. Ainsi, l'individu peut se focaliser sur la tâche à accomplir et faire abstraction de l'entourage distrayant. Nous pouvons donc considérer que le membre du groupe se focalisant sur la tâche à accomplir peut ne plus avoir l'ouverture attentionnelle périphérique nécessaire lui permettant de prendre l'évolution de son environnement en compte. Il s'agit typiquement de l'attitude qui peut être adoptée au cours d'une situation d'urgence, d'où l'intérêt d'une action en équipe coordonnée par un leader ayant un regard distancié sur

l'ensemble de la situation. Pour R. Mucchielli, les effets d'excitation et de facilitation sociale se retrouvent dans les équipes mais sont particularisés par la solidarité et la coopération.

J.S. Shrauger<sup>21</sup> affirme que cette différence de performance en présence d'autrui est liée à la notion « *d'estime de soi* ». Ainsi, il distingue l'estime de soi générale et a priori, de l'estime de soi spécifique relative à la tâche et à l'évaluation du succès du sujet dans cette tâche. Par conséquent, un membre du groupe ayant une faible estime de lui et ayant peut conscience de ses capacités aura une plus forte propension à être déstabilisé ou inhibé en présence d'autres individus, et par conséquent diminuer sa performance pratique.

### V.1.6. La dimension affective de l'équipe

Lorsque nous abordons la notion d'équipe, nous nous concentrons principalement sur sa dimension psychoaffective. En effet, selon R.Mucchielli, la dimension affective permet de distinguer l'équipe du simple groupe primaire. De plus, si notre souhait est de nous orienter vers les émotions individuelles, nous ne pouvons occulter son aspect collectif. A ce titre, nous développerons les notions caractéristiques du développement psychoaffectif du groupe.

S. Schachter, spécialisé en psychologie sociale, affirme que la **cohésion** « *représente la totalité des forces qui poussent les membres à rester dans le groupe (...); elle augmente avec la valence du groupe pour ses membres* »<sup>22</sup>. La cohésion peut avoir un effet bénéfique sur le groupe dans la mesure où elle stimule la participation des membres à l'action, améliore le moral et le sentiment de satisfaction individuel. Cependant, cette notion suppose une adhésion inconditionnelle aux normes du groupe, pouvant mener à des modifications comportementale, sans considérer la personnalité de ses membres.

La **confiance** se 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 incompétence.* »<sup>23</sup>. La **coopération** aborde une « *aide, entente entre les membres d'un groupe en vue d'un but commun* »<sup>24</sup>. R. Mucchielli affirme que les comportements humains favorisent la coopération, le souci de l'intérêt commun primant

---

<sup>21</sup> « self-esteem and reactions to being observed by others » in journal of personal and social psychology, 1972, 23, n°2, p. 192-200.

<sup>22</sup> « *déviaton, rejet et communication* », journal of abnormal and social psychology, 1951, p46

<sup>23</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/confiance>

<sup>24</sup> Ibid

sur la rivalité individuelle. De plus, le fait de travailler régulièrement ensemble de façon satisfaisante renforce le sentiment de confiance entre les membres qui se reconnaissent compétence et loyauté. L'image des membres sur leurs partenaires au sein du groupe influence également le vécu de la situation.

La notion **d'appartenance** est étroitement liée à celle d'identité. Ainsi, nous pouvons affirmer que le groupe permet de satisfaire des besoins universels tels que : le besoin de sécurité, de reconnaissance sociale, d'identité sociale et d'existence, de communiquer, d'actualiser ses possibilités, de connaître et d'apprendre, de participation affective, et d'union pour réussir une action.

La **communication** est incontestablement partie intégrante du concept de dynamique des groupes. Cependant, nous ne pouvons développer l'ensemble des théories de la communication, et nous restreindrons aux études de R.Mucchielli qui considère l'équipe comme un processus de communication spécifique, qui ne peut exister sans liberté de communication interne. Selon lui, l'émergence d'un langage commun est typique du groupe, et favorise la compréhension de l'ensemble des membres. De même, la perception du langage non verbal renseigne sur les intentions de chacun, et permet d'anticiper les réactions. A contrario, la communication s'intensifie lorsque la cohésion ou la réalisation de la tâche sont menacées.

