

**FORMATION CONTINUE –
CHARIOT D'URGENCE –
DEBRIEFING TECHNIQUE =
MOYENS POUR GERER LE STRESS DE
L'INFIRMIERE LORS
D'UNE REANIMATION
CARDIO-PULMONAIRE OU
UTOPIE ?**



Réalisé par

Gaillard Martine

Sous la Direction de

Lambiel Karine

Sion, Juillet 2007

RESUME

Pour la réalisation de ce travail de recherche, je me suis intéressée aux différents moyens qui permettraient d'aider l'infirmière à gérer son stress lors d'une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) soit : la participation fréquente à la formation continue, la pratique du debriefing technique immédiatement après une RCP ainsi que la vérification et l'entraînement à l'utilisation du matériel contenu dans le chariot d'urgence.

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai distribué 98 questionnaires dans les services de médecine des hôpitaux de Sion et de Martigny. J'ai reçu en retour 73 questionnaires.

Mon analyse démontre qu'une grande majorité des infirmières trouvent utile ces différents moyens pour les aider à gérer leur stress lors d'une RCP. Cependant, elles ne les utilisent pas fréquemment pour de multiples raisons décrites dans mon travail.

Mots clés : réanimation cardio-pulmonaire, stress de l'infirmière, maintien des compétences, formation continue, debriefing technique, chariot d'urgence.

* Chaque fois que le mot infirmière est utilisé, il faut le prendre au sens global ; infirmière ou infirmier.

* Les opinions émises dans cette recherche n'engagent que son auteur.

REMERCIEMENTS

J'aimerais commencer par remercier toutes les personnes qui ont pris du temps pour remplir les différents questionnaires que j'ai distribués, soit les infirmières :

- des services de médecine I et II du RSV site de Martigny.
- des services de médecine J1, J2 et H3 du RSV site de Sion.

Puis un grand merci à

- Mme Karine Lambiel, infirmière enseignante à la HES.SO Valais/Wallis à Sion, ma directrice de mémoire, qui a su me mettre sur la bonne voie et qui s'est montrée disponible.
- M. Emmanuel Solioz, psychologue enseignant à la HES.SO Valais/Wallis à Sion, pour son précieux avis critique sur la méthodologie.
- M. Pierre-Yves Roh, infirmier enseignant à la HES.SO Valais/Wallis à Sion, pour les nombreuses informations et références bibliographiques qu'il m'a données.
- M. François Zermatten, mon beau-frère, qui a dessiné les illustrations de mon mémoire.
- Aux nombreuses personnes qui ont répondu à mes questions soit par mail, soit par téléphone.

Finalement, un grand merci à ma famille et à mon ami qui m'ont encouragée à recommencer une nouvelle formation à 28 ans et qui m'ont soutenue pendant ces 4 ans !

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	6
1.1 Motivations personnelles.....	7
1.2 Motivations professionnelles.....	7
1.3 Motivations politico-financières	8
2. PROBLÉMATIQUE	8
2.1 La question de recherche	9
3. CADRE DE RÉFÉRENCE.....	9
3.1 L'arrêt cardio-respiratoire (ACR).....	9
3.1.1 <i>Epidémiologie de l'ACR</i>	<i>10</i>
3.1.2 <i>Mécanismes générateurs de l'ACR.....</i>	<i>11</i>
3.1.3 <i>Etiologie de l'ACR.....</i>	<i>11</i>
3.2 La réanimation cardio-pulmonaire.....	13
3.2.1 <i>Types de réanimation cardio-pulmonaire.....</i>	<i>13</i>
3.2.2 <i>Technique de la réanimation cardio-pulmonaire</i>	<i>13</i>
3.2.3 <i>Etapas de la RCP.....</i>	<i>15</i>
3.2.4 <i>Le Timing.....</i>	<i>19</i>
3.2.5 <i>Rôle infirmier.....</i>	<i>21</i>
3.2.6 <i>Compétences infirmières mobilisées lors d'une RCP</i>	<i>24</i>
3.2.6.1 <i>De novice à expert</i>	<i>24</i>
3.2.6.2 <i>Référentiel de compétences de la formation infirmière HES.....</i>	<i>25</i>
3.3 Le stress	28
3.3.1 <i>Physiologie du stress</i>	<i>29</i>
3.3.2 <i>Stratégies d'adaptation : le coping.....</i>	<i>30</i>
3.3.2.1 <i>Phase d'évaluation</i>	<i>31</i>
3.3.2.2 <i>Stratégies de coping.....</i>	<i>31</i>
3.3.2.3 <i>Déterminants du coping.....</i>	<i>31</i>
3.4 La formation continue.....	33
3.4.1 <i>Types de formation continue</i>	<i>33</i>
3.5 Le debriefing psychologique et technique	34
3.5.1 <i>Les 7 étapes du debriefing</i>	<i>35</i>
3.5.2 <i>Bénéfice du debriefing technique.....</i>	<i>36</i>
3.6 Le chariot d'urgence.....	36
4. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	38
5. MÉTHODOLOGIE	39
5.1 Méthode choisie.....	40
5.2 Echantillonnage	40
5.3 Construction du questionnaire	41
5.4 Déroulement du questionnaire	42
6. ANALYSE.....	43

