

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION
DE L'UNITE D'ENSEIGNEMENT UE 5.6. S6
"Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles"

**L'INFIRMIER DE PRE HOSPITALIER TEMOIN DES
DRAMES DE LA VIE**
Urgence, expérience et choc émotionnel.



Directeurs de mémoire:
Mme MILLET Catherine
Mme CORREIA Elisabeth

Auteur:
KOPECKY Victoria

*INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
PARIS-SAINT-JOSEPH*

*- Promotion 2015/2018 -
Le 22/05/2018*

"Il a regretté d'être rentré chez lui car il n'a pas trouvé le réconfort escompté auprès de ses proches, toujours pour la même raison: il lui semblait qu'il n'était pas compris et il se demandait si sa place n'était pas au centre de secours"

Extrait du livre
- Le chef face au stress: l'expérience opérationnelle
des sapeurs-pompiers de Paris-

Note aux lecteurs:

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices de mémoire, Mesdames Millet et Correia, sans qui la réalisation du travail de fin d'étude n'aurait pas été possible.

Je remercie par ailleurs Monsieur Couson, cadre formateur de suivi pédagogique, m'ayant accompagné et conseillé au cours de ces deux dernières années de formation.

Je remercie vivement les infirmiers-majors des deux casernes parisiennes de la BSPP qui ont permis l'obtention des entretiens. Et de ce fait, je remercie grandement l'ensemble des infirmiers m'ayant accordés leur temps de garde et parfois de repos, afin de participer aux entretiens et de m'avoir pour certains conseillés pour la réalisation de ce travail.

Je remercie l'ensemble des personnels du centre médical de la caserne de Ménilmontant de m'avoir encadrée, formée et soutenue lors de ces dix semaines de stage exceptionnel.

Je remercie mes parents, mes frères, ma sœur et mon fiancé de m'avoir accompagnée et soutenue, durant ces trois années d'études et la réalisation de ce travail.

Je terminerais par remercier chaleureusement mes amis, de m'avoir suivie, soutenue et d'avoir participé à la réalisation de ces années d'études dans la bonne humeur qui s'achèvent par ce mémoire. Tous ont su garder patience face à mes nombreuses et interminables conversations sur les pompiers, je les remercie d'avantage pour cela...

Sommaire

Introduction	1
Situation d'appel.....	2
Analyse de situation.....	4
I- Cadre de référence.....	7
1.1- Champs disciplinaires:.....	7
II- Cadre théorique:	7
2.1 Le pré-hospitalier	7
2.1.1 L'urgence pré-hospitalière	7
2.1.2 - Les acteurs	8
2.1.3 Les missions de l'IDE en pré hospitalier	10
2.2 - Notions d'urgence et de choc émotionnel	11
2.2.1 Définition de l'urgence médicale.....	11
2.2.2 Définition du choc émotionnel.....	11
III- Cadre conceptuel	13
3.1 - Le rôle de l'expérience.....	13
3.1.1 L'acquisition d'expérience professionnelle.....	13
3.1.2 Concept d'expérience	14
3.2 - Les émotions du soignants.....	15
3.2.1 Concept d'émotion:.....	16
3.2.2 Gestion de l'émotion sur intervention	17
3.2.3 Le soignant post-intervention.....	19
IV. L'enquête de terrain.....	20
4.1 Choix et justification de l'enquête.....	20

4.2 Les résultats d'entretiens	21
4.3 Hypothèses.....	28
Conclusion	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE I: GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF.....	30
ANNEXE II : RETRANSCRIPTION D'ENTRETIEN	31
ANNEXE III : GRILLE RESULTATS ENTRETIENS	37
ANNEXE IV: Chaîne de secours français	44
ANNEXE V: Cycle du stress.	45
ANNEXE VI : Découpage sectoriel SAMU-BSPP.....	46
Bibliographie.....	47
ABSTRACT	49
RESUME	50

Glossaire

Sont ici regroupés l'explication des termes et abréviations utilisés au sein de ce mémoire de fin d'étude.

ACR: arrêt cardiorespiratoire

AMU: aide médicale urgente

AR: ambulance de réanimation

BSPP: brigade des sapeurs-pompiers de Paris

CAU: centre d'appel d'urgence

DEI: diplôme d'état infirmier

FOM: fiche d'observation médicale

IADE: infirmier anesthésiste diplômé d'état.

IDE: infirmier diplômé d'état

ISP: infirmier sapeur-pompier

PEC: prise en charge.

RCP: réanimation cardio-pulmonaire

SAMU: structure d'aide médicale urgente

SMUR: structure mobile d'urgence et de réanimation

UMH: unité mobile hospitalière

VSAV: véhicule de secours et d'assistance aux victimes.

LP15: Life pack 15, moniteur-défibrillateur portatif ayant des fonctions de surveillances hémodynamiques, d'électrocardiogramme, de défibrillateur, de cardioversion et d'électro entraînement cardiaque.

No-flow: Période entre le début de l'arrêt cardiaque et le début du massage cardiaque

Introduction

Au cours de ces trois années d'études et des différents stages que j'ai pu effectuer, j'ai souvent eu l'occasion de réfléchir au type de professionnelle que je souhaitais devenir à l'issue de mon diplôme. Les stages réalisés au sein des différents services d'urgence et plus particulièrement celui réalisé en milieu pré-hospitalier, m'ont permis de réaliser que ce qui faisait un bon professionnel, ne se limitait pas à une association de connaissances théoriques et pratiques. L'expérience jouerait un rôle important, notamment face à la confrontation régulière de situations marquantes auxquelles je risque d'être confronté plus tard.

De ce fait, afin de réaliser ce mémoire de fin d'étude, j'appuie ma réflexion sur une situation vécue au cours de mon stage réalisé avec les infirmiers de la BSPP. C'est alors, après la rédaction de plusieurs interventions vécues, que mon choix s'est finalement porté sur une situation d'arrêt cardio-respiratoire décrite au cours des pages suivantes. En effet, cette situation marquante a suscité en moi beaucoup d'interrogations, de remise en question sur le plan professionnel et personnel et a rythmé la fin de mes études. Il me tenait donc à cœur de la développer et de traiter ce sujet au cours de ce travail afin d'en tirer un maximum de conclusions et par conséquent, d'y adapter ma future pratique professionnelle.

De plus, je tenterais d'analyser le rôle de l'expérience dans la pratique du métier d'infirmier tout en analysant les moyens pouvant être mis en place par l'ISP afin de maîtriser ces émotions au cours et à l'issue d'une PEC "marquante" en pré-hospitalier. Puis, fondée sur les différentes enquêtes de terrain réalisées au près d'ISP, je réaliserais une analyse de ces résultats et en proposerais une question de recherche.

Ainsi, traiter ce sujet qui me tient à cœur me permettra d'approfondir mon analyse, ma réflexion et mes connaissances me rendant alors je l'espère plus à même de réagir en situation d'urgence et ainsi faciliter mon évolution dans ce milieu que j'aimerais rejoindre plus tard.

Situation d'appel

Centre médical de la Brigade des Sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), 1ère garde de nuit en ambulance de réanimation (AR). Au cours de cette nuit, mon équipe, composée d'un médecin urgentiste sapeur-pompier, d'un infirmier sapeur-pompier (ISP), de l'ambulancier et de moi-même, dormait, en attendant d'être réveillée par la sonnerie de départ dans la chambre.

Il est 4h28 du matin quand le départ est sonné au milieu de notre sommeil, nous partons pour détresse respiratoire chez une femme de 88 ans. J'imagine alors une crise d'asthme aiguë grave.

En arrivant, l'équipe des sapeurs-pompiers secouristes (SP) affectée au véhicule d'assistance et secours à victime (VSAV) est déjà sur place. En passant le pas de la porte, l'ISP me lance d'un air simple: «Ah ben je pense qu'elle fait un arrêt ». En effet, l'équipe de premier secours était en train de réaliser les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire (RCP). Je suis prise intérieurement de panique, si bien qu'en arrivant dans la pièce et voyant la victime allongée au sol, le regard droit, vide et toutes ces personnes autour concentrées dans leurs manœuvres de réanimation, je ressors rapidement en lançant d'une voix perdue à l'infirmier, que je ne savais pas quoi faire. C'était ma première prise en charge d'arrêt cardiorespiratoire (ACR).

Je connaissais le protocole de prise en charge de l'ACR, mais mon instinct m'avait poussé à fuir cette situation à laquelle je n'avais pas pu me préparer psychologiquement, pensant arriver sur une crise d'asthme.

L'infirmier me dit qu'il fallait avant tout que je pose rapidement une voie veineuse périphérique. Je devais perfuser la patiente, allongée au sol, ses bras bougeant par le massage cardiaque que les SP étaient en train de réaliser. L'infirmier me regarde de loin en m'activant par des « Victoria, allez... Allez Victoria vite ». Je me dépêche davantage et pose ma perfusion avec succès. Il me tend une seringue d'Adrénaline®, en me disant de passer 1mg en intraveineuse directe puis de recommencer le geste dans quatre minutes. J'étais concentrée sur tous les gestes que je devais réaliser et était alors rentrée dans un réel effet tunnel, je ne voyais pas plus loin que le bout de mes mains.

Après trois injections d'Adrénaline®, l'infirmier voyant que je n'avais plus rien à faire, me propose de prendre le relais de la RCP en ajoutant: « bon tu as bien compris, là, ça fait déjà 25 minutes que la RCP a commencé, on ne va pas la récupérer malheureusement. C'est un peu pour t'entraîner là... ». Je lui réponds que oui et me prépare à prendre le relais des pompiers en train de masser. Je compte à voix haute, restant concentrée sur l'efficacité de mon massage, tout en écoutant le tempo de compressions lancé sur la machine. Au bout de quelques minutes, le médecin me demande d'arrêter le massage afin de vérifier le rythme cardiaque de la patiente sur le LP15¹.

C'est alors que le médecin remarque que la patiente a repris un rythme sinusal. J'ai alors une sensation de joie en me disant que finalement nous avons peut-être récupéré cette dame. Cependant, je sens que l'ambiance change dans la pièce. Le médecin semble surpris de cette reprise de rythme, alors que nous étions à plus de 30 minutes de RCP, que les manœuvres allaient être arrêtées et la patiente déclarée décédée. La fréquence cardiaque est d'environ 40 battements par minutes, la patiente est hypotendue à 7, un électrocardiogramme est réalisé. Elle est toujours ventilée au ballonnet par sa sonde d'intubation, mais le massage cardiaque est arrêté. L'infirmier, me demande alors de fermer les yeux de la victime maintenant qu'elle était récupérée, car sinon ils allaient se dessécher. Je m'exécute lentement n'ayant jamais réalisé ce geste auparavant. Je n'arrive pas à les fermer, on me dit alors de les maintenir par un bout de scotch. Je reste sceptique quelques instants puis réalise le geste. L'infirmier me demande ensuite d'aspirer la sonde d'intubation afin d'en retirer les mucosités, je m'exécute avec un peu d'hésitation.

Le médecin appelle le centre de régulation afin d'avoir des avis médicaux. Je ne comprends pas pourquoi l'atmosphère est si tendue dans la pièce, alors que la patiente a un rythme sinusal. Le médecin demande plusieurs fois d'arrêter l'oxygénation manuelle afin de vérifier si la victime respire d'elle-même, en vain. J'attends alors de longues minutes, debout, à côté de ce corps inerte. La fréquence cardiaque de la patiente ralentie, elle est désormais à environ 20 battements par minute selon mes souvenirs.

¹ Life pack 15, moniteur-défibriateur portatif ayant des fonctions de surveillances hémodynamiques, d'électrocardiogramme, de défibrillateur, de cardioversion et d'électro entraînement cardiaque.

J'ai un instant d'absence et c'est alors que l'infirmier m'indique que je peux tout débrancher. Je ne comprends pas cette prise de décision si brutale et m'exécute. Il avait en réalité eu l'info du médecin sans que je m'en aperçoive. J'éteins le LP15, retire les patchs de défibrillation, déperfuse et retire la sonde d'intubation. Je remarque alors, étonnée, les grosses ecchymoses que la cardio-pompe² avait faites sur son thorax.

Nous déplaçons la victime et l'installons dans son lit en position "personne qui dort" selon les directives de prise en charge (PEC) de victime décédée sur les lieux.

Nous rangeons toutes les affaires et l'infirmier me demande alors si je vais bien, je lui réponds que oui, ne réalisant pas à ce moment-là, l'intervention que je venais de vivre. Le médecin reste avec le mari de la victime dans l'appartement, en attendant que le fils de ce monsieur arrive.

Analyse de situation

C'est en rentrant chez moi, au petit matin, que le souvenir de cette situation me dérangea. J'avais l'impression, que ce que j'avais vécu au cours de la nuit, n'était qu'un rêve. Je ne réalisais toujours pas ce que j'avais fait et cela fut très perturbant.

J'avais l'impression d'avoir traité un corps, de m'être exécutée sans chercher à comprendre la situation et sans poser de questions, chose que je ne fais pas habituellement. Avoir vécu cela au milieu de mon sommeil faisait que je n'étais pas dans mon état de raisonnement habituel. Je constatai alors, une fois chez moi, que je n'avais pas compris l'intervention, qu'il me manquait énormément de données, notamment la plus simple, le prénom de cette dame de 88 ans... Je me sentais coupable de m'être exécutée tel un robot, sans mettre en lien tous les gestes et connaissances théoriques comme j'avais l'habitude de le faire sur chaque intervention.