## **V.2. La contagion émotionnelle : étape d'un processus émotionnel.**

La littérature ne nous permettant pas de nous restreindre à la psychologie sociale, nous devons élargir notre réflexion au champ de la psychologie. En effet, nous souhaitons nous centrer sur l'influence du groupe sur l'individu, plus particulièrement ses émotions. Or, les lectures relevant de la psychologie sociale s'intéressaient principalement à l'influence d'un individu sur le groupe.

### **V.2.1 Contagion émotionnelle, empathie et sympathie.**

Les rapports entre les différents membres d'un groupe suscitent des émotions individuelles : il s'agit d'une interaction inter-individuelle. A ce titre, il convient de traiter des termes de contagion émotionnelle, d'empathie et de sympathie, qui bien qu'indissociables, possèdent des nuances qu'il s'agit de distinguer.

La **contagion émotionnelle** se présenterait comme « *une aptitude biologique innée à se laisser envahir, happer par les émotions d'autrui, caractérisant plus particulièrement les états fusionnels ou symbiotiques qui précèdent ontogénétiquement l'empathie* »<sup>25</sup>. Ainsi, la contagion émotionnelle précéderait donc l'empathie dans le développement de l'individu. Il s'agirait d'un mécanisme visant à s'approprier les émotions de l'autre sans aucune distinction entre « moi » et « autrui », tel qu'il est possible de le rencontrer dans le développement de l'enfant. Certains auteurs<sup>26</sup> considèrent que la contagion émotionnelle implique des procédés inconscients (automatiques) et conscients (contrôlés). Le **processus inconscient** comprend une première phase dite « *contagion émotionnelle primitive* » qui comprend le mimétisme automatisé et inconscient des codes non verbaux perçus par une autre personne. La seconde phase implique un « *feedback physiologique* ». Ainsi, l'imitation de l'expression non verbale va provoquer une émotion qui lui est associée. **Les processus conscients** sont caractérisés par la capacité de l'individu à analyser ses propres éléments corporels et ceux des autres, à les utiliser comme moyen de communication non verbale volontaire, à identifier la pertinence d'une émotion ressentie par comparaison sociale, ou encore à engager un processus empathique.

Martin L.Hoffman quant à lui, assimile la contagion émotionnelle à une des étapes du développement psychologique de l'enfant. Ainsi, il distingue 3 étapes : la **contagion émotionnelle**, l'**empathie**, puis la **sympathie**. Par conséquent, considérant qu'un individu est en perpétuel développement, d'autant plus dans un environnement professionnel le menant à questionner ses pratiques et les améliorer, il peut être intéressant d'envisager la contagion émotionnelle comme faisant partie d'un processus de maturation émotionnelle chez l'individu, en dehors de son application propre à l'enfant.

Dans le champ de la psychologie, Carl Rogers s'inscrit comme la référence en matière de réflexion sur l'**empathie**. Il affirme notamment qu' « *Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du comme si* »<sup>27</sup>. De nombreuses théories existantes ressortent deux dimensions de l'empathie : l'**empathie affective** dont certains auteurs attribuent

---

<sup>25</sup> Favre, Daniel, et al. « *Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions* », *Enfance*, vol. 57, no. 4, 2005, p375.

<sup>26</sup> VAZILJEVIC, D. OBERLE, D. *Conduites et émotions dans les groupes*, Fontaine, PUG, 2016, pp 86-89.

<sup>27</sup> ROGERS, C. *A way of being*, Boston 1980, Houghton Mifflin company, cité par Decety, *L'empathie* 2004, p 59.

la contagion émotionnelle comme composante, et **l'empathie cognitive** qui fait appel aux croyances. D'autres séparent la contagion émotionnelle de l'empathie, dans la mesure où la différence fondamentale entre les deux réside dans la dissociation du « moi » d'autrui, et l'aspect reproductif de l'émotion perçue.