6.1	Données personnelles.....	43
6.2	La formation continue.....	45
6.2.1	Synthèse de la formation continue à la RCP.....	54
6.3	Le debriefing technique.....	55
6.3.1	Synthèse du debriefing technique.....	60
6.4	Le chariot d'urgence.....	60
6.4.1	Synthèse du chariot d'urgence.....	69
6.5	Autres propositions des infirmières pour diminuer leur stress lors d'une RCP.....	69
6.6	Commentaires des infirmières.....	70
6.7	Synthèse d'analyse.....	71
6.8	Propositions d'actions.....	73
7.	<i>AUTO-ÉVALUATION</i>.....	74
7.1	Le choix du thème.....	74
7.2	Le cadre de référence.....	75
7.3	Mes hypothèses.....	75
7.4	Le choix de l'outil du recueil de données.....	75
7.5	L'analyse.....	76
8.	<i>CONCLUSION</i>.....	76
9.	<i>BIBLIOGRAPHIE</i>.....	79
10.	<i>ANNEXES</i>.....	84
A	Tableau sur les différents facteurs de stress ressentis par l'infirmière lors d'une RCP.....	85
B	Questionnaire de recherche.....	86
C	Lettre d'accompagnement du questionnaire.....	92

FIGURES

<i>Figure 1 : L'arrêt cardio-respiratoire</i>	10
<i>Figure 2 : La chaîne de survie</i>	14
<i>Figure 3 : A – Airway</i>	16
<i>Figure 4 : B – Breathing</i>	16
<i>Figure 5 : Le contrôle du pouls carotidien</i>	17
<i>Figure 6 : Le massage cardiaque</i>	17
<i>Figure 7 : La défibrillation</i>	18
<i>Figure 8 : Probabilité de survie à un ACR au cours du temps</i>	20
<i>Figure 9 : Effet sur la survie de la défibrillation avec ou sans réanimation cardio-pulmonaire</i>	20
<i>Figure 10 : Les étapes et les déterminants du processus de coping (effets principaux, interactions, effets médiateurs, rétroactions)</i>	32
<i>Figure 11 : Réponses obtenues dans les différents services sur la composition du chariot d'urgence</i>	61

GRAPHIQUES

<i>graphique 1 : Dans quel service travaillez-vous ?</i>	43
<i>graphique 2 : Avez-vous déjà pratiqué une RCP ?</i>	44
<i>graphique 3 : La formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire dans votre service est-elle obligatoire ?</i>	45
<i>graphique 4 : Le cours de formation continue à la RCP est-il considéré comme temps de travail ?</i>	46
<i>graphique 5 : A combien de cours à la RCP avez-vous participé ces deux dernières années ?</i>	46
<i>graphique 6 : La formation continue à la RCP dans votre hôpital est organisée à quelle fréquence ?</i>	48
<i>graphique 7 : Estimez-vous que les cours de formation continue à la RCP sont proposés à une fréquence suffisante ?</i>	49
<i>graphique 8 : A quelle fréquence les cours de formation continue à la RCP vous serait nécessaire ?</i>	50
<i>graphique 9 : Le contenu du cours répond-il à vos besoins et à vos attentes ?</i>	50
<i>graphique 10 : Évaluez l'utilité de la formation continue afin de diminuer votre stress lors d'une RCP</i>	51
<i>graphique 11 : Expliquez votre choix sur la formation continue</i>	52
<i>graphique 12 : Dans votre service, le debriefing technique après une RCP est-il pratiqué ?</i>	55
<i>graphique 13 : Pourquoi le debriefing technique après une RCP n'est pas pratiqué dans votre service ?</i>	56
<i>graphique 14 : Utilisez-vous systématiquement le debriefing technique après une RCP ?</i>	57
<i>graphique 15 : Évaluez l'utilité du debriefing technique afin de diminuer votre stress lors d'une RCP ?</i>	58
<i>graphique 16 : Expliquez votre choix sur le debriefing technique.</i>	58
<i>graphique 17 : Qui vérifie le contenu du chariot d'urgence dans votre service</i>	62
<i>graphique 18 : A quelle fréquence est vérifié le chariot d'urgence ?</i>	63

<i>graphique 19 : Le chariot d'urgence est-il présenté systématiquement à tout le nouveau personnel commençant dans le service ?</i>	64
<i>graphique 20 : Par qui, le chariot d'urgence est-il présenté au nouveau personnel ?</i>	65
<i>graphique 21 : En dehors des cours de formation continue et des RCP, vous arrive t'il de vous entraîner à utiliser le matériel se trouvant sur le chariot d'urgence ?</i>	65
<i>graphique 22 : Évaluez l'utilité de la vérification et de l'entraînement à l'utilisation du matériel contenu dans le chariot d'urgence afin de diminuer votre stress lors d'une RCP</i>	66
<i>graphique 23 : Expliquez votre choix sur la vérification et l'entraînement à l'utilisation du matériel se trouvant sur le chariot d'urgence</i>	67

1. INTRODUCTION

Dans le but de valider ma quatrième année d'infirmière HES, j'ai décidé de réaliser ce mémoire intitulé : « **Formation continue – chariot d'urgence – debriefing technique = moyens pour gérer le stress de l'infirmière lors d'une réanimation cardio-pulmonaire ou utopie ?** ».

La réanimation cardio-pulmonaire n'est pas une pratique courante dans les étages. En effet, selon des études cliniques, l'incidence moyenne, constante au cours du temps, varie entre 7 à 18 arrêts cardio-respiratoires (ACR) hospitaliers par an pour 100 lits. « *80 % des ACR surviennent chez des patients médicaux, dans un cas sur deux chez des malades admis pour une pathologie cardiaque* »¹. L'infirmière n'est donc pas amenée à pratiquer régulièrement des RCP et par conséquent, il a été démontré que son niveau de stress était augmenté dans une telle situation. De plus, la qualité de sa prise en charge peut s'en trouver diminuée.