Je sentais que j'avais besoin de discuter et de débriefer de cette intervention afin de la comprendre et ainsi de l'évacuer. Seulement, en en discutant avec ma famille et mes amis, leur

² Dispositif médical ventosé à coller sur le thorax, facilitant les compressions thoraciques lors de la réanimation-cardio-pulmonaire.

première réaction était généralement de s'esclaffer en jalousant le fait que j'avais réalisé mon premier massage cardiaque. Cela me révoltait et je souffrais davantage de cette situation.

En revenant à la caserne le soir, j'avais peur que mon état n'impacte mes prises en charges de la garde que je débutais et préviens donc l'ISP avec qui je prenais la garde ce soir-là. Finalement, nous n'avions pas eu le temps de débriefer et c'est quelques heures plus tard en revenant d'une intervention toute autre, que je fondais en larmes sans en comprendre la raison. Le médecin de mon équipe, me demanda ce qu'il se passait et voyant ma détresse, me proposa de discuter. Il m'aida alors à extérioriser cette intervention marquante, à l'évacuer ainsi qu'à l'analyser. J'avais pu alors en profiter pour lui poser toutes mes questions sur l'intervention:

- Pourquoi son pronostic vital était-il si mauvais alors que son temps de no flow³ n'était pas si important? (Il me semblait qu'il était de 5 minutes).
- Pourquoi l'équipe n'était-elle pas rassurée en voyant que la patiente avait repris un rythme cardiaque?
- Pourquoi avons-nous tout stoppé alors qu'elle était en rythme sinusal?
- Et donc quand nous l'avons installé dans son lit, son cœur battait encore et si son mari avait eu l'idée de prendre son pouls, qu'en aurait-il pensé?
- Pourquoi n'aurions-nous pas pu transporter cette dame en réanimation sous respirateur?

Les réponses m'amènèrent à comprendre que le principal problème, était finalement qu'il me manquait des informations dû au choc que cette situation imprévue avait eu sur moi.

Le mari de la patiente ne souhaitait pas d'acharnement médical et donc pas de réanimation agressive, elle avait un début d'Alzheimer qui n'aurait donc probablement pas facilité sa rééducation, si celle-ci avait été possible. Son no-flow était en réalité inconnu, j'avais mal compris. Lorsque le tracé est apparu, les équipes furent embêtées car elles savaient que cette dame allait être en vie certes, mais sous un état végétatif, car son cerveau qui avait manqué d'oxygène plusieurs minutes, était probablement en très mauvais état. C'est pour cela que le médecin vérifia la dilatation des pupilles et réalisa le test d'autonomisme respiratoire en arrêtant la ventilation manuelle, pour vérifier si le cerveau envoyait les messages nécessaires

³Période entre le début de l'arrêt cardiaque et le début du massage cardiaque. Au-delà de 10 minutes de no flow, le pronostic est très péjoratif.

pour déclencher une inspiration. Ce test réalisé 3 fois avait été négatif, la patiente étant en état de mort cérébrale, elle pouvait donc être déclarée décédée.

Suite à ce débriefing, l'ensemble des personnels fut mis au courant de ce choc émotionnel, afin d'en surveiller les conséquences. Cela m'a beaucoup aidé et j'ai alors réalisé la nécessité d'une cohésion dans un environnement de travail pareil. En effet, sans cela, je pense qu'il aurait été bien plus difficile pour moi d'évacuer cette intervention, je n'aurais pas forcément osé leur montrer mes émotions, n'ayant pas l'habitude de le faire devant des soignants que je ne connais pas tant. Ce débriefing tardif m'aura aussi permis de réaliser une analyse profonde, avec recul, de la situation. J'ai ainsi soulevé ce qui m'a posé problème, ce que je ne comprenais pas et ce qui m'avait marqué. La difficulté principale que j'avais pu rencontrer lors de cette situation était donc de faire face sans aucune expérience à une prise en charge marquante, ainsi que le décalage que j'avais pu vivre avec les pompiers, qui eux, font face à ce genre de situation très régulièrement: l'incompréhension des décisions, des réactions des équipes...

Lorsque j'ai débriefé de cette intervention avec le médecin et l'infirmier, il me fut reproché gentiment de ne pas avoir prévenu l'infirmier de mon équipe, que j'étais un peu choquée de l'intervention, pensant que je n'avais pas osé et ils ont souligné l'importance de la cohésion dans ce type de prise en charge. Seulement, tout avait ressurgi une fois rentrée chez moi, une fois que je me retrouvais seule, hors de la caserne où je me serais sentie comprise et protégée.

La conclusion principale que je tire de cet évènement était finalement que j'avais manqué d'expérience professionnelle face à cette situation. En effet, j'avais perdu mes moyens sous l'effet de la panique, j'étais choqué de certaines visions et n'avais pas réussi à visualiser globalement la PEC. Quelques jours plus tard, je réalisais une seconde intervention d'ACR non récupéré, qui me fût bien plus facilement acceptable, grâce à mon gain d'expérience.

Suite à cette analyse, une question s'est révélée: En quoi le manque d'expérience favorise-t-il le risque de choc émotionnel pour l'infirmier lors d'une PEC d'urgence en pré-hospitalier ?

I- Cadre de référence

1.1- Champs disciplinaires:

Afin de rédiger mon mémoire, je m'appuierai sur l'unité d'enseignement « *Psychologie, sociologie, anthropologie* »(UE 1.1) ainsi que l'unité d'enseignement « *Processus psychopathologique* » (UE 2.6). Ces matières me permettront ainsi d'appuyer mes écrits sur le processus du stress, les mécanismes de défense des soignants, la notion de choc émotionnel et les autres thèmes psychologiques ou sociaux que j'aborderai.

De plus, j'aborderais le champ disciplinaire sur le plan scientifique, biologique et physiopathologique qu'une émotion peut provoquer sur le soignant.

Je m'appuierais principalement sur l'ouvrage "*Le chef face au stress: l'expérience opérationnelle des Sapeurs-pompiers de Paris.*" D'auteurs collectifs, sous la direction du Colonel de Cacqueray-Valmenier et du capitaine Folio, ce livre réalisé à partir d'une étude, démontre la souffrance psychologique que peut subir un personnel suite aux stress induits par certaines interventions. Ainsi ce livre, en accord total avec le sujet de mémoire, sera l'ouvrage de référence.

II- Cadre théorique:

2.1 Le pré-hospitalier

2.1.1 L'urgence pré-hospitalière

L'aide médicale urgente (A.M.U) voit le jour dans les années 1960 en France et peut-être définie par le Code de la Santé Publique en l'article L. 6311-1⁴. Elle a pour but principal d'assurer la chaîne des soins médicaux urgent et de faire assurer à la victime des soins de secours en n'importe quel lieu. En termes généraux, l'urgence pré-hospitalière se définit selon Louis Lareng, fondateur du SAMU, comme « *l'hôpital qui se déplace au pied de l'arbre* ».

⁴ Article L. 6311-1 du Code de la santé publique [En ligne]

Cependant, la notion de pré-hospitalier peut être perçue de façons différentes. En effet, Le principe français s'appuie sur le « *stay and play* », où le transport de la victime dans l'état le plus stable possible prime, tandis que les Etats-Unis fonctionnent sur le principe du « *scoop and run* » où la rapidité d'évacuation de la victime vers un centre hospitalier prime sur la prise en charge pré hospitalière.

Il est avant tout nécessaire de comprendre la chaîne de secours français⁵. Celle-ci se présente de la sorte.

- 1- L'alerte des services de secours.
- 2- La mise en œuvre si possible, de geste de premiers-secours par un témoin.
- 3- L'envoi d'une équipe secouriste et début de la PEC.
- 4- Le traitement médical de la situation au centre d'appel d'urgence (CAU) par un médecin qui décide ou non de la nécessité d'envoi d'un moyen médicalisé sur place.
- 5- La PEC médicale pré hospitalière de la victime sur place.
- 6- La PEC hospitalière de la victime dans un service adapté à son état de santé.

2.1.2 - Les acteurs

En France, différents acteurs existent afin de pourvoir à la chaîne de secours pré-hospitalière. Le premier acteur, fondamental, est le témoin déclencheur de l'alerte, qui permet aux nombreux organismes secouristes et médicaux d'entrer dans cette chaîne. Le SAMU et ses SMUR ainsi qu'à Paris, les sapeurs-pompiers et leurs ambulances de réanimation.

Le SAMU

En France, le principal acteur de l'urgence pré-hospitalière est avant tout la Structure d'aide médicale urgente appelée S.A.M.U, véritable point de départ de cette chaîne d'AMU. Son rôle principal que nous pouvons retrouver dans le décret du 16 décembre 1987, est le conseil médical téléphonique, la régulation des appels ainsi que la gestion des envois d'ambulances médicalisées hospitalières (UMH) sur intervention.

⁵ Cf annexe IV "Chaîne de secours français".

Le SMUR

La structure mobile d'urgence et réanimation dépend du SAMU. Elle est envoyée à la suite d'un appel au numéro 15, perçu au centre d'appel d'urgence (CAU) régulé par le SAMU. L'équipage au sein d'un SMUR se compose d'un médecin urgentiste, d'un infirmier diplômé d'état, plus souvent infirmier anesthésiste (IADE) et d'un conducteur, souvent ambulancier.

Réglementairement, l'UMH, a pour mission principale d'assurer une intervention au près d'un patient en situation d'urgence et nécessitant une prise en charge médicale ou de réanimation, d'en assurer le transport médicalisé vers un établissement de santé. Le second rôle du SMUR consiste à effectuer le transfert de patients nécessitant d'être médicalisés entre deux établissements de santé⁶.

Concernant le système de garde d'un IDE ou IADE en SMUR sur Paris, de façon générale, le planning se déroule en journées de garde de 12h. Ces gardes alternent entre une période en SMUR et une autre dans un service d'urgence ou de réanimation.

La BSPP

Présente seulement sur Paris et les départements de la petite couronne, la Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris, unité militaire, est créée en 1967.

L'organisation de la Brigade se présente ainsi: elle est divisée en 3 groupements d'incendie et de secours selon des zones géographiques à défendre entre Paris et la petite couronne. Chaque groupement possède ses centres de secours (engins pompes, VSAV etc.) répartis sur cette même zone géographique et un centre médical (équipe médicale et ambulances de réanimation).

C'est au centre opérationnel, que la régulation des appels au 18 ou du 112 se font. En cas de nécessité d'un envoi médicalisé sur place, la coordination médicale prend le relais afin d'envoyer l'AR sur les lieux de l'intervention. Afin de répondre au mieux aux besoins de la capitale, des secteurs d'action⁷ pour la petite couronne ont été prédéfinis entre ceux du SAMU et ceux de la BSPP dans le cadre d'envoi d'UMH. Dans le cadre d'une PEC médicale intra-

⁶ Article R. 6123-1 du Code de Santé publique.. [En ligne]

⁷ Cf annexe VI "découpage sectoriel"

muros, l'envoi d'un engin médicalisé sur place se fait en fonction de la localisation de l'intervention et du moyen médicalisé le plus proche (AR ou SMUR).

Les AR de la BSPP

Les trois centres médicaux intra-muros de la BSPP possèdent chacun trois AR: une couvre le secteur intra-muros de son secteur, une les communes de la petites couronnes toujours de son secteur et la dernière est de réserve activée un jour sur trois en équipage complet. Un équipage se compose d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier. Tous sont sapeurs-pompiers militaires.

La mission principale de l'AR BSPP est d'assurer le suivi et la surveillance médicale des personnels BSPP engagés sur intervention ainsi que d'assurer un soutien médical lors des incendies. Cependant, le secours médical auprès de la population représente environ 80% de leur travail. Concernant cette activité, ses fonctions sont les mêmes que celles d'un SMUR du SAMU.

Le système de garde d'un ISP BSPP sur ambulance de réanimation se présente ainsi: l'ISP ne travaille qu'en système de garde sur AR et n'alterne pas avec des services hospitaliers. Ces gardes sont de 24h minimum et peuvent aller jusqu'à 72h d'affilées, soit trois jours de garde au sein de la caserne.

2.1.3 Les missions de l'IDE en pré hospitalier

La notion de pré hospitalier se rapporte en quelques sortes à la notion d'urgence développée ci-après. En situation d'urgence, l'infirmier agit alors sous protocoles préétablis ou sur prescriptions avant tout orales afin de répondre au mieux à la notion d'urgence. Pour cela, il doit pour cela s'appuyer sur les articles R4311-14 du code de la santé publique: « *En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable [...]* » et R4312-43 du Code de la Santé publique⁸ « *En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence, ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention*

⁸ Article, R4311-14 et R4312-43 du code de la santé publique, décret du 29 avril 2004. [En ligne]

d'un médecin, l'infirmier remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé, et annexé du patient.»

Dès lors qu'un moyen médicalisé est envoyé sur les lieux, l'équipe médicale et plus précisément le médecin, prend le commandement des opérations. L'infirmier applique les protocoles d'urgence préétablis et applique les décisions du médecin en effectuant son rôle prescrit ainsi que son rôle propre.

A l'issu d'une prise en charge par une AR BSPP, une circulaire de suivi appelée Fiche d'observation médicale (FOM) retraçant le déroulé de l'intervention, doit être remplie par le médecin, puis archivée afin d'assurer la traçabilité des gestes médicaux réalisés au cours de l'intervention.

2.2 - Notions d'urgence et de choc émotionnel

2.2.1 Définition de l'urgence médicale

Selon le Ministère de la Santé, la notion d'urgence médicale peut-être définie de la sorte: "Situation du vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé. Elle relève d'une décision médicale". L'urgence médicale peut-être classifiée selon différents stades de gravité permettant une PEC adaptée: l'urgence absolue (UA) qui relève de l'urgence immédiate engageant le pronostic vital à très court terme; l'urgence relative (UR) n'engageant pas forcément le pronostic vital mais nécessitant une PEC rapide; l'urgence potentielle (UP) nécessitant une surveillance rigoureuse en prévention d'une évolution vers un diagnostic plus grave.