G. Jorland, Directeur d'études à l'Ecole des hautes études en sciences sociales, s'est penché sur une distinction entre empathie et **sympathie**. Selon lui, la sympathie engage un partage émotionnel qu'il assimile même à la contagion émotionnelle, c'est un phénomène ascendant ou « *bottom-up* ». « *La sympathie engage plus que l'empathie et va donc bien au-delà* »<sup>28</sup>, tandis que l'empathie n'engage qu'une reconnaissance des émotions d'autrui, il s'agit d'un phénomène descendant ou « *top-down* ». Nous nous situons dans la sympathie lorsque « *nous partageons les émotions d'autrui et cherchons après coup à en obtenir une représentation. C'est une contagion des émotions dont le paradigme est le fou rire.* »

### V.2.2. La régulation émotionnelle.

Nous réalisons que pour comprendre l'incidence des émotions sur le comportement individuel, il est primordial d'aborder les mécanismes de régulation émotionnelle. En effet, le membre du groupe peut être amené à réguler ses émotions afin de répondre aux rôles attendu et perçu, ainsi qu'aux normes émotionnelles du groupe dont il fait partie. Selon James Gross, et son modèle processuel de la régulation émotionnelle<sup>29</sup>, cette dernière repose sur deux éléments : la **régulation centrée sur les antécédents** qui vise à anticiper l'impact émotionnel d'une situation ; puis, la **régulation centrée sur les réponses émotionnelles** vise à se confronter à ses émotions, et y apporter une réponse. Ainsi, la dernière ne se met en place que lorsque l'émotion est déjà existante.

La régulation centrée par les antécédents peut se manifester sous différentes formes de stratégies. Tout d'abord, la **stratégie sélective** consiste à éviter d'être confronté à la situation, la **stratégie modificative** repose sur le détournement de certains éléments d'une situation à son avantage. Ensuite, la stratégie de **déploiement attentionnel** a pour but de focaliser son attention sur des éléments ne provoquant pas d'émotion négative. Enfin, la stratégie de **changement**

---

<sup>28</sup> JORLAND, Gérard. « *Empathie et thérapeutique* », Recherche en soins infirmiers, vol. 84, no. 1, 2006, p 59.

<sup>29</sup> PHILIPPOT, Pierre. « Chapitre 5. La régulation émotionnelle », *Émotion et psychothérapie*. sous la direction de Philippot Pierre. Mardaga, 2011, pp. 115-156.

**cognitif** réside dans une interprétation avantageuse de la situation, comme par exemple, exploiter les éléments positifs d'une situation négative. James Gross considère ainsi que le vécu émotionnel d'une situation dépend du degré de considération qu'on lui attribue. La régulation centrée sur la réponse émotionnelle consistera à modifier volontairement la durée ou l'intensité des réponses émotionnelles au niveau comportemental ou physiologique.

Selon James Gross, il serait préférable de réguler ses émotions par les antécédents. Ainsi ses études expérimentales ont mis en évidence que l'adaptation du positionnement individuel lors d'une situation provoquant du dégoût, permettait de diminuer le vécu émotionnel négatif. A contrario, l'intensité du vécu émotionnel de la même situation demeure inchangée lorsque les individus cherchent le « *contrôle* » de leurs émotions. Cette dernière méthode ne réside donc qu'en un comportement de façade, inexpressif en matière d'émotion individuelle.

### V.2.3. L'intelligence émotionnelle.

L'ensemble des termes abordés précédemment nous mène aux théories de l'intelligence émotionnelle. En effet, si nous considérons que la contagion émotionnelle fait partie intégrante d'un processus émotionnel, le développement d'une intelligence émotionnelle en serait logiquement la finalité. L'existence d'une intelligence émotionnelle a été initiée dans les années 1990 par le psychologue Mayer qui la définit comme « *l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres* »<sup>30</sup>. Cette théorie inclut à la fois des aspects liés à la personnalité, la motivation, et les capacités de l'individu à comprendre et gérer les émotions perçues.

Daniel Goleman, professeur de psychologie à Harvard a repris cette théorie en l'appliquant au milieu professionnel. Il évoque 4 piliers sur lesquels repose l'intelligence émotionnelle : la **conscience de soi**, l'**autorégulation**, la **motivation**, et l'**empathie** associée aux compétences sociales. Il affirme que bien qu'une part d'inné soit envisageable, il s'agit avant tout de compétences que l'on peut développer et entretenir par l'apprentissage et l'expérience. Il y a donc une composante environnementale à considérer, qui permet à l'individu de s'adapter constamment aux situations rencontrées en privilégiant ou en occultant certains des

---

<sup>30</sup> LAUNET, Martine-Eva. PERES-COURT, Céline. *La boîte à outils de l'intelligence émotionnelle*, Paris, DUNOD, 2014. p 10

4 piliers. Il estime cependant qu'il est nécessaire d'être compétent dans les 4 domaines afin d'optimiser le bien être individuel et le succès en situations professionnelles.