Au travers de ce travail, je vais tout d'abord exposer ma problématique ainsi que ma question de recherche. Ensuite, je vais présenter mon cadre de référence en commençant par une définition de l'arrêt cardio-respiratoire puis de la réanimation cardio-pulmonaire. Je vais également définir le rôle infirmier de manière générale et son rôle lors d'une RCP, ainsi que les compétences qui y sont développées. Par la suite, je vais développer le stress ainsi que les stratégies d'adaptation. Je finirai mon cadre de référence en donnant des explications sur la formation continue à la RCP, le debriefing technique et le chariot d'urgence. Après ces différents concepts, je vais poser mes hypothèses de recherche.

Dans un deuxième temps, je vais expliquer la méthodologie appliquée à cette recherche. J'analyserai ensuite les différents questionnaires reçus en retour des hôpitaux en réalisant une synthèse pour chaque thème, ce qui va me permettre de vérifier mes hypothèses de recherche. Je proposerai des actions pouvant être réalisées dans les

¹ FUMEAUX, Thierry. Arrêt cardiaque à l'hôpital : comment améliorer la survie des malades ? *Urgence pratique*, 2005, n° 72, p. 13.

hôpitaux afin de répondre aux besoins des infirmières. Finalement, je vais procéder à une auto-évaluation de mon mémoire et terminerai par une conclusion.

1.1 Motivations personnelles

Mon intérêt personnel dans la réalisation de ce mémoire est basé sur le souhait de réaliser un travail sur une situation concrète, que j'ai déjà pu rencontrer aussi bien au niveau professionnel que privé. Je sais également que la situation d'une urgence vitale sera celle qui me fera le plus perdre mes moyens et « stresser » le jour où je serai une infirmière diplômée. Mon désir était également de trouver un thème qui m'intéressait énormément et qui me motivait, vu que j'allais passer une année sur ce travail. De plus, depuis longtemps, je me sens attirée par les soins d'urgence, domaine dans lequel je souhaite travailler plus tard. La réalisation de ce travail me permet donc de mettre déjà un pied dans l'urgence ainsi que d'approfondir le thème de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP).

1.2 Motivations professionnelles

Après avoir fait 2 stages en médecine interne et 3 en chirurgie, j'ai pu observer que les infirmières de l'étage ne sont pas à l'aise avec les urgences vitales. J'ai également vu à plusieurs reprises des soignants « paniquer » en voyant un patient inconscient ou présentant des troubles respiratoires, ne sachant pas clairement que faire et appelant un collègue. Mon désir est de comprendre pourquoi les infirmières se sentent aussi stressées et perdues dans ces situations ainsi que d'évaluer si elles utilisent les différents moyens mis à leur disposition par l'hôpital, moyens qui, à mon avis, leur permettraient de mieux gérer leur stress lors d'une RCP. Selon les résultats obtenus dans ma recherche, je vais peut-être pouvoir proposer des améliorations à apporter à l'utilisation de ces différents moyens afin de répondre aux désirs et besoins des infirmières. De plus, on sait que lors d'un arrêt cardio-respiratoire à l'étage, il existe une forte probabilité pour que l'infirmière soit la première personne sur les lieux et qu'elle doive prendre en charge rapidement les premières minutes de la réanimation en attendant les secours. Il n'y a donc pas de place pour le doute ou la panique et le devoir de l'infirmière est d'offrir au patient la meilleure des prises en charge possible.

1.3 Motivations politico-financières

Par mon travail de mémoire, je vais pouvoir me rendre compte si les différents cours de formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire organisés dans les hôpitaux du RSV, soit à Sion et à Martigny, sont bien fréquentés par les infirmières. De plus, je vais également déterminer si le personnel soignant estime que ces cours sont utiles et adaptés à leurs besoins, ce qui me permettra d'évaluer si l'argent destiné à financer ces cours est utilisé de manière judicieuse et optimale. Enfin, si les infirmières pensent que ces cours sont d'excellente qualité et qu'en y participant elles maintiennent leurs compétences en réanimation cardio-pulmonaire à niveau, il en découlera une meilleure qualité de la prise en charge.

2. PROBLÉMATIQUE

La prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) à l'étage n'est pas une pratique quotidienne chez les infirmières. Cependant, lorsqu'un tel événement se produit, l'infirmière est souvent la première personne à constater l'arrêt cardio-respiratoire. Son premier rôle est d'évaluer la gravité de la situation et de prodiguer les gestes conservateurs de survie jusqu'à l'intervention des secours spécialisés. La prise en charge d'un ACR demande un maximum de gestion du stress, d'apprentissage, de réflexes et de capacités d'adaptation.

Dans de nombreux travaux ou articles que j'ai lus, il est souvent ressorti le haut niveau de stress vécu par l'infirmière lors d'une réanimation cardio-pulmonaire. Les différentes raisons de ce stress que j'ai pu ressortir sont les suivantes : l'urgence vitale en lien avec la survie (stress imprévisible) ainsi que le timing de 3 minutes avant des lésions cérébrales irréversibles et la mort, l'inexpérience et la rareté de la RCP à l'étage, la peur de l'erreur ainsi que la mauvaise maîtrise des techniques de réanimation. Ces différents éléments peuvent être une source importante d'altération de la qualité de la prise en charge et de la satisfaction personnelle du soignant face à la réanimation. De plus, le stress ressenti par l'infirmière lors de la RCP est un stress aigu, donc soudain et imprévisible, elle n'a donc pas eu la possibilité de mettre en place des mécanismes d'adaptation à la situation stressante. Toutefois, il a été mis à disposition de l'infirmière

des moyens pour mieux gérer son stress et améliorer sa prise en charge, qu'elle utilise peu ou pas du tout : par exemple, protocole de réanimation (fiches techniques), formation continue, chariot d'urgence, debriefing technique, etc.