2.2.2 Définition du choc émotionnel

Le choc émotionnel ou également nommé traumatisme psychologique, peut être défini de la sorte: « [il] résulte d'un évènement traumatisant qui submerge la faculté que possède un individu à faire face aux émotions qu'il ressent lorsque celui-ci survient».⁹

⁹ AST 74, Les chocs psychologiques [en ligne]

Le choc émotionnel ne peut-être prévenu ou appréhendé, il apparaît lorsque l'individu est confronté soudainement à une situation inattendue et/ou violente engageant pour lui-même, un stress important. Ainsi, la survenue d'un choc émotionnel est intimement liée à une notion de stress. Le stress¹⁰ se définit de la sorte: « *réaction normale, d'adaptation physiologique et psychologique, développée en réponse à un événement inhabituel [...] mobilise les ressources et facilite l'adaptation à l'urgence. Il est une réaction utile d'alarme et de défense* ». Lorsque l'exposition à une situation stressante est prolongée ou répétée, une détresse psychologique aiguë peut alors se révéler chez l'individu : c'est le choc émotionnel. Il est à noter que le choc émotionnel est d'un niveau inférieur au stress post-traumatique.

De plus, il est important de souligner que la survenue d'un choc émotionnel n'a pas forcément de lien avec la gravité d'une situation. En effet, chaque individu appréhende une situation de façon différente et ressent ses propres émotions de façon plus ou moins importante. Les conséquences psychologiques d'une même situation varient donc d'un individu à l'autre.

La survenue d'un traumatisme psychologique nécessite d'être pris en compte rapidement afin d'éviter la transformation de cet état en un traumatisme durable par l'impliqué. Il est donc nécessaire pour chaque intervenant au sein d'une équipe d'être en capacité de reconnaître chez son coéquipier ou chez un témoin de la scène, les signes de choc émotionnel. Ceux-ci peuvent se présenter de la sorte: sidération (se représente par un état de stupeur, une paralysie physique ou psychique se traduisant par une incapacité d'agir ou de réfléchir) ; une agitation (état d'excitation, gestuelle non coordonnée et appropriée, communication altérée...); une fuite "panique" (l'individu s'extirpe de la situation, capacité de jugement et de raisonnement inhibée) ; une action automatique (comportement d'apparence normal mais actions mises en place répétitives, inefficaces, voire inutiles...).

¹⁰ CF Annexe V "Cycle du stress"

III- Cadre conceptuel

Des concepts infirmiers en lien avec ma situation et ainsi mon thème de mémoire sont développés si dessous. Chaque concept s'associe à une notion théorique qui sera elle-même développée.

3.1 - Le rôle de l'expérience

3.1.1 L'acquisition d'expérience professionnelle

Quelque soit le métier, l'acquisition d'une certaine expérience professionnelle est nécessaire. La pratique du pré-hospitalier nécessite cette compétence en ce sens où en situation d'urgence, comme définit en amont, la PEC se doit d'être rapide et efficace. Ainsi, des formations spécifiques à l'exercice infirmier en pré-hospitalier sont requises.

En effet, au sein du SAMU, la plupart des infirmiers sont titulaires d'un diplôme de spécialité d'anesthésiste (IADE). Cette spécialité apporte de l'expérience aux futurs professionnels. Cependant, si certains exercent au sein du SAMU sans pour autant avoir eu l'obligation d'être diplômés IADE, une expérience professionnelle au sein d'un service d'urgence ou de réanimation est requise avant de faire partie d'une équipe d'intervention pré-hospitalière.

Concernant la BSPP, une grande partie des infirmiers ont obtenus leur diplôme d'infirmier à l'Ecole du Personnel Paramédical des Armées (EPPA). Ainsi, au cours de leurs études, ils acquièrent une connaissance du milieu militaire en plus du métier d'infirmier. De plus, la plupart des infirmiers exerçants à la BSPP ont une expérience de sapeurs-pompiers avant leur formation infirmière: la gestion d'une PEC pré-hospitalière est donc pour beaucoup, déjà acquise. Affectés à l'issue de leur diplôme dans un centre médical en tant qu'infirmier d'AR, ils suivent alors une nouvelle formation de 3 mois minimum, nécessitant la validation de différents modules au cours de gardes réalisées en doublure.

De plus, comme décrit dans l'ouvrage de référence: « *les sapeurs pompiers sont conditionnés pour répondre de manière "mécanique" sur intervention* »¹¹. Ainsi, cette

11 Le chef face au stress: l'expérience opérationnelle des sapeurs-pompiers de Paris.(p.169)

formation complémentaire, leur permet d'acquérir une certaine compétence dans leur métier d'infirmier et notamment des automatismes afin de rester le plus productifs possibles sur intervention plus ou moins grave. Le dicton militaire « *entraînements difficiles, interventions faciles* » prend ici tout son sens. Ces automatismes acquis par l'expérience professionnelle, permettent à l'ISP une certaine «distance» et donc de lui éviter d'être absorbé par une confrontation trop intense ou trop longue à une situation marquante.

L'automatisme technique et la bonne maîtrise de ces connaissances sont donc en lien avec la gestion de l'émotion provoquée par l'intervention. L'acquisition d'expérience professionnelle est un pilier précieux pour une prise en charge compétente.

3.1.2 Concept d'expérience

L'expérience professionnelle peut-être définie comme des « compétences acquises par des processus cognitifs, par un ensemble de savoir-faire, tout au long de sa carrière professionnelle. Des procédures spécifiques, permettent de valider des acquis de l'expérience ». En terme plus simple, elle est définie comme « une connaissance acquise par une longue pratique jointe à l'observation ». ¹²

Sur le plan professionnel, l'expérience doit pouvoir mener à la compétence, désignant la validation des acquis de l'expérience. C'est alors que se révèle la distinction entre l'apprenti et l'expert: l'apprenti observe, découvre, tente de retenir et agit par mimétisme; quant à l'expert, qui lui, agit par compétence. Ainsi, Claude Bernard, dans son œuvre Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, décrit cela: « *le savant complet est celui qui embrase à la fois la théorie et le pratique expérimentale* ». ¹³

L'expérience peut instruire l'homme du moment où il se montre acteur de celle-ci. Elle doit être réfléchie afin d'en tirer des leçons, jusqu'à ce que de nouvelles expériences imposent une nouvelle réflexion. Montaigne, dans ses *Essais*, démontre ce fait: « *Ce n'est pas assez de*

¹² Dictionnaire Larousse Maxipoche. Édition 2010

¹³ Claude Bernard, Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1865), première partie: du raisonnement expérimental, Chapitre I. Paris, Flammarion, "Champs classique", 2008, p. 68.

*compter les expériences, il les faut poiser et assortir; et les faut avoir digérées et alambiquées, pour en tirer les raisons et conclusions qu'elles portent ».*¹⁴

Au cours de mes études, j'ai souvent pu mettre en confrontation le concept de connaissance à celui d'expérience. En effet, tout étudiant commence à se protéger par le biais de ses connaissances théoriques pensant que si elles sont bien acquises, une situation pourrait être maîtrisée avec moins d'appréhension. N'ayant aucune expérience de pré-hospitalier, je m'appuyais sur mes connaissances théoriques et me contentais d'imaginer la scène sur laquelle j'allais intervenir. Cependant, pour certaines prises en charge, il est difficilement possible de mettre en œuvre le schéma sur lequel on pensait s'appuyer. L'inconnu, l'urgence, le stress, l'environnement et les facteurs extérieurs font que nos plans peuvent se voir modifiés. Un imprévu pouvant survenir et ainsi remettre en question la planification minutieusement prévue. C'est alors que la compétence en devient fondamentale. Elle permet la juste association des connaissances théoriques et la mise en application correcte des conclusions tirées d'une expérience passée. Etant encore au stade d'adaptation à l'urgence pré-hospitalière, il m'était compliqué de faire preuve de compétence, je n'avais que très peu d'expérience. L'expérience se voit donc liée à la compétence.

Ainsi, il est alors à supposer que sans expérience, il est difficile de faire preuve d'anticipation: voilà toute l'importance de développer de grandes capacités d'adaptation, de connaissance de soi-même afin de prendre en compte ses émotions et pouvoir composer avec.

3.2 - Les émotions du soignants

La confrontation récurrente de l'infirmier de pré-hospitalier à certaines situations ou images, peut déclencher en lui de fortes émotions au cours de sa prise en charge et ainsi perturber la gestion de l'urgence médicale. Ainsi, il est nécessaire pour l'infirmier de faire preuve de maîtrise de ces émotions en amont, au cours ou à l'issue de son intervention, afin de toujours pouvoir placer le patient au centre du soin.

14 Michel de Montaigne, Les Essais (1580), Livre III, Chapitre VIII, Edition de Villey-Saulnier, Paris, PUF, "Quadrige", 2004, p.931.

3.2.1 Concept d'émotion:

Se déclenchant au contact d'un évènement extérieur ou d'une imagination, l'émotion peut se voir définie comme un « trouble affectif, global, brusque, intense et passager d'un sujet, de tonalité agréable ou pénible (joie, peur, colère), provoqué par une situation inattendue et qui s'accompagne d'une réaction organique confuse de dérèglement, de désadaptation et d'un effort plus ou moins désordonné pour rétablir l'équilibre rompu.»¹⁵

Il existe différentes sortes d'émotions: les principales sont les émotions simples, (joie, peur, colère, tristesse) se divisant elles-mêmes en deux sortes, dites positives ou négatives. Une émotion positive évoque une satisfaction, une sensation de bien-être. Une émotion négative désigne une sensation désagréable voire réductrice pour l'organisme en sens où elles peuvent parfois briser les habitudes, la maîtrise de l'être, comme par exemple la colère.

Selon le dictionnaire Robert, le terme émotion à pour éthologie le mot latin « *ex-movere* » qui signifie « *mouvement vers l'extérieur* ». ¹⁶ Ainsi, une émotion serait le résultat d'un changement de l'ordre corporel habituel, un phénomène provoquant le mouvement et donc l'expression de quelque chose. Une émotion provoque donc un mouvement, et pousse généralement à l'action. C'est une réaction soudaine de l'organisme se traduisant par des réactions cognitives, comportementales mais aussi physiologiques. En effet, le stress comme émotion simple serait un bon exemple des répercussions physiques qu'une émotion peut avoir: tachycardie, sudation soudaine, bouffée de chaleur, focalisation, contraction musculaire, champ visuel restreint...

Dans la situation décrite en amont, l'émotion principalement ressentie par moi-même au cours de l'intervention n'était autre qu'un stress brutal et soudain dû à la nouveauté de l'évènement et donc à la perte de repères. Engendré par l'inconnu, la notion d'urgence et le départ en intervention brutal, le stress, qu'il soit de plus ou moins forte intensité est notamment quelque chose de nécessaire¹⁷. En effet, comme définit en amont, le stress permet

¹⁵ Ouvrage La place des émotions lors du soin p.29

¹⁶ Dictionnaire le petit Robert

¹⁷ Cf Annexe V "Cycle du stress".

une partie de l'adaptation qui elle-même permet l'action. La définition de cette émotion démontre d'elle-même les répercussions physiques que cette émotion déclenche : «*ensemble des conséquences physiques et mentales qu'entraîne un changement et qui permettent à un organisme de s'adapter*»¹⁸. Cette émotion soudaine provoqua en moi l'expression innée de mécanismes de défenses tel qu'une sorte de sidération, une fuite et enfin la focalisation. Ainsi, cette émotion fût pour moi nécessaire: en grande partie positive, elle engagea l'adaptabilité et la concentration nécessaire à ce type de prise en charge. L'infirmier m'encadrant avait su détecter ce stress et me poussa à devenir actrice de cette intervention afin d'utiliser cet état à bon escient. Cette participation active me permit en partie de ne pas rester focalisée sur la gravité de la situation à laquelle je faisais face.

Mais alors, il est à se demander comment l'infirmier maîtrise ses émotions au cours d'une intervention afin d'assurer au mieux la prise en charge de son patient?

3.2.2 Gestion de l'émotion sur intervention

L'ISP se doit d'être en capacité de maîtriser ses émotions sur intervention afin de placer le patient au centre de l'action. Cela lui est primordial afin d'effectuer ses gestes techniques et son relationnel avec le patient pour réaliser une PEC efficace adaptée à la notion d'urgence. Savoir contenir ses émotions sans pour autant manquer d'empathie et de relationnel avec la victime. C'est un véritable travail, une gymnastique qui s'acquière en partie avec l'expérience. Cependant, la gestion des émotions au cours d'une intervention peut se voir parfois compliquée. Différentes réactions, plus ou moins conscientes peuvent alors être mises en place.

Les mécanismes de défense

Selon le Cairn, les mécanismes de défense désignent «*des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente [...]*»¹⁹ Ainsi, ce mécanisme inconscient à pour but comme son nom l'indique d'assurer une défense mais aussi une adaptabilité de l'individu face à un problème extérieur ou intérieur. Ce mécanisme peut être adapté, il va alors apporter quelque chose de positif ; ou

¹⁸ Auteurs collectifs, Le chef face au stress [p.11]

¹⁹ Cairn info, les mécanismes de défense [En ligne]

inadapté, il va être néfaste pour l'individu. L'humour, comme mécanisme adapté, permet à l'individu de « dédramatiser » une situation en focalisant son attention sur quelque chose de plus agréable et ainsi souligner les aspects positifs d'une situation inhabituelle, brutale ou stressante. Freud considérait d'ailleurs l'humour comme le plus haut des mécanismes de défense.²⁰ C'est alors qu'au cours d'une intervention, l'ISP peut utiliser divers mécanismes de défenses afin de se protéger de ses émotions ; ceux-ci sont cependant tout à fait personnels et variables d'une personne à l'autre.