## VI. Hypothèse de recherche.

Ce travail de recherche a permis mettre en évidence la dynamique de l'équipe, fondée sur des interactions interindividuelles et une relation d'interdépendance. Son fonctionnement est conditionné par des éléments relevant de facteurs psycho-affectifs, cognitifs et environnementaux. Ainsi, nous considérons que la présence d'un leader est primordiale en situation d'urgence, et contribue à assurer la « fluidité » de l'intervention. L'acceptation de ce dernier sera fonction de sa compétence, son influence et de sa capacité à maintenir un climat émotionnel positif. Nous pouvons donc supposer que si le « leader formel » instauré par la personne du médecin présente une défaillance en matière de compétence ou de responsabilité, le groupe se verra alors désorganisé, ce qui aura une incidence sur la performance de l'équipe. En l'absence de ce dernier, l'infirmière peut être amenée à remplir cette fonction de leader. Nous déduisons donc que lorsque plusieurs infirmières sont présentes, c'est celle qui détient le plus d'expérience et de réussite sur des actions similaires, et qui aura la meilleure gestion émotionnelle qui se verra attribuer ce rôle dans le cadre d'une hiérarchisation spontanée.

Cependant, n'oublions pas ce qui motive le rassemblement de notre équipe soignante. La situation d'urgence absolue apparaît ici comme l'objectif premier. La recherche que nous venons d'effectuer nous mène à émettre les hypothèses suivantes :

- le contexte de l'urgence peut stimuler ou inhiber l'infirmière dans sa performance par la présence d'autres soignants.
- le contexte de l'urgence absolue représente un « risque » mettant en danger le bon fonctionnement du groupe et engageant la responsabilité du leader qui a un rôle à assurer.
- la contagion émotionnelle peut apparaître comme un élément du processus de maturation émotionnelle. Par conséquent elle peut être considérée comme une étape indéniable de la construction identitaire de l'infirmière où la capacité de régulation émotionnelle apparaît comme une variable indispensable lorsqu'elle est adaptée.
- le code émotionnel perçu par un soignant peut susciter en lui une émotion et provoquer un comportement inadapté se traduisant par des mécanismes défensifs.

Enfin nous pouvons émettre une hypothèse finale qui mériterait la poursuite de nos travaux de recherche sur le terrain à une plus large échelle :

**En situation d'urgence absolue, une émotion négative émise par le leader de l'équipe soignante peut contaminer l'infirmière et générer chez elle des stratégies adaptatives inefficaces impactant sa capacité d'agir.**

## Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers a permis de faire émerger une question de départ issue d'une situation d'appel ayant suscité un intérêt. Un cadre théorique a permis d'explicitier les termes « *infirmière* », « *situation d'urgence* », et « *émotions* ». Sur le terrain, des entretiens avec trois infirmières exerçant dans différents services et établissements, a permis de mieux comprendre le vécu des situations d'urgence, mais surtout les éléments favorisant ou entravant la gestion des émotions. Ainsi, ces entretiens ont permis de lever certains préjugés, confirmer certaines hypothèses, et concentrer notre réflexion sur la dimension psychosociale des émotions au travers des concepts de « *dynamique des groupes* » et de « *contagion émotionnelle* ».

Le choix de ce thème de recherche était significatif. Mon passé professionnel m'a menée à ne pas exprimer mes émotions et mettre en place mes propres stratégies d'adaptation dans des situations difficiles. Etant devenues automatiques lors de situations génératrices de stress, je ne m'étais jamais questionnée sur leur mise en place. Ce travail de réflexion m'a permis de mieux les analyser, adopter un regard professionnel, et comprendre certaines réactions que j'avais pu observer en stage chez les infirmières au cours de situations d'urgence.