L'objectif principal de mon travail de recherche est de découvrir si les infirmières utilisent les moyens décrits ci-dessus pour les aider à gérer leur stress lors d'une RCP. Dans le cas contraire, j'aimerais identifier les raisons de leur mauvaise utilisation.

2.1 La question de recherche

Mes différentes lectures, l'élaboration de ma problématique et mon observation sur le terrain m'ont permis de poser la question de recherche suivante :

« Pourquoi les moyens, comme la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire, la vérification et l'entraînement à l'utilisation du matériel contenu dans le chariot d'urgence ainsi que la pratique du debriefing technique, sont-ils peu utilisés par l'infirmière de l'étage, alors qu'ils permettraient une meilleure gestion du stress lors d'une RCP ? »

3. CADRE DE RÉFÉRENCE

Pour élaborer les différents concepts décrits ci-dessous, je me suis basée sur de nombreux livres et articles lus.

3.1 L'arrêt cardio-respiratoire

L'arrêt cardio-respiratoire est défini comme une cessation subite de l'activité mécanique cardiaque de cause naturelle et s'accompagne d'une aréactivité, d'une apnée et d'une absence des pouls artériels (carotidiens et fémoraux) palpables. C'est une urgence vitale et les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire doivent être entreprises immédiatement, pour permettre d'éviter le décès.

En l'absence de manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire pour restaurer l'activité défaillante, une mort biologique survient **en 4 à 6 minutes** dans certains organes comme le cerveau. Si des manœuvres sont entreprises mais de manière inadaptée ou tardive, la survie est possible mais au prix de lourdes séquelles dont la forme la plus sévère est représentée par les états végétatifs chroniques.



Figure 1 : l'arrêt cardio-respiratoire²

3.1.1 Epidémiologie de l'ACR

Les données épidémiologiques découlent d'études cliniques étant donné que les statistiques de décès sont peu fiables en Suisse. En effet, il a été mis en place depuis quelques années dans certains hôpitaux la généralisation de l'emploi du « **style d'Utstein** », qui permet d'uniformiser la collecte des renseignements sur l'ACR, les différentes étapes de la réanimation et les taux de survie. « *Un groupe d'experts de l'American Heart Association, de l'European Resuscitation Council, de l'Heart an Stroke Foundation of Canada et de l'Australian Resuscitation Council s'est réuni à Utstein en 1990. Le groupe a donc proposé des recommandations pour améliorer l'analyse des résultats de la prise en charge des arrêts cardiaques* »³.

En Suisse, l'incidence moyenne en 2001 est de 55 ACR extra-hospitaliers par année pour 100'000 habitants et varie selon les études de **7 à 18 ACR hospitaliers par an pour 100 lits**, ce qui représente 3'800 ACR extrahospitaliers par an et 5'000 pour les

² ZERMATTEN, François, Prafirmin, 1965 Savièse

³ LOUVILLE, Yves. « Lexique abrégé de la réanimation cardio-pulmonaire ». *Site de urgence-pratique* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.urgence-pratique.com/2articles/defibri/art-defibrillat-6.htm> (Page consultée le 21.02.2007).

hôpitaux, ce qui évoque 20 ACR par an pour le CHUV ou l'hôpital cantonal de Genève. « *Quatre ACR hospitaliers sur dix surviennent dans les divisions de soins généraux, le reste se distribuant surtout dans les services intensifs et d'urgence* »⁴.

A l'hôpital de Sion, en 2006, on dénombre 15 réanimations pour le service J2 (service de cardiologie, chirurgie cardiaque et thoracique) et 15 réanimations réparties dans les autres services de l'étage.

Pour l'hôpital de Martigny, en 2006, on comptabilise 23 interventions sur appel selon le protocole de réanimation en vigueur dans l'établissement.

3.1.2 Mécanismes générateurs de l'ACR

Les arrêts cardio-respiratoires sont principalement d'origine cardiaque survenant chez des patients connus ou non pour des cardiopathies. L'événement amenant directement à l'ACR est dans la plupart des situations une arythmie aiguë. Dans 70 % des ACR, on trouve comme trouble du rythme initial la fibrillation ventriculaire (FV) ou se compliquant de troubles du rythme ventriculaire rapides comme la tachycardie ventriculaire (TV), les torsades de pointe, les flutters ventriculaires, etc. Chez 25 % des patients, l'ACR est survenu en raison d'une bradycardie et/ou d'une asystolie. Il en résulte une diminution du débit cardiaque, une chute de la tension artérielle et une diminution ou un arrêt de la perfusion des organes dont le cerveau.

3.1.3 Etiologie de l'ACR

Des études basées sur des autopsies montrent que la maladie coronarienne est à l'origine de plus de deux tiers des morts subites. « *80 % des patients réanimés après un ACR présentent des lésions lors de coronarographie* »⁵.

⁴ FUMEAUX, T. DUSSOIX, P. UNGER, F. « Réanimation cardio-pulmonaire en 2001 : qu'est-ce qui a changé ? ». *Revue médicale suisse* [En ligne]. No 2346, p. 2. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21377> (Page consultée le 11 octobre 2006).

⁵ KATZ, E. [et al.]. « Arrêt cardiaque extrahospitalier : la situation actuelle ». *Revue médicale suisse* [En ligne]. No 9, p. 3. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=30179> (Page consultée le 11 octobre 2006).