Processus de « coping »

Il existe un autre moyen utilisé par l'humain pour faire face à certaines situations inhabituelles, délicates voire stressantes. A l'inverse des mécanismes de défense, « *les processus de coping [...] sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisit délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe* ».

Par conséquent, le *coping* serait un moyen de défense et d'adaptation à un événement, par une action consciente et volontaire de la part de l'individu. Le *coping* est cependant en lien direct avec le stress : comme dit précédemment, le stress permet dans un premier temps l'analyse d'une situation, puis dans un second temps, l'adaptation. C'est alors que le *coping* agit : au cours d'une intervention, le stress commence à monter, les émotions difficiles à maîtriser, l'ISP va alors chercher à mettre en œuvre un moyen pour surmonter cela. Cela passe par différents moyens propres à chaque individu : la délégation quand cela est possible, la discussion avec la victime, l'humour, la concentration sur la technique...

Notion de cohésion

Le travail d'équipe permet de pouvoir mutualiser une force d'action afin d'assurer la prise en charge du patient. En effet, dans un cas particulier, la cohésion au sein de l'équipe d'intervention permet de prendre le relais d'un membre de l'équipe devenu « inefficace » voire « dangereux » pour le patient, de par un stress dépassé, une notion de choc ou un manque d'expérience. Cependant, la gravité ou la nécessité de rapidité de certaines interventions ne permettent parfois pas la prise en compte de l'ancienneté du professionnel ou de sa sensibilité

²⁰ Cairn info, les mécanismes de défense [en ligne]

avant de l'envoyer dans l'action. C'est alors que le risque de choc émotionnel, voire de stress post-traumatique, peut parvenir et cela nécessite d'être pris en compte à l'issu de l'intervention.

3.2.3 Le soignant post-intervention

Le métier d'infirmier en pré-hospitalier se rythme au cours des sonneries de départ. Au retour d'une intervention, le personnel se doit de repasser par ce « sas » afin de sortir de l'intervention qu'il vient de réaliser. Sans cela la fatigue psychologique se ferait rapidement ressentir. Ainsi, face à une intervention plus « marquante », « angoissante » ou « déprimante », quelques méthodes, plus ou moins formelles, devenues de véritables habitudes existent afin d'encourager les professionnels à s'exprimer, évacuer leurs émotions et supprimer s'il existe, un sentiment de culpabilité.

Le défusing

Selon la documentation réglementaire de la BSPP, il se définit comme une « récupération psychologique immédiate dont les but sont de restaurer un sentiment de sécurité et d'appartenance au groupe (cohésion), abaisser la tension et l'excitation produite par le choc émotionnel immédiat, prévenir les effets délétères du stress et du traumatisme à plus long terme et participer à la mise en place de réponses institutionnelles adaptées au bien-être du personnel ».

Dans le BSP 200.2²¹, il est noté que cette méthode permet notamment de créer un souvenir commun et uniformisé de l'intervention, car il est régulier que lors d'une intervention intense, le champ de perception habituel d'un individu se réduit considérablement, tel "l'effet tunnel" vécu lors de l'intervention d'ACR décrite en amont. Sans ce *défusing* réalisé de façon informelle, l'image gardée de cette intervention aurait été fausse et incomplète. De ce fait, cette méthode d'évacuation peut se réaliser de façon formelle au cours d'une réunion, en équipe entière avec présence ou non d'un psychologue, mais aussi de façon beaucoup plus informelle autour d'un café ou au foyer de la caserne, comme il l'est fait assez systématiquement de façon spontanée.

²¹ BSP 200.2 Référentiel secouriste.

Les « RETEX »

Le retour d'expérience, ou RETEX, définit une démarche pratiquée à l'issue d'une intervention particulière que l'on juge nécessaire d'analyser dans le but de mutualiser les connaissances acquises sur le terrain. Cette pratique se réalise de façon formelle, dirigée par le chef de l'opération. Un RETEX se met en place à l'issue d'interventions particulières, telles que des tueries de masses, des attentats ou toute autre intervention que le chef juge nécessaire de décortiquer et d'analyser. Cette démarche aboutit à un document appelé « fiche retour d'expérience » qui centralise toutes les actions pouvant être améliorées, les nouvelles connaissances ou pratiques à acquérir.

Ainsi, cette démarche permet aux différents acteurs de comprendre, d'analyser et par conséquent de favoriser l'évacuation d'une intervention particulière ayant pu provoquer un choc ou stress intenses.

Si certaines démarches existent pour permettre la prise en charge des émotions de l'infirmier post-intervention, il n'en reste généralement pas moins compliqué pour lui de ne pas transporter son vécu dans sa vie familiale...

IV. L'enquête de terrain

4.1 Choix et justification de l'enquête

4.1.1 Choix de l'outil d'enquête

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs, afin de pouvoir laisser libre parole au professionnel que j'interrogeais, tout en guidant l'entretien par mes questions afin de ne pas trop divaguer lors de la discussion. L'entretien semi-directif me semblait plus approprié qu'un questionnaire pour traiter les thèmes que je souhaitais aborder, car cela permettait aux professionnels de développer leur réponses, leurs ressentis et de s'appuyer sur des exemples concrets, comme des interventions vécues au cours de leur carrière. De plus, tous les entretiens furent enregistrés me permettant ainsi de rester concentrée sur les réponses fournies et notamment de pouvoir analyser les expressions verbales et non verbales du soignant. Le fait de rencontrer la personne interrogée me semblait intéressant, car l'échange pouvait être plus riche. En effet, certains professionnels ont pu me donner quelques pistes de réflexions, des

documents sur lesquels m'appuyer, ainsi que des conseils pratiques pour la réalisation de mon mémoire.

4.1.2 Construction de l'enquête

Mon guide d'entretien comportait dix questions: certaines fermées, d'autres ouvertes afin d'argumenter les réponses. Les questions portaient principalement sur la notion d'expérience et sur la gestion des émotions en amont, au cours et à l'issue d'une intervention. Certaines questions sont en lien direct avec le sujet, d'autres ont pour but de définir certains termes ou d'éclairer quelques facettes du métier. L'entretien avait comme objectif principal de pouvoir mettre en confrontation la réalité à mes théories développées précédemment. La principale théorie à vérifier était de savoir si l'expérience jouait un rôle dans le risque de choc émotionnel.

4.1.3 La population choisie

J'avais souhaité réaliser mes entretiens auprès de quatre à cinq infirmiers exerçant dans le milieu pré-hospitalier. Je comptais initialement interviewer des IDE exerçant au sein du SAMU et de la BSPP afin de varier les domaines d'exercices. Finalement, les entretiens au sein des personnels du SAMU se sont trouvés bien plus compliqués à obtenir et les échéances étaient malheureusement trop tardives tandis que les entretiens au sein de la BSPP s'organisaient très facilement et beaucoup de volontaires me proposaient de leur propre initiative d'être interviewés. De ce fait, j'ai réalisé 7 entretiens dont un faisant office de test, auprès d'infirmiers sapeurs-pompiers.

D'autre part, je souhaitais cibler des infirmiers de différentes expériences professionnelles, à savoir des jeunes diplômés et des plus anciens afin de juger du rôle de l'expérience dans le métier et de recueillir des témoignages variés face à la gestion de l'émotion. Cet objectif a été parfaitement atteint.

4.2 Les résultats d'entretiens

Il est avant tout à préciser qu'en vu du nombre d'entretiens réalisés, l'analyse se fera principalement de façon qualitative et pour quelques résultats seulement, de façon

quantitative. Un entretien est retranscrit²² dans sa totalité en page annexe, les enquêtes suivantes sont retranscrites sous forme d'un tableau²³ présent en page annexe.

4.2.1 Présentation des résultats

La première question avait pour but de présenter chacun des interviewés. J'avais besoin de connaître leur parcours professionnels ainsi que leur temps d'exercice afin de juger de leur expérience professionnelle. Concernant l'expérience professionnelle, la majorité des infirmiers interviewés (5 sur 6) ont une expérience précédente de pompier avant de devenir infirmiers. La plupart (5 sur 6) n'ont exercés que dans le milieu pré-hospitalier directement à l'issu de l'obtention de leur DEI. Le plus jeune professionnel interviewé n'a que quatre mois de service, le plus ancien en à 8 ans.

- En milieu pré-hospitalier, quelles seraient selon vous, les qualités requises pour exercer la profession d'infirmier? Pourquoi?

Les qualités nécessaires à l'exercice en pré-hospitalier varient véritablement selon chaque infirmier. Cependant, les qualités suivantes sont apparues chacune, deux fois dans le total des 6 entretiens: humanité (ISP 1 et 3) ; adaptabilité (ISP 2 et 4) ; rigueur (ISP 1 et 4) et organisation (ISP 1 et 5).

- Comment définiriez-vous la notion d'urgence médicale?

La définition de l'urgence médicale varie légèrement entre les professionnels: l'ISP 1, 3 et 4 ciblent surtout la notion de rapidité de prise en charge. Les ISP 2, 5 et 6 pensent surtout à la notion de gravité, de décès ou de séquelles.

- Selon vous, l'esprit d'équipe ou de corps, est-il un pilier fondamental dans le milieu pré-hospitalier? Argumentez votre réponse.

L'esprit d'équipe ou la notion de cohésion dans le milieu est globalement pour tous un pilier important. Selon les ISP 2, 4 et 5 l'esprit d'équipe est nécessaire au vu du nombre de personnels dans l'ambulance de réanimation: "*car on est trois et uniquement trois face à une situation d'urgence que l'on doit essayer de maîtriser au mieux*", souligne l'ISP 2. De plus,

²² Cf Annexe II "Entretien retranscrit"

²³ Cf Annexe III "Grille des résultats".

cette cohésion serait plus présente au sein de la BSPP au vu des interventions difficiles qu'ils vivent ensemble, de la longévité des gardes avec parfois les mêmes équipiers, précise l'ISP 3. Trois infirmiers sur six pensent qu'une bonne connaissance de l'autre, un bon esprit d'équipe et une relation de confiance sont nécessaires sur intervention afin d'appréhender les réactions émotionnelles de ses équipiers et donc de connaître les limites de chacun.

- Notez-vous une différence dans votre approche de prise en charge entre le début de votre exercice professionnel et maintenant?

Tous les infirmiers interrogés sont catégoriques sur un changement dans leur approche entre le début de leur exercice professionnel et maintenant. Selon 4 infirmiers sur 6, l'expérience permettrait de prendre de la hauteur sur l'intervention et donc de réaliser une PEC plus complète: le "débutant" est focalisé sur la technique alors qu'avec l'expérience, l'approche est beaucoup plus relationnelle. De plus, selon deux infirmiers, l'expérience permettrait d'anticiper la PEC et de mieux comprendre l'intervention.

- La confrontation récurrente à certaines situations difficiles, vous permet-elle de développer une certaine "carapace"? Pensez-vous que cette carapace soit un atout?

A force d'une confrontation récurrente à certaines visions ou situations marquantes, une habitude se ferait. Selon 5 infirmiers sur 6, une "carapace" de protection se forme avec le temps. L'ISP 5 considère plutôt que ce n'est pas une carapace mais plutôt une habitude: *"une certaine accoutumance oui, mais dire qu'on est blindés c'est faux"*. Cependant, tous considèrent que malgré cette carapace ou cette habitude, ils n'en restent pas moins insensibles ou inhumains face à la détresse humaine: 5 infirmiers sur 6 soutiennent que cette "carapace" ou habitude leur permet de ne pas trop s'impliquer émotionnellement ou de moins extérioriser au cours de l'intervention. Les ISP 1, 2 et 6 considèrent que cette "carapace" est un atout. L'ISP 6 précise: *"c'est évidemment un atout, c'est juste nécessaire, sinon on ne tiendrait pas"*. L'ISP 3, qui représente le plus ancien ISP interviewé, considère qu'au contraire, la répétition constante d'événements tragiques au fil des années fissure cette "carapace" et donc que l'expérience n'est pas pour lui une protection.

- Y a-t-il une (ou des) intervention(s) plus marquante(s) que d'autres dans votre carrière?
Si oui, quels étaient les éléments ayant participé à cette notion "marquante"?

Concernant les facteurs ayant participé à la notion "marquante" d'une intervention, les réponses diffèrent plus ou moins selon chaque infirmier interrogé. L'ISP 3 explique: *"c'est pas forcément une intervention précise qui marque, c'est vraiment la répétition"*. L'ISP 4, second infirmier moins expérimenté, précise que toutes les premières fois sont marquantes: *"le premier mort, le premier ACR, le premier démembré"*. L'ISP 6 considère que c'est principalement la vulnérabilité, le sentiment d'inutilité et l'attente qui peuvent rendre l'intervention marquante. Cependant, il est très intéressant de soulever la similitude concernant cette réponse: la grande majorité des ISP considèrent que ce n'est plus tellement des images qui marquent. En effet, les ISP 1, 3, 4, 5 et 6 soulignent que la détresse humaine peut-être plus marquante et émouvante qu'une situation bien plus grave sur le plan médical: *"parfois des situations presque anodines sont bien plus marquantes que d'autres dans le sens où l'on voit toute la détresse humaine"* précise l'ISP 5. *"Maintenant, ce qui me marque le plus, c'est pas trop le 'trash' c'est plus les détresses sociales et les enfants"* dit l'ISP 4.