De plus, par ce travail, j'ai réalisé l'importance du rôle de l'équipe soignante, tant dans l'organisation en situation d'urgence, que dans le questionnement des pratiques professionnelles. Ainsi, elle tient une place primordiale dans le vécu émotionnel d'une situation d'urgence de chaque membre, contribuant à leur construction identitaire tout au long de leur carrière. En effet, en tant qu'êtres sociaux, nous nous construisons grâce aux autres. Ainsi, si ces trois années d'études m'ont inculquée des valeurs soignantes, mon identité d'infirmière se construira tout au long de ma carrière grâce aux échanges enrichissants que j'entreprendrai avec professionnels, étudiants, patients et entourage.

Néanmoins, au-delà de la blouse que nous portons, nous pouvons nous questionner sur la place de la personnalité individuelle au sein de l'identité infirmière et sa place dans notre société. Sont-elles deux identités à dissocier ou à considérer de manière indifférenciée comme un tout ? Finalement, qu'est-ce qu'être infirmière aujourd'hui ?

## Bibliographie

### Ouvrages :

- BENNER, Patricia. *De novice à expert, Excellence en soins infirmiers*, Paris, MASSON, 2003.  
264 pages
- DANTZER, Robert. *Les émotions*. Presses Universitaires de France, Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2002, 128 pages.
- DUBOYS FRESNEY, C. PERRIN, G. *Le métier d'infirmière en France*. Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2017, 128 pages
- HERMANS, D. RIME, B. MESQUITA, B. *Changing emotions*, Psychology press, 2013, 256p
- LAUNET, Marrtine-Eva. PERES-COURT, Céline. *La boîte à outils de l'intelligence émotionnelle*, Paris, DUNOD, 2014. 192 pages
- LELORD, F. ANDRE, C. *La force des émotions : amour, colère, joie*. Paris, Odile Jacob, 2001, 396 pages.
- MAGAI, Carol ans H. MC FADDEN, S. *The role of emotions in social and personality development, history, theory, and research*, Springer, 1995, 358 pages
- MUCCHIELLI, A. *L'identité*, Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 1986, 128 pages.
- MUCCHIELLI, R. *La Dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Issy-les-Moulineaux, Esf, 2011, 234 pages
- MUCCHIELLI, R. *Le travail en équipe, clé pour une meilleure efficacité collective*, Issy-les-Moulineaux, Esf, 2014, 203 pages
- NIEDENTHAL P. KRAUTH-GRUBER, S. et RIC, F. « Chapitre 7. Émotions et processus de groupe », *Comprendre les émotions. Perspectives cognitives et psycho-sociales*, Mardaga, 2009, pages. 239-274.

PHILIPPO, Pierre. « *Chapitre 5. La régulation émotionnelle* », *Émotion et psychothérapie*, Mardaga, 2011, pages 115-156.

RIME, Bernard. *Le partage social des émotions*, Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2009, 448 p

ROGERS, C. *A way of being*, Boston 1980, Houghton Mifflin compagny, cité par Decety, *L'empathie* 2004, p 59.

RUSZNIEWSKI Martine, « *Les mécanismes de défense* », dans *Manuel de soins palliatifs*. Paris, Dunod, « Guides Santé Social », 2014, pages. 543-551.

SELYE, Hans. *Le stress de la vie - le problème de l'adaptation*, Paris, GALLIMARD, 1975, 464 pages

VAZILJEVIC, D. OBERLE, D. *Conduites et émotions dans les groupes*, Fontaine, PUG, 2016, pages 86-89.

### Référentiels et recommandations :

Direction de l'amélioration de la qualité des soins, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, janvier 2014, page 59

SFMU. Référentiel de compétences, infirmière en médecine d'urgence, 2008

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation en collaboration avec: Samu de France  
Société française de cardiologie Société francophone de médecine d'urgence :  
Société de réanimation de langue française, *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières*, 2004

### Revue :

BARSADE, S.G. "*The Ripple Effect: Emotional Contagion and Its Influence on Group Behavior*", dans *Administrative Science Quarterly*, Vol. 47, No. 4, Dec. 2002, pages 644-675

DEJOUX, Cécile et al. « *Intelligence émotionnelle et processus de décision* », *Gestion*, 2000, vol. volume 28, no. 3, 2011, pages. 67-81.

FAVRE Daniel, et al. « *Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions* », *Enfance*, vol. 57, no. 4, 2005, pages 363-382.