Principales causes de l'ACR :

- Cardiopathies :
 - insuffisance coronarienne aiguë.
 - autres cardiopathies (valvulaires, infarctus du myocarde, atteintes péricardiques, etc).
 - traitements médicamenteux (antiarythmiques, diurétiques, potassium, etc).

- Hypoxies aiguës primitives :
 - détresses respiratoires d'origine thoracique (plaies du thorax, oedèmes pulmonaires, pneumopathies, BPCO, asthme, etc).
 - neurologiques (paralysies d'origine centrale ou périphérique).
 - fausses routes.
 - noyade.
 - overdose.
 - anesthésie générale.

- Anomalies des conditions de charge du système circulatoire :
 - tamponnade liquidienne ou gazeuse.
 - embolies pulmonaires.
 - hypovolémie aiguë vraie (anémie) ou relative (circulations extracorporelles).
 - arrêts circulatoires réflexes ou accidentels.
 - dissection aortique.
 - hémorragie.

- Traumatiques : accident de la voie publique, chute, blessure par armes, etc.

- Neurologiques (AVC, etc).

- Intoxication : monoxyde de carbone, médicamenteuses, éthyliques, etc.

3.2 *La réanimation cardio-pulmonaire*

La réanimation est un « *ensemble de mesures permettant de rétablir les fonctions vitales momentanément compromises au cours de situations aiguës médicales, chirurgicales ou traumatiques* »⁶.

3.2.1 Types de réanimation cardio-pulmonaire

On distingue deux types de réanimation cardio-pulmonaire : la RCP élémentaire et la RCP médicalisée.

La RCP élémentaire est l'ensemble des manœuvres pratiquées par un ou plusieurs sauveteurs qui comprennent la pratique d'une ventilation par bouche à nez ou avec masque ainsi que le massage cardiaque externe.

La RCP médicalisée est réalisée par une équipe médicale entraînée et consiste en une réanimation cardiaque de type élémentaire, médicamenteuse et électrique ainsi qu'une respiration artificielle utilisant des accessoires (intubation).

3.2.2 Technique de la réanimation cardio-pulmonaire

En Suisse, les techniques de RCP sont basées sur des règles précises de Swiss Resuscitation Council édictées en 2005 se référant aux recommandations internationales, selon l'algorithme BLS (Basic Life Support) et ACLS (Advance Cardiac Life Support).

Le BLS correspond à l'ABCD primaire soit airway (libération des voies aériennes), breathing (respiration), circulation et défibrillation. L'ACLS correspond à l'ABCD secondaire, c'est-à-dire airway (intubation endotrachéale), breathing (intubation, O₂,

⁶ GARNIER DELAMARE. Dictionnaire des termes de médecine, 2003. p. 705

ventilation positive), circulation (voie veineuse, ECG, médicaments) et diagnostic différentiel (causes possibles réversibles)⁷.

En 1992, un comité de liaison international ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) a été fondé dans le but d'édicter des recommandations internationales en matière de réanimation cardio-pulmonaire. Ce comité est constitué de représentants du monde entier et se réunit deux fois par année. C'est en 2000 qu'est apparu le premier algorithme universel (BLS-ACLS). De plus, l'ILCOR a également défini les conditions d'enseignement de la RCP, en particulier au personnel hospitalier. Il est donc important que le soignant reçoive fréquemment un enseignement à la RCP, pour rafraîchir et réactualiser ses connaissances ainsi que son savoir-faire⁸.

La réanimation cardio-pulmonaire se réfère au concept de la chaîne de survie qui décrit quatre étapes successives. Chaque maillon de la chaîne doit être réalisé efficacement afin de garantir la meilleure qualité possible de survie du patient. Le premier maillon comprend l'identification de l'ACR et un appel immédiat au 144 pour la réanimation extrahospitalière ou selon le protocole en vigueur à l'hôpital. Le deuxième maillon est le BLS, soit massage cardiaque externe et ventilation artificielle. Le troisième maillon consiste en une défibrillation précoce. Finalement, le quatrième maillon est l'ACLS qui s'adresse aux professionnels de la santé.

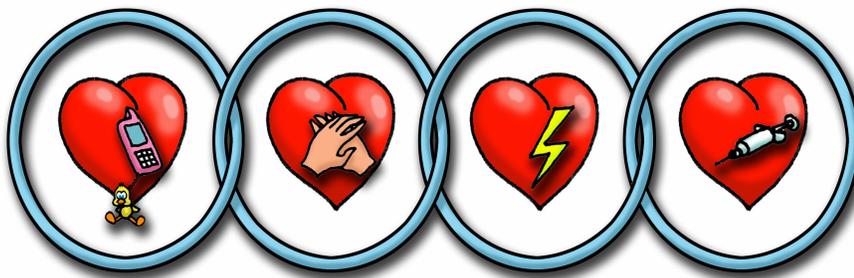


Figure 2 : la chaîne de survie

⁷ REUILLE, Olivier. « Formation continue pour ambulanciers ACR ». Site Genève-ambulance [En ligne]. Adresse URL : http://www.geneve-ambulances.com/CoursPDF/ACR_8.10.02.pdf. (Page consultée le 21.02.2007).

⁸ ILCOR European Resuscitation Council [En ligne]. Adresse URL : <http://www.erc.edu/index.php/ilcor/en/> (Page consultée le 22.02.2007).