- Selon-vous, quels seraient les moyens à mettre en œuvre pour prévenir (si l'on peut dire prévenir) le risque de choc émotionnel dans la pratique du métier?

Les moyens pour "prévenir" ou diminuer le risque de choc émotionnel en amont d'une intervention seraient selon les ISP 1, 3, 4 et 5 la discussion et l'éducation par le partage de récit d'interventions marquantes. Cela permettrait aux novices de mieux conceptualiser ce à quoi ils risquent d'être confrontés. De plus, les ISP 2 et 3 considèrent que la sur-sollicitation et le temps de gardes trop long favorisent le risque de choc émotionnel par l'accumulation de fatigue et de stress: *"on est pas armés de la même manière en ayant dormis 3h au bout de 48h de garde"* souligne l'ISP 3.

- Au cours de l'intervention, développez-vous des stratégies particulières pour gérer vos émotions? Pour faire face au choc émotionnel ?

La gestion des émotions sur intervention se fait pour la plupart de façon spontanée. Cependant les réponses fournies révèlent un moyen mis en place par une grande majorité: les ISP 1, 2, 3, 4 et 6 utilisent comme moyen de contrôle, la concentration sur la technique afin de prendre du recul sur l'aspect émotionnel et donc ne pas se laisser le temps de penser à la gravité de l'intervention. En effet, il semblerait, pour l'ISP 2 et 6, que la gestion des émotions au cours de l'intervention serait moins évidente lorsqu'il n'y a plus rien à faire et que l'intensité de

l'intervention est en phase descendante. *"c'est au moment où l'intervention se tasse un petit peu, qu'on a le temps de réfléchir à ce qui se passe et ça c'est dur, c'est pour ça qu'on a besoin de s'occuper"* explique l'ISP 6. L'ISP 5 et 6 disent avoir déjà vécu une intervention où leurs émotions allaient prendre le dessus et ont donc préférés retourner au camion plus précocement en fin d'intervention. L'ISP 1 et 4 soulignent l'importance de la cohésion afin de surveiller le personnel le moins ancien et ainsi détecter les moments de faiblesse psychologique au cours de l'intervention.

- L'infirmier de pré-hospitalier est régulièrement confronté à des situations de stress ou de violence, comment gérez-vous cela au retour d'une intervention et au quotidien dans votre vie professionnelle?

Concernant la gestion psychologique au retour d'une intervention, la totalité des infirmiers utilisent simplement la discussion informelle entre eux, afin de s'exprimer et d'évacuer leurs ressentis. Cependant, 3 infirmiers sur 6 disent ne pas se sentir assez suivis sur le plan psychologique au sein de l'institution: *"nous on défuse les prompt-secours, les pompiers, mais personne défuse les infirmiers"* , *"On part de la Brigade avec des stress post-traumatique plein la tête"* souligne l'ISP 6. Deux infirmiers sur six considèrent ne pas gérer leur émotions au retour d'une intervention, mais apprennent plutôt à vivre avec.

- Cette confrontation permanente a-t'elle un impact sur votre vie personnelle?

La vie personnelle des ISP interviewés est impactée pour tous par leur quotidien professionnel. De plus, deux infirmiers sur six relèvent le fait d'être devenus moins sensibles que leur entourage sur certains sujets dû à une habitude: *"on a tendance à normaliser ce qui n'est finalement pas normal, car c'est notre quotidien"*, un sentiment d'être incompris se révèle donc ici. Les ISP 1, 2 et 6 considèrent que cet impact se traduit par une vigilance accrue sur l'entourage dû aux souvenirs d'une intervention.

4.2.2 Analyse des résultats

Les principales qualités nécessaires à la pratique du métier d'infirmier en pré-hospitalier sembleraient être une certaine humanité, une adaptabilité afin de pouvoir pratiquer en toutes circonstances. En effet, il est nécessaire de développer une véritable capacité d'adaptation que ce soit concernant la population rencontrée, la météo, une ergonomie peu

propice au soin ou une situation médicale complexe. De plus, une rigueur dans les soins serait une seconde qualité nécessaire: rigueur sur l'aspect technique, théorique mais aussi pratique en assurant une connaissance et une vérification rigoureuse de son matériel. De plus, comme démontré en amont, une cohésion au sein de l'équipe serait une qualité nécessaire à la pratique pré-hospitalière compte-tenu de l'effectif restreint de l'équipe. Sur un plan plus psychologique, la cohésion d'équipe permettrait de développer une certaine confiance en ses coéquipiers ce qui facilite le *défusant* post-interventionnel.

La totalité des ISP interrogés constatent une modification de leur pratique au cours des années. L'expérience professionnelle leur aurait permis de prendre de la hauteur sur intervention et ainsi de réaliser des PEC plus complètes moins focalisées sur l'aspect technique en prenant d'avantage en compte l'importance du relationnel avec le patient. Cependant, j'ai pu constater que leur expérience ainsi que la répétition constante de certaines interventions, engendrait une certaine habitude. En effet, certaines interventions seraient devenues presque "banales" pour certains ISP. Globalement, les images, déjà photographiées dans le cerveau de par la répétition, ne participent plus tellement au facteur "marquant" d'une intervention. En revanche, les émotions, la détresse des témoins ou des victimes sur place, ne peuvent pas permettre une certaine habitude. Avant tout humain, l'infirmier utilise divers moyens, bien souvent de façon inconsciente, (tel que les mécanismes de défenses développés au sein du cadre théorique) afin de rester concentré dans sa prise en charge et ne pas laisser les émotions prendre le pas: rester acteur de l'intervention en se concentrant sur la technique afin d'occuper son esprit et donc ne pas lui laisser le temps de réfléchir à la gravité de la situation semblerait être le moyen le plus efficace.

Concernant la gestion des émotions à l'issue d'une intervention, la discussion entre collègues réalisée de façon informelle et improvisée est devenue habituelle pour tous. Cependant, à l'inverse de ce qui avait été supposé dans le cadre théorique, les moyens mis en place concernant le suivi psychologique des équipes médicales d'ambulance de réanimation ne semble pas suffisants, selon les témoignages. L'équipe médicale ayant comme objectif principal le suivi médical des sapeurs-pompiers, elle est en charge de réaliser leur *défusant*, cependant aucune démarche formelle de *défusant* ne seraient organisée pour eux, bien que certaines interventions soient vécues en collaboration avec l'équipe des prompt-secours. Ainsi, il est à constater que pour la majorité des infirmiers, la pratique de ce métier aurait des

impacts plus ou moins conséquents sur la vie personnelle: sentiment de ne pas être compris, vigilance accrue, démission, stress post-traumatique.

42.3. Synthèse d'enquête

Lors de la réalisation de mes entretiens, j'ai pu rencontrer plusieurs petites difficultés: en effet, la principale était avant tout ma gêne de poser certaines questions, qui pouvaient-être assez personnelles et donc rendre les réponses délicates pour eux. J'ai parfois pu ressentir un certain malaise de participer au souvenir d'interventions difficiles sur le plan psychologique et d'avoir besoin de connaître les méthodes personnelles mises en place afin de gérer cela au quotidien. D'autre part, une question à particulièrement posé problème: *"La confrontation récurrente à certaines situations difficile vous permet-elle de développer une certaine carapace?"*. En effet, le terme carapace n'a été pour trois infirmiers peu apprécié ou du moins mal choisi. Je sentais que cela les dérangeait, du fait qu'ils rapportaient ce terme à une certaine robotisation de leur part, une déshumanisation, image qu'ils n'appréciaient pas renvoyer. La dernière légère difficulté que j'ai pu rencontrer était due à l'environnement des personnels interviewés. J'ai réalisé mes entretiens au sein de deux casernes, auprès d'infirmiers qui étaient de garde ce jour là. Il n'était pas évident de rester concentrés tout au long de l'entretien car les sonneries de départ retentissaient dans la caserne, les infirmiers étaient aux aguets car cela pouvait signifier un départ pour eux. De plus, certains infirmiers que je souhaitais interviewer n'étaient pas présents car partis sur intervention. J'ai donc du m'adapter à leur système de garde.

Cependant, il convient de préciser que j'ai réellement apprécié faire passer les entretiens car ils m'ont été très enrichissants pour moi sur divers points. J'ai pu obtenir des informations variées et complémentaires, soulever des questions inattendues et accroître mes connaissances sur le milieu. J'ai notamment pu constater que sur certains sujets, les réponses des six infirmiers étaient parfaitement similaires, ce qui a réellement retenu mon attention. De plus, confronter ma faible expérience professionnelle et ma vision du métier face à ces professionnels que j'admire et dont j'apprécie le travail m'a été très formateur et agréable pour moi. J'ai apprécié leur sincérité concernant des sujets un peu plus personnels, malgré le fait que certains aient été mes tuteurs lors de mon stage effectué dans leur caserne.

4.3 Hypothèses

4.3.1 Questions de recherches potentielles

De ce mémoire, plusieurs questions de recherches se sont révélées:

- Le jeune professionnel se retrouve confronté à des situations stressantes voire marquantes sans parfois y avoir été préparé psychologiquement, quels moyens pourraient l'y préparer un maximum en amont d'une intervention ?
- Un fait a particulièrement retenu mon attention au cours de ces entretiens: pourquoi, en tant que jeune expérimentée, l'aspect émotionnel d'une intervention, était un facteur beaucoup moins traumatisant pour moi que l'aspect corporel, alors que la totalité des ISP m'avouent être moins marqués par des images ou des visions peu ragoutantes mais bien plus par des paroles ou des émotions?

Concernant la conclusion finale des enquêtes de terrains, deux questions m'interpellent:

- Quels moyens pourrait t'on mettre en place afin d'améliorer la PEC psychologique de l'ISP à court, moyen et long terme?
- Finalement, la confrontation récurrente à des situations dramatiques fragiliserait-elle l'ISP plus qu'elle ne lui apporterait de l'expérience?

4.3.2 Question de recherche

Une question de recherche se détache alors: **quels moyens pourrait-ont continuer à mettre en place afin d'améliorer la PEC psychologique et donc d'augmenter l'espérance de vie professionnelle d'un infirmier de pré-hospitalier?**

En effet, la conclusion de l'enquête suppose que l'espérance de vie professionnelle d'un infirmier de pré-hospitalier est assez limitée de par les retentissements psychologiques que leur métier leur inflige. Répercussions professionnelles, familiales et fatigue sont des faits relevés lors de ces entretiens.

J'ai souhaité retenir cette question de recherche, car elle me semblait synthétiser les autres questionnements que j'avais pu avoir au cours de ce mémoire et expliciter dans le paragraphe précédent. En effet, toutes ces dimensions me semblent liées entre elles et pourraient-être traitées au sein de cette question de recherche. De plus, je trouve intéressant et important de pouvoir traiter ce point afin d'améliorer le bien-être d'un personnel et ainsi d'augmenter son espérance de vie professionnelle en pré-hospitalier.

Conclusion

Ce travail de fin d'étude avait pour objectif d'évaluer si le manque d'expérience favorisait la survenue de choc émotionnel face à une situation "marquante" en pré-hospitalier.

Globalement, nous pouvons constater suite aux différentes analyses et suppositions, que le manque d'expérience, favoriserait le risque de choc émotionnel lors d'une PEC pré-hospitalière de par la nouveauté de l'image perçue par le cerveau et la nouveauté de ce type de PEC qui impose un stress important. Ainsi, le risque de choc émotionnel serait notamment favorisé par une charge de stress importante et brutale, une fatigue due à la longévité des temps de garde. L'expérience serait bénéfique pour l'ISP face au risque de choc émotionnel, cependant, la confrontation trop récurrente aux situations dramatiques fragiliserait à long terme la résistance émotionnelle des soignants. De plus, la survenue de choc émotionnel ne peut pas se voir uniquement liée à un manque d'expérience, celle-ci reste avant tout personnelle, intimement liée à l'expérience de vie de chacun, leur sensibilité et leur état psychologique du moment.

Sur le plan professionnel, ce mémoire m'aura avant tout servi à réfléchir sur l'ensemble de mes pratiques acquises au cours de ces trois années de formation. De plus, j'ai maintenant une idée plus précise de l'identité professionnelle que j'aimerais suivre à l'issue de mon diplôme. La question de départ traitée tout au long de mon mémoire, m'a permis de réaliser la réelle importance de se ménager psychologiquement dans le métier que je m'appête à réaliser. De plus, je réalise d'avantage l'importance du travail au sein d'une équipe soudée et solidaire, notamment au sein de service d'urgence propice aux stress et émotions intenses.

J'ai réellement apprécié effectuer ce travail du fait de ce thème qui me passionnait. J'y ai pu acquérir de nombreuses connaissances propres à mon futur métier d'infirmier, mais aussi des connaissances qui me seront utiles sur le plan personnel.

ANNEXE I: GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Cet entretien se réalise de façon strictement anonyme. Les données seront traitées de façon neutre et confidentielle. Vous êtes en droit d'interrompre l'entretien ou de passer une question.

A) GENERALITES

1- Pouvez-vous vous présenter?

(secteur d'activité, DEI, parcours professionnel, expérience de pompier...)

2- En milieu pré-hospitalier, quelles seraient selon vous, les qualités requises pour exercer la profession d'infirmier? Pourquoi?

3 - Comment définiriez-vous la notion d'urgence médicale ?

4 - Selon vous, l'esprit d'équipe ou de corps, est-il un pilier fondamental dans le milieu pré-hospitalier? Argumentez votre réponse.

B) NOTION D'EXPERIENCE

5- Notez-vous une différence dans votre approche de prise en charge entre le début de votre exercice professionnel et maintenant? Développez votre réponse.