"GREBOT, E. "*Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence*", *Annales Médico-psychologiques*, revue psychiatrique, Volume 168, N°9, Novembre 2010, pages 686-691

JORLAND, Gérard. « *Empathie et thérapeutique* », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 84, no. 1, 2006, pages. 58-65.

MUCCHIELLI, Alex. « *Place de la systémique des communications dans les diverses systémiques* », *Revue internationale de psychosociologie*, vol XII, no. 26, 2006, pages. 11-61.

NARME Pauline, et al. « *Vers une approche neuropsychologique de l'empathie* », *Revue de neuropsychologie*, vol. volume 2, no. 4, 2010, p. 292-298.

PIQUEMAL-VIEU, Laurencine, « *Le coping, une ressource à identifier dans les soins infirmiers* », *Recherche en soins infirmiers*, n°67, décembre 2001, pages 84-98.

SIMON, Edith. « *Processus de conceptualisation d'« empathie »* », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 98, no. 3, 2009, pages. 28-31.

### Sites internet :

IMAGE DE COUVERTURE : <https://goo.gl/images/ZN1Hiu>

ACADEMIE FRANÇAISE DE MEDECINE : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=urgence>,  
Site consulté le 03/01/2018

ACTUSOINS : <http://www.actusoins.com/10257/urgences-vitales-quelles-conduites-a-tenir-pour-les-infirmiers.html>, Site consulté le 02/01/2018

CENTRE NATIONAL DE RECHERCHE TEXTUELLE ET LEXICALE : <http://www.cnrtl.fr/>

HAUTE AUTORITE DE SANTE : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601003/fr/travailler-en-equipe](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe), Site consulté le 22/10/2017

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE :  
[http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/Chapitre\\_3.html](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/Chapitre_3.html), Site  
consulté le 20/09/2017

LE FIGARO : <http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/stress/ladaptation-psychologique-stress/quelle-evaluation-situation>, Site consulté le 20/09/2017

LES ECHOS : [http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/03/20/cercle\\_44784.htm](http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/03/20/cercle_44784.htm), Site  
consulté le 23/01/2018

LEGIFRANCE :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

SANTE, MEDECINE : [http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/33145-urgences-definition#simili\\_main](http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/33145-urgences-definition#simili_main), Site consulté le 03/01/2018

SCIENCES HUMAINES : [https://www.scienceshumaines.com/le-groupe-en-psychologie-sociale\\_fr\\_10805.html](https://www.scienceshumaines.com/le-groupe-en-psychologie-sociale_fr_10805.html), Site consulté le 06/04/2018

SOCIETE FRANÇAISE D'ANESTHESIE ET REANIMATION : <http://www.sfar.org/wp-content/uploads/2014/05/288-Urgences-Vitales-Intra-Hosp.pdf>, Site consulté le  
03/01/2018

## ANNEXES

<b>Annexe I</b> : cadre légal de la prise en charge infirmière de l'urgence (Code de la Santé Publique).....	I
<b>Annexe II</b> : l'examen clinique selon la méthode ABCDE.....	III
<b>Annexe III</b> : classification des groupes en psychologie sociale .....	IV
<b>Annexe IV</b> : Guide d'entretien auprès des professionnels.....	V

## **Annexe I : cadre légal de la prise en charge infirmière de l'urgence (Code de la Santé Publique)**

Art R4311-2 al.2 « concourir (...) au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic ». Al 4 : « contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales »

Art R4311-5 : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : (...)

- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ; (...)

- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;

- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ; (...)

- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ; (...)

- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ; (...)

- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;

b) Sang : glycémie, acétonémie (...)

- 41° Aide et soutien psychologique (...)

Article R4312-10 : « L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. (...) Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans

des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose. »

Art R 4312-12 : « Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité. (...)Hors le cas d'urgence (...), un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle.»

Art R4312-32 : « L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. (...)Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre (...) la sécurité des personnes prises en charge.»