3.2.3 *Etapas de la RCP*

- a) **Evaluation des 3 S – Sécurité, Scène et Situation** : cette notion s'applique plutôt à la réanimation en milieu extrahospitalier où il faut éviter tout risque de suraccident avant d'entreprendre l'évaluation du client. En principe, l'hôpital est un lieu sécurisé. Il faut cependant faire sortir le voisin de la chambre.
- b) **Evaluation de l'état de conscience** :
- réponse verbale.
 - stimulus nociceptif.
 - score de Glasgow (ouverture des yeux, réponse verbale, réponse motrice).

Si le patient est inconscient, l'ABCD (BLS) doit être entrepris le plus rapidement possible.

- c) **Alerte à l'hôpital** :
- appeler le médecin de garde ou le service de réanimation selon le protocole en vigueur dans l'hôpital. A l'hôpital de Martigny, le personnel soignant doit composer le numéro de téléphone 1555 et à l'hôpital de Sion ils doivent appuyer sur le bouton rouge REA.
 - appeler ses collègues à l'aide mais sans quitter la chambre.
- d) **A – Airway (liberté des voies aériennes)**
- positionner le client en décubitus dorsal, sur un plan dur (tête du lit à l'hôpital, sur le sol, etc).
 - ouverture de la bouche pour vérifier qu'il n'y a aucun corps étranger qui obstrue les voies respiratoires (dentier, aliment, etc).
 - désobstruer les voies aériennes.
 - maintenir la liberté des voies aériennes (subluxation de la mandibule (sauf en cas de chute car risque d'atteinte médullaire), mâchoire tirée vers le haut, basculer la tête en arrière).

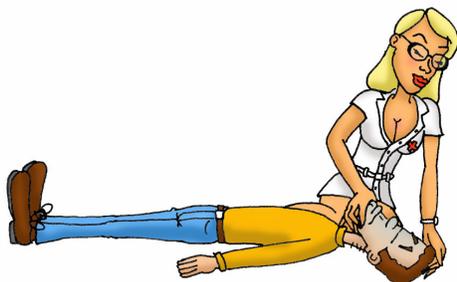


Figure 3 : A – Airway

e) B – Breathing (respiration)

- a) évaluer la présence ou non de respiration : placer sa joue au-dessus de la bouche du client et observer la cage thoracique.
 - entendre s’il y a une ventilation ou non.
 - sentir s’il y a la présence d’un souffle ou non.
 - observer si la cage thoracique présente des mouvements ou non.
- b) évaluer la qualité de la respiration : fréquence, type, rythme et amplitude.
- c) dans le cas d’aucune réponse ventilatoire, le patient est en arrêt respiratoire. Pratiquer le bouche à nez ou 2 insufflations au masque. Si la ventilation ne passe pas, revoir le A.

La ventilation au masque :

Placer le masque avec ballon sur le nez et la bouche du patient. Le masque est maintenu d’une main et l’autre main presse le ballon à intervalles réguliers. L’efficacité de la ventilation est vérifiée par le soulèvement du thorax à chaque insufflation et l’absence de bruits de fuites au niveau du masque.

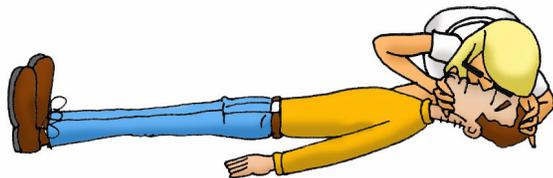


Figure 4 : B - Breathing

f) C – Circulation

- contrôle du pouls carotidien sur une durée de 10 secondes : fréquence, rythme, amplitude.
- si aucun pouls : commencer le massage cardiaque par des cycles de 30 compressions sternales pour 2 insufflations respiratoires.

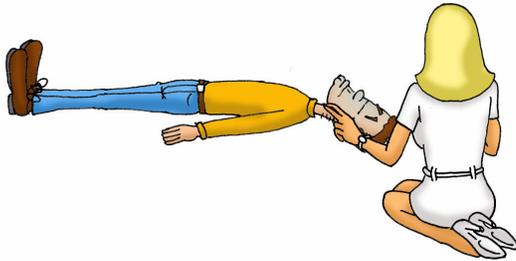


Figure 5 : le contrôle du pouls carotidien

Le massage cardiaque :

Le massage cardiaque doit être pratiqué à un rythme de 100/minute par une compression du cœur entre le sternum et les vertèbres afin de provoquer une éjection systolique efficace. L'intervalle entre deux compressions permet un remplissage passif des cavités cardiaques. Le sauveteur qui pratique le massage cardiaque se place à côté du malade, à genoux s'il est par terre ou à la bonne hauteur s'il est dans un lit : paumes des mains superposées sur la partie supérieure de la moitié inférieure du sternum, à 3 centimètres de l'épiphyse sternale, bras tendus verticalement. Il appuie sur le sternum à 4-5 cm de profondeur et en donnant des impulsions suffisamment énergiques.

On peut vérifier l'efficacité du massage cardiaque par la reprise d'un pouls carotidien palpable.



Figure 6 : le massage cardiaque

g) D – Défibrillation

1. Poursuivre la RCP jusqu'au branchement du défibrillateur automatique.
2. Brancher les électrodes et allumer l'appareil.
3. Lancer l'analyse et suivre les instructions de l'appareil.

La défibrillation :

« La défibrillation consiste à faire passer à travers le cœur un courant électrique qui va entraîner la dépolarisation simultanée d'une masse critique de cellules myocardiques interrompant les phénomènes de réentrée et donc la Fibrillation (FV) ou la Tachycardie Ventriculaire (TV) »⁹.