6- La confrontation récurrente à certaines situations difficiles, vous permet de développer une certaine "carapace"? Pensez-vous que cette carapace soit un atout? Argumentez votre réponse.

7- Y a t-il une (ou des) intervention(s) plus marquante(s) que d'autres dans votre carrière? Si oui, quels étaient les éléments ayant participé à cette notion "marquante"?

C) NOTION D'EMOTION

8 - Selon-vous, quels seraient les moyens à mettre en œuvre pour prévenir (si l'on peut dire prévenir) le risque de choc émotionnel dans la pratique du métier?

9 - Au cours de l'intervention, développez-vous des stratégies particulières pour gérer vos émotions? Pour faire face au choc émotionnel ?

10 - a) L'infirmier de pré-hospitalier est régulièrement confronté à des situations de stress ou de violence, comment gérez-vous cela au retour d'une intervention et au quotidien dans votre vie professionnelle?

b) Cette confrontation permanente a t'elle un impact sur votre vie personnelle?

12- Avez-vous des points à préciser, des informations à rajouter?

13 - Acceptez-vous la publication éventuelle du questionnaire complété en page annexe du mémoire?

OUI..... NON.....

ANNEXE II : RETRANSCRIPTION D'ENTRETIEN

Est-ce que tu peux te présenter? Me dire depuis quand tu es diplômé, ton secteur d'activité, ton parcours professionnel...

Alors je suis pompier depuis 12 ans et demi, j'ai terminé ma formation infirmier militaire à Toulon à l'EPPA donc [euh] l'école du personnel paramédical des Armées en 2014, donc ça fera 4 ans que je suis IDE et j'ai 35 ans, voilà.

Ok, donc ça fait 4 ans que tu es sur ambulance de réanimation?

Ouais, j'ai changé entre le 3ème et le 1er Groupement, mais ça fait 4 ans que je suis infirmier.

Ok, alors, en milieu pré-hospitalier, quelles seraient selon toi, les qualités requises pour exercer la profession d'infirmier et pourquoi?

[Réfléchit en souriant] Les qualités requises pour être infirmier... [Euh] ben il en faut beaucoup de qualités je pense, mais les plus c'est certainement... Je vais t'en citer trois, ça t'irait trois?

Ce serait parfait !

Et ben c'est le côté on va dire humain, faut vraiment aimer les gens. Parce que des fois, tu vas voir hein, il faut être très patient, il faut, en tant qu'infirmier tu vas devoir agir sur les problèmes physiques on va dire hein, mais il faut pas oublier l'aspect relationnel, parce que le médecin en règle général, il va expliquer un peu les parties techniques on va dire, mais toi t'es quand même en tant qu'infirmier la partie charnière où tu vas travailler sur le relationnel avec le patient, d'accord? Du coup je pense voilà, le côté humain très important. Ensuite [euh] quelles qualités... [réfléchit] J'ai envie de te dire [euh] il faut être rigoureux, dans tes soins, la rigueur c'est très important, surtout dans le pré-hospitalier, comme tu as pu le voir lors de ton stage, tout va très vite et donc si t'es pas rigoureux dans ce que tu fais, tu peux vite avoir des problèmes et faire des erreurs. Donc je dirais la rigueur, l'organisation. Pour en faire une troisième [euh] la remise en question, alors je sais pas si c'est le nom exact, mais toujours en fait, ne pas croire que tu as fait le tour du métier et que tu maîtrises tout, toujours te poser des questions et lire tes recommandations pour toujours essayer d'être à la pointe, parce que tu sais le métier évolue très vite, tu sais tout ce qui est protocoles les choses comme ça et la remise en question toujours. Ne pas croire que ça y est maintenant t'es infirmier, tu connais tout et que t'es le "boss", toujours se remettre en question.

Absolument. Comment est-ce que tu définirais la notion d'urgence médicale?

L'urgence! [Euh], agir vite et bien.

Ok, clair et précis. Euh, selon toi, l'esprit d'équipe, est-il un pilier fondamental dans le milieu pré-hospitalier plus que dans un autre service?

Ah ouais ouais ouais, si si. [Euh] Ben d'ailleurs c'est pour ça que je fais ce métier, parce que c'est un travail d'équipe et que je déteste travailler tout seul. Notamment le thème de l'urgence, si t'es dans la difficulté et que tu sais pas travailler en équipe ben c'est un appui fondamental.

Oui, ok. Donc quelques questions sur le notion d'expérience...

Est-ce que tu notes une différence dans ton approche de prise en charge entre le début de ton exercice professionnel et maintenant?

Ah ouais bien sûr. Déjà, quand tu débutes, tu as une grosse formation sur tout ce qui est théorique, d'accord, moi avec mon expérience de pompier, je savais déjà comment ça se passait sur le terrain, mais quand t'es infirmier c'est quand même différent et notamment en terme de management, parce que tu vas gérer un, de toute la partie des pompiers, ce que les secouristes ont fait dans un premier temps, tu dois contrôler ce qu'ils ont fait, ensuite tu dois aussi intégrer tout ce qui est ton médecin, d'accord, et ensuite toi tu dois agir avec tes propres techniques. Donc tu as beaucoup de choses à gérer en même temps et ce qu'on t'apprend à l'école, c'est de comprendre ce que tu fais, mais on t'apprend pas le terrain tu vois. Du coup, bien sûr, c'est l'expérience, tu t'améliores d'années en années c'est certain. Parce que tu comprends plus vite les choses, tu peux anticiper et donc du coup oui je pense que ma pratique sur le terrain est meilleure d'année en année. Peut-être je vais dire que même si on essaie de se remettre en question tout le temps, je suis arrivé avec plein de fraîcheur dans la tête et tout tu vois, mais force des années on fait quand même relativement les mêmes interventions et de temps en temps on en a une qui est un peu particulière et donc du coup faut quand même essayer de relire les protocoles et tout, pour pas oublier les détails. Et sur la pratique, sur l'expérience, ça fait la différence ouais, pour être de meilleure qualité.

Je vois. La confrontation récurrente à certaines situations difficiles, te permet-elle de développer une certaine "carapace"? Et si oui, penses-tu que cette carapace soit un atout?

[Petit rire, se réinstalle sur sa chaise] Alors, c'est à double tranchant. On a une carapace c'est certain, à force de voir les choses, les trucs comme ça, [euh] mais on est toujours touchés quand même. Mais [euh], je pense qu'avec le temps et à force aussi d'en faire, on arrive quand

même à l'éponger tu vois. Et par contre ça tu vois aussi, ça va être vraiment très individuel par personne. Il y en a qui vont avoir besoin d'en discuter autour du foyer tu vois, c'est ce qu'on fait beaucoup chez les pompiers, tu sais on va au foyer, on discute de l'intervention, il y en a qui vont vouloir faire une étude scientifique un peu, du cas qu'ils ont fait, comme ça ils comprennent la démarche. C'est vraiment très individuel tu vois. Mais [euh] oui je pense, on se forme une carapace, mais on reste pas quand même insensibles. Mais avec le temps on est moins sujets à... Comment dire, tu vois par exemple quelqu'un qui a mal, tu vois la douleur, tu dis "ah la pauvre personne" on fait pas en fait de, ah comment on appelle ça...

Transfert?

Transfert ouais voilà. Les transferts avec le temps se font de moins en moins, mais c'est pareil ça aussi, c'est une histoire propre à chacun. Les pères de familles, font faire des transferts beaucoup plus facilement que ceux qui n'ont pas d'enfants, donc ça c'est vraiment propre à chacun, mais avec le temps oui on se forge quand même une certaine carapace ouais c'est sûr.

Ouais... Et est-ce que ce serait un atout du coup ou?

Il faut faire attention en fait, il faut en avoir conscience surtout. Faut en avoir conscience. C'est un atout parce que du coup on est moins impliqués émotionnellement, mais par contre il faut quand même garder en tête qu'il faut garder une part d'émotionnel, se rendre compte que la personne en face de toi elle souffre et que c'est pas un bout de chair, c'est pas une victime supplémentaire tu vois, faut faire attention, parce que c'est vrai qu'à force de faire des interventions, on est moins dans l'émotif, on est donc un peu plus protégés et [euh] le piège c'est de tomber complètement dans une carapace tellement dure qu'on a plus d'émotion et [euh] il faut la garder.

Ok. [Euh] Y a t-il une (ou des) intervention(s) plus marquante(s) que d'autres dans ta carrière? Si oui, quels étaient les éléments ayant participé à cette notion "marquante"?

[Petit rire] Euh, je dirais celles qui m'ont le plus marquées c'est non, c'est plus du transfert, enfin non c'est même pas du transfert en fait, c'est de voir la douleur des gens parfois, quand même ça touche forcément. Moi c'est [euh], c'est celle qu'on te dira le plus chez les pompiers je pense, moi c'est personnellement par exemple la mort d'un jeune enfant ou plus d'un couple. Tu vois par exemple la dernière que j'ai faite qui m'a le plus touché, c'est un couple ça faisait 55 ans qu'ils étaient mariés, ils étaient assis tous les deux dans un lit tu vois, un qui lisait un

livre, l'autre qui regardait la télé et d'un coup elle s'est retournée, elle à vu son mari qui bougeait plus tu vois, elle à cru qu'il lui faisait un farce et en fait il était en arrêt tu vois. Et quand t'arrives comme ça et que tu dois dire à cette femme que voilà son mari il est mort, alors que ça fait 55 ans qu'ils vivent ensemble et que tu vois la douleur dans les yeux dans la femme [euh, soupir long] ... C'est pas trop un transfert mais [euh] c'est touchant quand même. Après tu as toujours les enfants, les enfants qui sont un peu plus compliqués, mais [euh] comme je t'ai dis, après toujours pareil, ça fait mal sur le moment mais on a notre carapace et après à force on passe à autre chose quoi. Mais c'est pas un manque d'expérience... Le stress [euh] j'ai eu de la chance, j'ai pas eu encore de cas où j'étais dans un stress dépassé, ou j'ai pas réussi à maîtriser, comme tu vois par exemple certains on pu avoir sur les attentats ou peut-être des multi-victimes tu sais où tu n'arrives pas à gérer, mais moi ça ne m'est pas encore arrivé.

Ok tant mieux. Donc quelques questions sur la notion d'émotion. Selon-toi, quels seraient les moyens à mettre en œuvre pour prévenir, si l'on peut dire prévenir le risque de choc émotionnel dans la pratique du métier?

Houla, si j'avais la réponse, je te le dirais direct ça c'est certain! [rires] Par contre je pense qu'une des solution, mais c'est ma solution personnelle, c'est de pas garder tout pour soi, d'accord? C'est justement le fait que t'es en équipe, pour revenir à la question déjà dite. Et du coup [euh] reparler d'une intervention, est-ce que ça t'a choqué etc. Reparler en fait, avec quelqu'un, ça te permet de te libérer de l'émotion que t'as pu avoir pendant l'intervention.

Ouais ok, donc ce serait la notion de cohésion quoi?

Cohésion et communication ouais.

Au cours de l'intervention, est-ce que tu développes des stratégies particulières pour gérer tes émotions ou pour faire face au choc émotionnel ?

Hum... En fait quand je suis sur intervention, je suis très concentré sur ma technique, d'accord, bon j'oublie pas non plus de parler au patient parce que comme je t'ai dis, il y a les deux part, d'accord, mais [euh] quand en fait le stress commence à augmenter, l'intervention commence à devenir plus difficile que les autres, je me concentre encore plus sur ma gestuelle tu vois.

Ouais, effet tunnel un peu ?

Ouais un peu, mais en fait le fait de te concentrer sur ta gestuelle, tu penses moins à la gravité de ce qui est en train de se passer et t'es plus concentré à bien faire les bons mouvements au bon moment, le plus rapidement possible. Et à la limite c'est plus après l'intervention que tu repenses à la gravité du cas, mais sur le moment ouais, je dirais que c'est ça, moi je me concentre vraiment sur ma gestuelle.

Ok, donc rester dans l'action quoi?

Ouais voilà c'est ça absolument.

L'infirmier de pré-hospitalier est régulièrement confronté à des situations de stress ou de violence, comment gères-tu cela au retour d'une intervention et au quotidien dans ta vie professionnelle?

Bah je t'ai dit hein, discussion et moi en l'occurrence aussi, j'ai un système d'évacuation, c'est que je fais pas mal de sport en fait. Le sport fait du bien aussi pour faire le vide.

Cette confrontation permanente a-t-elle un impact sur ta vie personnelle?

[Rire] Ouais je pense qu'elle en a un! [dit d'une voix haute]. Forcément. Après quand on rentre à la maison tu sais, tu laisses le boulot à la caserne et quand tu vas chez toi, tu vas chez toi. Après c'est comme ça que moi je fonctionne. Quand je suis à la maison, je suis à la maison, j'ai plus ma tenue de pompier tu vois, je suis en civil quoi et quand je retourne au boulot, je remet ma tenue de pompier, je retourne dans le truc quoi. Donc en fait c'est un espèce de clivage tu vois, qui me permet de [euh] de séparer mon professionnel du privé.

Et c'est facile à faire ça?

Je pense que c'est une habitude à avoir en fait. En tout cas pour moi c'est pas problématique.

Super, merci beaucoup. As-tu des points à préciser, des informations à rajouter?

Sur l'émotionnel?

Sur ce que tu veux [rires].