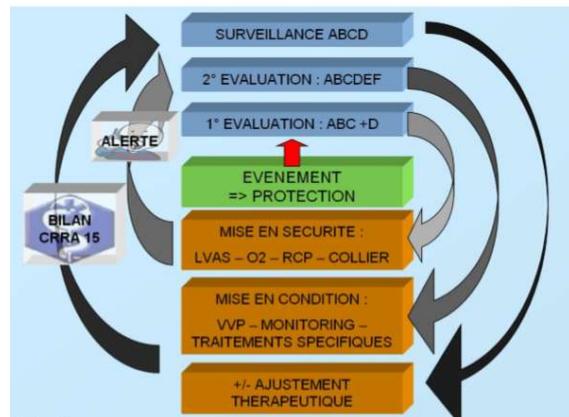
Art R4312-42 : « L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée. »

Art R4311-43 : « En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence, ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé, et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toute mesure en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. »

## Annexe II : l'examen clinique selon la méthode ABCDE

Selon Peter Safar (1957)

	<b>objectifs</b>
<b>A</b> - « <b>Airway</b> » management and cervical spine stabilization (Libération des voies aériennes et stabilisation de la colonne cervicale.)	maintenir en permanence la liberté des voies aériennes et la protection du rachis cervical.
<b>B</b> - « <b>Breathing</b> » (Ventilation)	Objectif : maintenir une SpO2 $\geq$ à 95% ou SpO2 $\geq$ 90% si notion d'IRC
<b>C</b> - « <b>Circulation and Bleeding</b> » (Circulation et saignement)	maîtriser des hémorragies externes et détecter précocement des signes d'hémorragie interne ou de défaillance circulatoire
<b>D</b> - « <b>Disability</b> » (Déficit neurologique et douleur)	évaluer la fonction cérébrale et le système nerveux central
<b>E</b> - « <b>Exposures</b> »	exposer le patient et le protéger de l'environnement
<b>F</b> - « <b>Family</b> »	Antécédents familiaux



## Annexe III : classification des groupes en psychologie sociale

Classification selon Didier Anzieux et Jacques-Yves Martin, extrait de *La dynamique des groupes restreints*. Paris, PUF, 2000. 397p

	Structuration (degré d'organisation interne et différenciation des rôles)	Durée	Nombre d'individus	Relations entre les individus	Effet sur les croyances et les normes	Conscience des buts	Actions communes
<b>Foule</b>	Très faible	Quelques minutes à quelques jours	Grand	Contagion des émotions	Irruption des croyances latentes	Faible	Apathie ou actions paroxystiques
<b>Bande</b>	Faible	Quelques heures à quelques mois	Petit	Recherche du semblable	Renforcement	Moyenne	Spontanées mais peu importantes pour le groupe
<b>Groupement</b>	Moyenne	Plusieurs semaines à plusieurs mois	Petit moyen ou grand	Relations humaines superficielles	Maintien	Faible à moyenne	Résistance passive ou actions limitées
<b>Groupe Primaire ou restreint</b>	Elevée	Trois jours à dix ans	Petit	Relations humaines riches	Changement	Elevée	Importantes spontanées voire novatrices
<b>Groupe secondaire ou organisation</b>	Très élevée	Plusieurs mois à plusieurs décennies	Moyen ou grand	Relations fonctionnelles	Induction par pressions	Faible à élevée	Importantes habituelles et planifiée

## Annexe IV : Guide d'entretien auprès des professionnels

### Objectifs :

- Identifier les compétences sollicitées par l'infirmière dans les soins d'urgence.
- Comprendre les mécanismes élaborés par l'infirmière afin de gérer ses émotions en situation d'urgence
- Identifier les facteurs influençant la gestion des émotions de l'infirmière prenant en charge une situation d'urgence.

Bonjour, je m'appelle Cathy Bidan. Je suis étudiante en 3<sup>ème</sup> année à l'IFSI de Lorient. Je vous remercie d'avoir répondu positivement à cette demande d'entretien, et de m'accorder de votre temps. Cet entretien s'inscrit dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, portant sur les émotions de l'infirmière dans les situations d'urgence. Je garantis la confidentialité des propos qui seront échangés de façon anonyme. L'entretien est enregistré.