On distingue trois types de défibrillateur :

1. **Le défibrillateur** : il ne délivre que le courant électrique, les joules sont choisies par le médecin. Le diagnostic d'ACR et de troubles du rythme est fait par le médecin après la lecture de l'électrocardiogramme et c'est le médecin qui décide quand et qui déclenche le choc ainsi que le nombre de joules.
2. **Le défibrillateur automatique** : le choc est déclenché par l'appareil lorsqu'il a détecté une fibrillation ventriculaire ou une tachycardie ventriculaire. Le rôle de l'intervenant est uniquement de poser les électrodes.
3. **Le défibrillateur semi-automatique** : l'opérateur met les électrodes en place, lance l'analyse et si l'électrocardiogramme détecte une FV ou une TV, l'opérateur va déclencher le choc électrique.

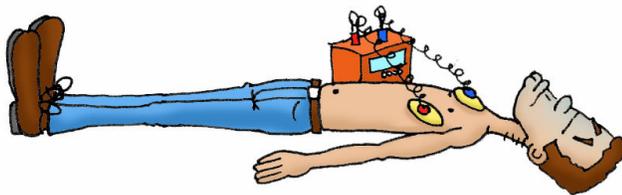


Figure 7 : la défibrillation

⁹ LOUVILLE, Yves. « Lexique abrégé de la réanimation cardio-pulmonaire ». *Site de urgence-pratique* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.urgence-pratique.com/2articles/defibri/art-defibrillat-6.htm> (Page consultée le 21.02.2007).

h) Surveillance de l'évolution de la RCP

Le but de la surveillance est de vérifier le retour de la respiration et de la fonction circulatoire par la reprise des étapes B et C. Elle doit se faire tous les 3 cycles.

i) RCP spécialisée – ACLS

Cette étape est réalisée par les professionnels de la réanimation, soit les services de soins intensifs ou des urgences (médecins, infirmières). Dans certains hôpitaux, comme le CHUV, un team de réanimation a été créé et intervient lors d'ACR à l'étage.

ACLS :

Airway : intubation endotrachéale.

Breathing : administration d'O² 100 %, ventilation positive mécanique.

Circulation : pose d'une voie veineuse périphérique ou centrale, ECG, médicaments tels qu'Adrénaline (sympathicomimétique stimulant les récepteurs β_1 permettant une augmentation du débit cardiaque), antiarythmiques (Amiodarone, Atropine, Lidocaine, etc).

Diagnostic différentiel : causes possibles réversibles.

3.2.4 Le Timing

La survie d'un ACR diminue très rapidement au cours du temps, soit d'environ 10 % chaque minute (cf. tableau ci-dessous). Sa survenue à l'hôpital est un facteur favorisant puisque deux fois plus de patients survivent.

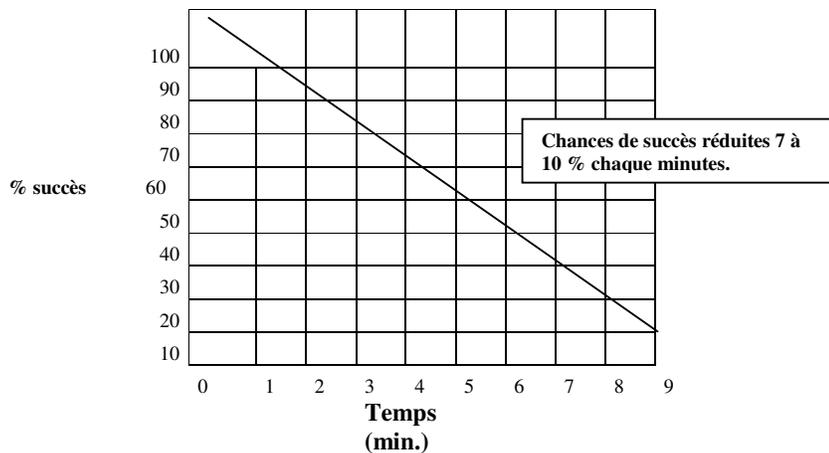


Figure 8 : Probabilité de survie à un ACR au cours du temps¹⁰

On sait qu’après 3 minutes, l’anoxie consécutive à l’ACR provoque des lésions cérébrales définitives, déterminant la survie à long terme. Le retour à une activité mécanique survient chez 15 à 50 % des patients bénéficiant d’une RCP et plus de la moitié de ces patients vont quitter l’hôpital. **La rapidité de la pratique de la RCP est donc déterminante pour la survie du patient.** Le délai de la défibrillation est également très important en sachant que ses chances de réussite diminuent avec le temps (cf. tableau ci-dessous).

Délai de RCP	Délai de défibrillation	
	< 10 minutes	> 10 minutes
< 5 minutes	37 %	7 %
> 5 minutes	20 %	0 %

Figure 9 : Effet sur la survie de la défibrillation avec ou sans réanimation cardio-pulmonaire¹¹

¹⁰ CARRON, Pierre-Nicolas. « Réanimation cardio-pulmonaire intra-hospitalière et notion de travail en équipe. Etude exploratoire et adaptation du concept aéronautique de Crew Resource Management ». Thèse présentée à la faculté de médecine de Genève [En ligne]. Thèse no 10424 (2005), p. 12. Adresse URL : <http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2005/CarronP-N/these.pdf#search=%22utstein%20style%20suisse%22> (Page consultée le 1^{er} juillet 2007).

¹¹ FUMEAUX, T. DUSSOIX, P. UNGER, F. « Réanimation cardipulmonaire en 2001 : qu’est-ce qui a changé ? ». *Revue médicale suisse* [En ligne]. No 2346, p. 1-10. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21377> (Page consultée le 11 octobre 2006).