[Euh] Non, j'ai pas de truc particulier à dire... Je sais que ce qu'on fait en fait est de plus en plus, c'est indirect pour nous améliorer dans les émotions, mais ce qui est développé en plus en ce moment par rapport à ça, si c'est ça un peu la question, c'est que tu sais maintenant on

fait des simulations et du coup on essaie de se mettre en situation réelle. Parce que tu sais sur intervention, tu as l'émotion de l'intervention d'accord, mais il faut aussi prendre en compte les émotions de tes personnels à côté de toi tu vois, et quand t'as un chef tu vois, parce qu'en tant qu'infirmier on est souvent un peu le chef, même s'il y a le médecin au dessus de nous, mais bref, il faut aussi parfois absorber le stress des autres et en soi, les exercices de simulation nous permettent de nous entraîner à ça.

Ouais, donc tu valides le dicton "entraînements difficiles, interventions faciles? "

Ah ouais tout à fait, complètement.

Super, bah merci beaucoup d'avoir répondu aux questions !

Bah je t'en prie, si ça peut t'aider un peu...

ANNEXE III : GRILLE RESULTATS ENTRETIENS

	IDE 1	IDE 2	IDE 3
Présentation	-Pompier depuis 12 ans. - DEI militaire en 2014. - IDE BSPP en AR depuis 2014. -35 ans.	- Pompier depuis 2005. - DEI militaire en juillet 2017. - IDE BSPP en AR depuis décembre 2017. - 36 ans, marié.	- Pompier pendant 1 an. - DEI civil en 2007. - 6 mois aux urgences puis SMUR. - IDE BSPP AR depuis 2010. - 34 ans
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	- pompier depuis 14 ans - DEI militaire en 2016. - IDE BSPP en AR depuis 2016. - 34 ans.	- DEI civil en 2014. - IDE BSPP en AR depuis septembre 2014.	- pompier depuis 2001 - DEI militaire en 2012 - IDE BSPP en AR depuis 2012.
Qualités nécessaires à l'exercice en pré-hospitalier	IDE 1	IDE 2	IDE 3
	- Humanité - Rigueur - Organisation - Remise en question	- Adaptabilité - Disponibilité	- humanité - réactivité - bien formé sur son exercice " <i>qui est particulier</i> ". - compétences techniques et relationnelles.
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	- capacité d'adaptation - autonomie - rigueur	- gestion du stress - sens de l'organisation - collaboration - communication - disponibilité	- pragmatisme - rapidité
Définition d'urgence médicale	IDE 1	IDE 2	IDE 3
	" <i>Agir vite et bien</i> "	" <i>Détresse qui engage directement la vie de la personne et qui sans action de notre part, va la mettre en péril</i> "	- " <i>ce qui ne peut pas attendre</i> ". - " <i>ce qui va tuer notre patient</i> " rapidement."
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	" <i>Tout situation qui nécessite la mise en œuvre de moyens médicaux de manière immédiate</i> "	" <i>à partir du moment où la victime est en urgence vitale et que à court ou moyen terme il y a un risque de décès ou de séquelle</i> "	" <i>à partir du moment ou un seul geste va pouvoir améliorer la vie d'un patient</i> "

	IDE 1	IDE 2	IDE 3
L'esprit d'équipe dans le milieu	<p><i>"C'est pour ça que je fais ce métier, parce que c'est un travail d'équipe et que je déteste travailler tout seul"</i></p> <p><i>"Travailler en équipe c'est un appui fondamental"</i></p>	<p>Oui, <i>"car on est trois et uniquement trois face à situation d'urgence que l'on doit essayer de maîtriser au mieux."</i></p> <p>- Importance de se connaître dans l'équipe pour appréhender ses difficultés, les anticiper.</p> <p>- Cohésion est importante pour pouvoir débriefer sans gêne quelconque.</p>	<p><i>"mais à la BSPP, on est très soudés avec son équipe, parce que sur intervention on est que trois [...] et qu'on a un rythme de travail avec des gardes longues, 72h par exemple, entourés de la même équipe, on vit un peu ensembles".</i></p> <p>-Plus soudés car vécu les attentats ensemble. <i>"C'est notre premier bouclier [l'esprit de cohésion]"</i>.</p>
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	<p><i>"Oui, il est essentiel, il faut maintenir des bonnes relations avec son équipe puisqu'on est que trois"</i></p> <p><i>"C'est essentiel, pouvoir compter les uns sur les autres, connaître les limites de chacun." "Plus que dans un autre service oui, parce qu'on intervient dans des endroits pas aussi 'confortables' qu'à l'hôpital"</i></p>	<p><i>"fondamental et bien plus fort dans le sens où dans le camion on est que trois"</i></p> <p><i>"obligé de compter l'un sur l'autre et de se faire confiance".</i></p> <p><i>"tous indispensables"</i></p>	<p>- Plutôt une grosse relation de confiance car l'IDE agit sous prescription orale seulement.</p> <p>- Pas forcément plus que dans un autre service.</p>
Rôle de l'expérience dans la carrière	IDE 1	IDE 2	IDE 3
	<p>Meilleure gestion de l'équipe et positionnement sur intervention. "Tu comprends plus vite les choses, tu peux anticiper"</p>	<p><i>"Oui, indéniablement"</i></p> <p>- Possibilité d'anticiper la PEC grâce à l'expérience.</p>	<p><i>"Oui complètement"</i></p> <p><i>"Le jeune à très peur de pas réussir à mettre en place sa technique, avec le temps on se rend compte qu'on est jamais tout seul".</i></p> <p>- De plus en plus dans le relationnel avec l'expérience</p>

	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	<i>"Oui, j'arrive à prendre plus de recul, j'ai un autre regard et j'arrive à prendre de la hauteur sur ce qui se passe".</i>	<i>"Oui complètement, c'est pas du tout la même approche"</i> - L'expérience permet une vision plus globale. - Dimension plus humaine. <i>"Il faut au moins deux ans d'expérience pour commencer à voir les tableaux sur le mur du domicile du patient".</i>	<i>"évidemment"</i> <i>"au début on est très centré sur la technique"</i> <i>"plus on a de l'expérience, plus on prend de la hauteur sur intervention, [...] on est donc plus proche des patients, plus proche de la famille..."</i>
La formation d'une "carapace"	IDE 1	IDE 2	IDE 3
	<i>"On a une carapace c'est certain [...] mais on est toujours touchés quand même, un atout car moins impliqués émotionnellement [...] mais il faut garder une part d'émotionnel."</i> <i>"Le piège c'est de tomber complètement dans une carapace telle dure qu'on a plus d'émotions..."</i>	<i>"On ne se blinde pas, on est pas insensibles, on va juste moins extérioriser ce qu'on ressent".</i> <i>"C'est un atout, ça permet de pas perdre ces moyens parce que l'affectif peut interférer dans le bon déroulement de la PEC."</i>	<i>"L'expérience pour moi n'est pas du tout une protection"</i> - Carapace est souvent chez les jeunes, moins au fil du temps. - la répétition des choses brise cette carapace.
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	- Forcément une carapace qui s'est faite depuis le temps. - A force de voir des choses, beaucoup de personnes extérieures le trouvent insensible ou un manque d'humanité. <i>"C'est pas un atout, ça permet juste d'être plus détaché"</i>	<i>"Je ne pense pas que ça permette de développer une carapace, mais une habitude".</i> <i>"Ce serait problématique de ne plus avoir aucun sentiment, aucune émotion"</i> <i>"Certaine accoutumance, mais dire qu'on est blindés c'est faux".</i>	<i>"Evidemment qu'on a une carapace et c'est évidemment un atout, c'est juste nécessaire, sinon on ne tiendrait pas"</i> <i>"Mais notre carapace elle se brise au moment où on ne s'y attend pas, elle a des failles"</i>

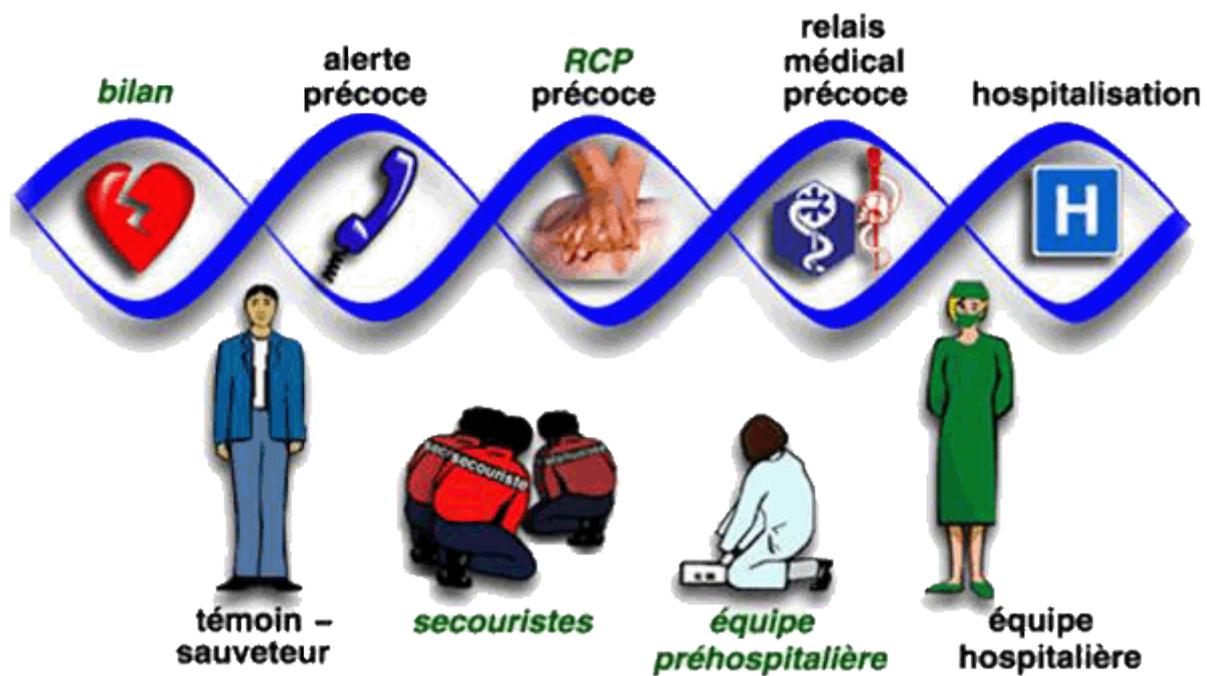
Les facteurs d'interventions marquantes	IDE 1	IDE 2	IDE 3
	<i>"C'est de voir la douleur des gens".</i> Subir ou prendre en charge la douleur morale de l'entourage, témoins, victime	- Notion de transfert Situation qui lui rappelait la situation de sa femme.	<i>"C'est pas forcément une intervention précise qui marque, c'est vraiment la répétition". "On fait en gros un mort par garde".</i> - Pas tant l'image qui marque, mais plus l'impact de l'entourage.
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	- Toutes les premières fois sont marquantes. <i>"le premier mort, le premier ACR, le premier démembré etc."</i> <i>"Maintenant ce qui me marque le plus maintenant, c'est pas trop le trash, c'est plus les détresses sociales et les enfants".</i>	<i>"Parfois des situations presque anodines sont bien plus marquantes que d'autres dans le sens où tu vois toute la détresse humaine"</i> - La détresse humaine peut-être plus marquante et émouvante qu'une situation bien plus grave sur le plan médical.	<i>"C'est un tout, le fait d'être vulnérable, de ne rien pouvoir faire, d'arriver trop tard..."</i> <i>"Le fait d'être menacé, notamment pendant les attentats" "Les injustices de la vie", "L'attentat de Vincennes a été très dur pour tous le monde, parce qu'on a attendu 6h devant un rideau de fer en ne pouvant pas intervenir alors qu'on savait qu'il y avait des blessés à l'intérieur et ça on ne sait pas faire, attendre"</i>
Prévention du Choc émotionnel en amont d'une intervention	IDE 1	IDE 2	IDE 3
	- Esprit d'équipe/ cohésion - Communication	- Eviter la sur sollicitation, le surmenage qui apporte de la fatigue et donc un risque de choc émotionnel.	- Etre bien formé, connaître son matériel. - Instaurer des formations à la gestion du stress dans le milieu aurait été une solution. (Sophrologie, yoga)
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	- Eduquer - Prévenir le nouveau de ce qu'il va sûrement voir. - Demander ce qu'il à déjà vu ou fait, pour pouvoir le préparer un maximum.	- Aucune formation face à ça, donc rien de mis en place. - Discussion entre collègues <i>"Il n'y a pas de technique, pas de méthode..."</i>	<i>"Il y a tout à mettre en place concernant le suivi psychologique"</i> <i>"Nous on débrief les prompt-secours, les pompiers, mais personne défuse les infirmiers"</i> <i>"On part de la Brigade avec des stress post-traumatique plein la tête"</i>

Gestion de l'émotion sur intervention	IDE 1	IDE 2	IDE 3
	- Concentration sur la technique, gestuelle. <i>"Le fait de te concentrer sur ta gestuelle, tu penses moins à la gravité de ce qui est en train de se passer"</i> - Rester dans l'action	- se réfugier dans la technique <i>"C'est pas forcément sur l'intervention que le choc émotionnel survient, c'est sur la partie descendante, les moments d'attente"</i> <i>"Discuter avec la personne ça aide aussi".</i>	<i>"Je met rien en place, rien de conscient en tout cas, c'est peut-être mon problème".</i> - se "planquer" derrière la technique pour moins être impliqué émotionnellement.
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	- Garder un œil sur le personne qui est la plus nouvelle, pour pouvoir détecter les moments de faiblesse. <i>"Réfléchir technique, permet de se détacher"</i>	<i>"En fait tu apprends à vivre avec, c'est pas quelque chose de formatif".</i> <i>"Il m'est déjà arrivé sur intervention, comme mécanisme de défense de fuir et retourner au camion un peu plus précocement [...] pour ne pas être confronté à une annonce de décès compliquée".</i>	- Ce qui est difficile à gérer, c'est l'inutilité une fois qu'il n'y a plus rien à faire sur intervention. <i>"ça m'est déjà arrivé de partir, parce que sinon j'allais craquer"</i> <i>"c'est au moment où l'intervention se tasse un petit peu, qu'on a le temps de réfléchir à ce qui se passe et ça c'est dur, c'est pour ça qu'on a besoin de s'occuper"</i>
Le retour d'intervention et gestion des émotions	IDE 1	IDE 2	IDE 3
	- Discussion. - Sport pour évacuer.	<i>"Le risque c'est d'attendre de rentrer à la caserne et au final d'enchaîner les départs et de ne pas avoir le temps d'évacuer ou de debriefer avec le stagiaire".</i>	<i>"Ah bah mal géré, mal"</i> <i>"On gère ça au foyer, à la machine à café quoi, en étant soudé entre nous"</i>