<b>Question d'accroche :</b>  Pouvez-vous me décrire votre carrière en tant qu'infirmière ?	Mots clés :  Année de diplôme, Lieux d'exercice, ancienneté, carrière professionnelle, projet professionnel
<b>Thème 1 : la situation d'urgence</b>	
<b>Qu'entendez-vous par « situation d'urgence »?</b>  Questions de relance :  - Selon votre expérience professionnelle, comment identifiez-vous une situation d'urgence ? - Quels sont les éléments vous permettant d'estimer l'urgence d'une situation de soins ?	Mots clés :  - Expérience professionnelle - Prévalence des situations d'urgence
<b>Thème 2 : le rôle de l'infirmière en situation d'urgence</b>	
<b>Pouvez-vous me parler du rôle de l'infirmière lors d'une situation d'urgence ?</b>  Questions de relance :  - Comment est organisée la prise en charge des situations d'urgence ? - Quelle y est le rôle de l'infirmière ? - Comment se passe la collaboration entre les différents professionnels lors d'une situation d'urgence ?	Mots clés :  - Conduite à tenir, protocole - Responsabilité - Compétences - Formation à l'urgence - Intervention médicale / SMUR - Chariot d'urgence

### Thème 3 : les émotions lors des situations d'urgence

**Pouvez-vous me parler d'une situation d'urgence qui vous a marquée ?**

Questions de relance :

- Avez-vous déjà eu le sentiment d'être en difficulté face à une situation d'urgence, pourquoi ?
- Comment êtes-vous parvenue à gérer la charge émotionnelle induite ?
- Considérez-vous les émotions comme un frein ou un moteur dans les soins d'urgence ?
- Selon vous, quels sont les ressources que l'infirmière peut solliciter pour gérer ses émotions lors d'un soin d'urgence ?

Mots clés :

- Emotions
- Distance
- Acceptation / gestion des émotions
- Facteurs favorisants / précipitants
- Ressources internes et externes

Nom : BIDAN  
Prénom : Cathy

**TITRE** : « ACTION – REACTION ! » L’infirmière face à ses émotions en situation d’urgence

I have always thought that as they are prepared, and trained throughout their career in the management of emergency situations, nurses have to perfectly manage their emotions. Indeed, the goal is clearly defined: being quick and effective to stabilize the patient, often at the expense of thoughts or emotions that can slow nurses’ practice down. I started from a situation that occurred during a training in a Resuscitation unit, where I took part in a cardiac massage. I wondered about the influence of emotions on nurses’ practice in emergency situations. Comparative interviews with nurses practicing in various units with varying prevalence of life-threatening situations, have shown that the health care team was part of the factors that influence the nurse’s capacity to manage her emotions and adopt adaptive mechanisms. My research around social psychology concepts have lead me to deduce that prioritizing and coordinating the health care team appears as an essential element to the smooth running of the emergency situation. The leader holds a primary role because he guarantees a positive emotional climate. However, this leads me to the conclusion that inversely, he can convey a negative emotion and contaminate the nurses, which can alter their ability to act.

J’ai toujours pensé qu’étant préparée, et formée tout au long de sa carrière à la gestion de situations d’urgence, l’infirmière devait parfaitement maîtriser ses émotions. En effet, l’objectif est clairement défini : être rapide et efficace pour stabiliser le patient, souvent au détriment de la réflexion ou des émotions qui sont perçues comme un frein à l’efficacité. Partie d’une situation de départ survenue au cours d’un stage en unité de Réanimation, où j’ai participé à un massage cardiaque, je me suis questionnée sur la place des émotions et leur influence sur la pratique de l’infirmière en situation d’urgence. Des entretiens comparatifs auprès d’infirmières exerçant au sein de divers services à plus ou moins forte prévalence de situations mettant en jeu le pronostic vital des patients, ont permis de démontrer que certains facteurs influencent la gestion émotionnelle et l’adoption des mécanismes adaptatifs chez l’infirmière en situation d’urgence, notamment l’équipe soignante. Mes recherches autour de concepts en psychologie sociale m’ont permis de déduire que le fonctionnement hiérarchisé et coordonné de l’équipe soignante apparaît comme un élément indispensable au bon déroulement de la situation d’urgence. Le leader occupe donc une place primordiale car il demeure le garant d’un climat émotionnel positif. Pourtant, il peut transmettre une émotion négative contaminant l’infirmière, et altérant sa capacité d’agir.

**KEY WORDS** : Emergency situation, emotions, team dynamics, resuscitation, nurse

**MOTS CLES** : Situation d’urgence, émotions, dynamique d’équipe, réanimation, infirmière

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
7 rue des Montagnes  
56100 Lorient  
TRAVAIL ECRIT DE FIN DE FORMATION – Année 2018