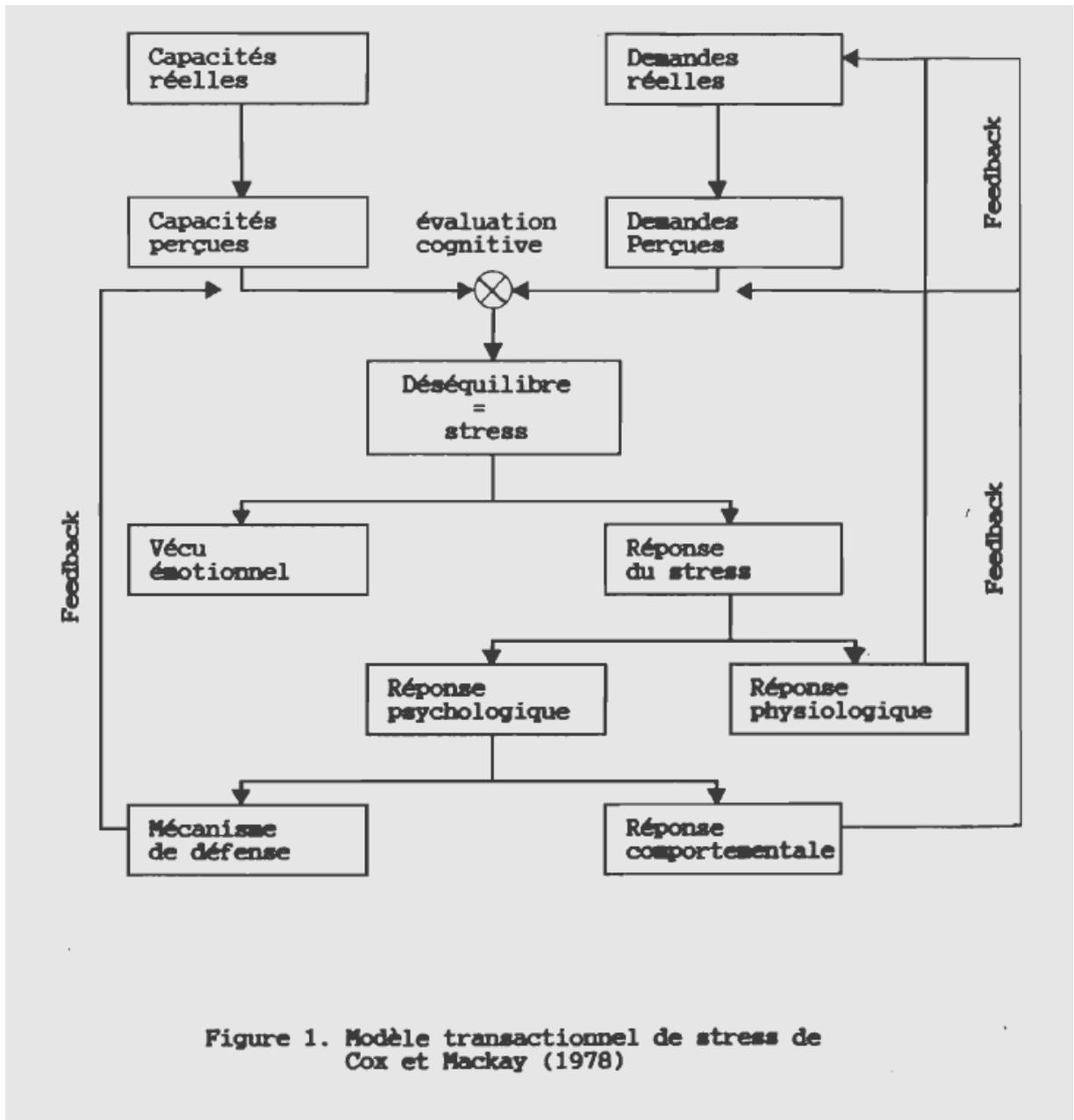
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	<ul style="list-style-type: none"> - Discussion - Débriefing de l'intervention <p><i>"En fait je sais pas trop comment je fais, j'y réfléchis pas trop je t'avoue"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Défusing - Débriefing à distance avec des personnes extérieures (psychologue Brigade) - Faire la part des choses entre le travail et la maison 	<p>"On le gère pas, on apprend à vivre avec."</p> <p>- Pas vraiment de suivi mis en place pour l'équipe médicale.</p>
Impact sur la vie personnelle	IDE 1	IDE 2	IDE 3
	<p><i>"Forcément [qu'il y a un impact sur la vie personnelle]."</i></p> <p><i>"[Mais] quand je suis à la maison, je suis à la maison, j'ai plus ma tenue de pompier"</i></p> <p><i>"Sorte de clivage."</i></p>	<p>Oui, ça a un impact sur sa vie personnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permet de relativiser - Permet de plus profiter de la vie - D'être plus vigilant "sans être flippé de la vie" 	<p><i>"Oui bien sûr oui, ça a forcément un impact".</i></p> <p><i>"J'ai pas été bien cette dernière année parce que je suis usé"</i></p> <p><i>"ça a même impacté de gros gros changements [démission]".</i></p>
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
	<p><i>"Certainement"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de tact et d'émotions dans la vie privée. 	<p><i>"On a tendance à normaliser ce qui n'est finalement pas normal, car c'est notre quotidien".</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation face à la mort différente des autres 	<p><i>"Oui sur certaines choses"</i></p> <p><i>"Il y a plein de trucs sur lesquelles je fais hyper attention avec mes proches, parce que mauvaises expériences au travail quoi"</i></p> <p><i>"on est impacté par ce qu'on voit tous les jours"</i></p>

	IDE 1	IDE 2	IDE 3
Remarques diverses	<p><i>" Sur intervention, tu as l'émotion de l'intervention d'accord, mais il faut prendre en compte les émotions de tes personnels à côté."</i></p> <p><i>"Il faut parfois absorber le stress des autres en soi"</i></p> <p>- Maintenant, mise en place d'exercices de simulations pour s'entraîner aux gros stress.</p>		<p><i>" Un des moyens de prévention au stress et au choc émotionnel serait de raccourcir le temps de garde à la BSPP"</i></p> <p><i>"Sur 48h niveau de stress très élevé et donc un risque de choc émotionnel plus accru et c'est plus difficile d'évacuer ce stress"</i></p> <p><i>"On est pas armés de la même manière en ayant dormis 3h au bout de 48h de garde"</i></p> <p><i>"8 ans d'AR à ce rythme là il faut vraiment pas, tu finis débile sinon..."</i></p>
	IDE 4	IDE 5	IDE 6
		<p><i>"Le problème, c'est que c'est nous qui s'occupons des défusing des pompiers, mais nous personne ne s'occupe de nous".</i></p> <p><i>"Ce serait intéressant de discuter de tout ça avec un psychologue ou un psychiatre extérieur, car entre pompiers, on normalise trop ce qu'on subis ou voit car c'est notre quotidien."</i></p>	

ANNEXE IV: Chaîne de secours français



ANNEXE V: Cycle du stress.



Bibliographie

Académie de médecine. 2016. L'urgence médicale. [En ligne] 2016.
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=urgence>.

AST 74. 2017. Les chocs psychologiques. [En ligne] novembre 2017.
<http://www.ast74.fr/fr/informations-sante-travail/dossier-thematiques/theme-6-risques-psycho-sociaux/id-112-les-chocs-psychologiques>.

Bernard, Claude. 1865. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. s.l. : Flammarion, 1865. p. 68.

COCAULT, Pascal. 2017. *BSP 200.2 Secours à victime*. Paris : s.n., 2017.

Collectifs, sous la direction Colonel de Cacqueray-Valmenier et du capitaine Folio. 01/06/2014. *Le chef face au stress: l'expérience opérationnelle des Sapeurs-pompiers de Paris*. Paris : Economica, 01/06/2014.

Doc player. 2017. Interprètes français langue des signes et stress professionnel. [En ligne] 2017.

https://www.google.fr/search?rlz=1C1AVNE_enFR780FR781&biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&ei=PWT-Wo_1MI6VsAeJ-5DAAQ&q=le+cycle+du+stress+adaptation+fran%C3%A7ais&oq=le+cycle+du+stress+adaptation+fran%C3%A7ais&gs_l=img.3...140521.142101.0.142208.9.9.0.0.0.0.78..

Equipe Gereso. 2009. Les facteurs de la cohésion au sein d'une équipe de travail. [En ligne] février 2009. :<https://www.gereso.com/actualites/2009/02/04/les-facteurs-de-la-cohesion-au-sein-dune-equipe-de-travail/>.

FIAMMETTI, Roger. 2016. L'approche Somato-Emotionnelle ou comment notre corps nous parle. *Youtube*. [En ligne] TEDx, 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=cAnTDWAZoI8>.

Formation ambulancier. 2014. Chaîne de survie. *AFGSU: gds*. [En ligne] 2014.

Guillemot, Emmanuel. 2008. *La place des émotions lors du soin*. Nantes : éditions universitaire européennes, 2008.

Henri, CHABROL. 2005. Les mécanismes de défense. [En ligne] mars 2005. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>.

Kotsou, Ilios. 2017. Désobéir à la tyrannie des émotions. [En ligne] TEDx, 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=yX7xQfUtwqA>.

LASSERRE, Jean-Luc. 2002. Mémoire Relation corps et émotions: approche scientifique et hypothèse thérapeutique en ostéopathie. [En ligne] 2002. <http://lasserre-osteopathie-lyon.info/memoire.pdf> .

médecine, Académie de. 2016. L'urgence. [En ligne] janvier 2016. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=urgence>.

Ministère de la Santé. 2018. Les urgences. [En ligne] 2018. http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=232:les-urgences&catid=162:orientations-conseils&Itemid=1059.

—. **2014.** L'urgence médicale. [En ligne] 2014. http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=232:les-urgences&catid=162:orientations-conseils&Itemid=1059.

Montaigne. 1580. *Essais*. s.l. : Quadrige, 1580. p. 931. Livre III, Chapitre VIII.

Nanterre, Faculté Paris. Mécanismes de défense et coping. [En ligne] https://ufr-spse.parisnanterre.fr/medias/fichier/cours_coping_jf__1165574150783.pdf.

PAILLARD, Christine. 2015. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. s.l. : Setes, 2015. 979-10-91515-28-3.

Rubio de Teran, Ghislain. 2014. Les signes d'avertissement d'un choc émotionnel. [En ligne] février 2014. <http://psyaparis.com/les-signes-davertissement-dun-choc-emotionnel/>.

SDB. 2009. Cours 2: Les mécanismes de défense et d'adaptation . [En ligne] octobre 2009. <http://psyifsi.over-blog.com/article-cours-2-les-mecanismes-de-defense-et-d-adaptation-psychologie-et-sante-37787633.html>.

ABSTRACT

This memoir deals with the role that experience has when it comes to the risk of emotional shock that the nurse may have during pre-hospital life-threatening emergency care. The purpose of this work is to analyze in what way the lack of experience favors the risk of emotional shock and what are the different ways of dealing with it.

To substantiate my research I consulted books, official websites, protocols and professional documents. From this research I developed the concepts of experience and emotion. To compare my theories with reality, I interviewed six nurses working in a pre-hospital environment.

During my interviews I was able to evaluate the capability of experienced and less experienced nurses and how they deal with stress during medical interventions. From this I developed a hypothesis: experience and cohesion are the fundamental pillars when it comes to dealing with emotional shock.

The research sheds light on a nurse's role in pre-hospital care and therefore allows me to improve my future professional work. This study contributes to nursing care by learning the different means involved in a nurse's emotional shock during patient care. I found it interesting to witness the feelings of professionals in various experiences, and my own, as a beginner in that situation during my internship.

Key words: experience / emotional shock / pre-hospital / stress / interview / theory / cohesion / vital emergency.

RESUME

Ce travail s'appuie sur une intervention vécue lors d'un stage au sein de la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris, situation qui m'interpella de part l'impact émotionnel qu'elle eu sur moi.

Le sujet de ce mémoire de fin d'étude traite du rôle de l'expérience face au risque de choc émotionnel de l'infirmier lors d'une prise en charge pré-hospitalière.

Pour cela, différentes définitions et théories permettant la compréhension du sujet sont mises en avant. Les concepts d'expérience et d'émotion sont développés afin d'en analyser leur complémentarité. Différents moyens mis en place par l'infirmier afin de maîtriser ces émotions au cours et à l'issue d'une intervention sont présentés.

Mon travail s'est également construit sur des entretiens réalisés auprès d'infirmiers sapeurs-pompiers d'expérience professionnelle différente. Ces échanges m'ont permis de confronter la théorie à la réalité du métier et ainsi d'en tirer une analyse la plus véridique possible.

Ainsi, je vous laisse apprécier les conclusions tirées de ce travail.