Ces différents éléments démontrent que chaque minute perdue avant d'entreprendre la RCP peut avoir des conséquences irréversibles sur les fonctions cérébrales. Ils confirment également les constatations émises plus haut que plus la défibrillation est précoce, meilleures sont les chances de survie du patient.

3.2.5 Rôle infirmier

« *Le rôle de l'infirmière, selon B. Kozier, G. Erb et K. Blais, est déterminé par la conception et les théories en soins infirmiers, le processus de soins infirmiers (démarche de soins infirmiers), les normes et les critères de compétence de la pratique, les activités pratiques (interventions), et enfin les codes d'éthique international, national et régional¹²* ». Pour remplir son rôle, l'infirmière doit : prodiguer des soins infirmiers, enseigner, conseiller, initier le changement, défendre le patient, assumer la responsabilité des soins infirmiers, gérer les soins infirmiers, assurer, en tant qu'experte, des consultations, effectuer la recherche en soins infirmiers, collaborer avec le patient et les autres travailleurs de la santé.

On distingue deux types de rôle :

- 1) Le rôle autonome (propre) qui est basé sur la prise de décisions et s'effectue exclusivement à l'initiative de l'infirmière. C'est l'ensemble des compétences et de la façon d'agir associées à l'infirmière.
- 2) « Le rôle de coopération intègre les interventions de l'infirmière en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire : partager les savoirs, chercher l'accord dans un objectif commun [...]»¹³

¹² RIOPELLE, Lise. TEIXIDOR, Montserrat. Approche humaniste de la pratique infirmière. *Savoirs et pratiques*, 2003, n° 45, p. 56.

¹³ *ibid.*

3.2.5.1 Rôle infirmier lors d'une réanimation cardio-pulmonaire à l'étage

Le premier témoin d'une détresse respiratoire ou d'un arrêt cardio-respiratoire à l'hôpital est souvent une aide-soignante ou une infirmière. Par conséquent, son rôle est très important dans la prise en charge d'un ACR et nécessite une parfaite maîtrise des protocoles de réanimation cardio-respiratoire en vigueur dans l'établissement. Elle va tout d'abord mettre en pratique son rôle autonome jusqu'à l'arrivée de l'équipe de « réa » où elle va exercer son rôle de coopération.

1. Sécurité : protéger le patient.

Si le patient a fait une chute et se trouve sur le côté ou à plat ventre : attention lors de la mobilisation, risque d'atteinte médullaire.

2. Reconnaître l'ACR

- La perte de conscience.
- L'arrêt respiratoire.
- L'absence de pouls carotidiens confirme l'arrêt cardiaque.

3. Donner l'alarme et noter l'heure tout en restant auprès du patient pour le réanimer

- Suivre le protocole en vigueur dans le service (alarme en chambre, n° de téléphone d'urgence, médecin de garde, etc).

4. Décider des priorités

- Demander le renfort de ses collègues et déléguer les autres patients.
- Positionnement du patient (installation sur plan dur).
- Se faire apporter le chariot d'urgence.

5. Débuter immédiatement les manœuvres de réanimation

- Ventilation artificielle (bouche à bouche, ventilation au masque).
- Massage cardiaque externe.

- Si une seule personne est présente, elle doit assumer seule les deux manœuvres à un rythme de 30 massages cardiaques pour 2 insufflations, jusqu'à l'arrivée des renforts.
- Si une deuxième personne est présente : une personne pratique le massage cardiaque et l'autre la ventilation, puis relais après 3 séries de 30 massages.
- Si une troisième personne est présente, elle doit amener le plus rapidement possible le chariot d'urgence, avec le défibrillateur/scope et préparer le matériel.

Si le médecin n'est toujours pas arrivé :

L'infirmière doit brancher le scope du défibrillateur. En Suisse, elle n'est pas habilitée à délivrer des chocs électriques. Cependant, selon une étude réalisée au CHUV en 2002 sur l'organisation et l'efficacité du « team arrêt cardiaque », il a été démontré que les délais avant le premier choc électrique sont encore trop longs. Les recommandations actuelles proposent **un premier choc électrique moins de trois minutes après un ACR**. Cette étude préconise la mise en place progressive de défibrillateurs semi-automatiques qui permettrait au personnel hospitalier d'administrer le premier choc¹⁴.

Personnellement, je trouve que le fait que la défibrillation soit pratiquée uniquement par les médecins, dans les hôpitaux, porte à la réflexion. En effet, on sait que de plus en plus de défibrillateurs semi-automatiques sont installés, par exemple dans les magasins, dans les lieux publics et qu'ils sont utilisés par des non-professionnels. De plus, ILCOR encourage ce concept et recommande également que toutes les personnes amenées à prendre en charge un patient en arrêt cardiaque soit autorisé et entraîné à l'utilisation du défibrillateur. Finalement, on sait qu'il n'y a aucun danger à l'utilisation de défibrillateur mais qu'au contraire on pourrait améliorer le devenir du patient !

¹⁴ FROCHAUX, V. [et al.]. « Réanimation intra-hospitalière : organisation et efficacité du « team arrêt cardiaque ». Revue médicale suisse [En ligne]. No 2363, p. 1-8. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21646> (Page consultée le 27 octobre 2006).

En présence du médecin :

A son arrivée sur le lieu de la RCP, le médecin va prendre le rapport de la situation puis il va prendre en charge la suite de la RCP et l'infirmière va se conformer à ses ordres.

3.2.6 Compétences infirmières mobilisées lors d'une RCP

« Une compétence est un ensemble de capacités, de conceptions, et d'actions acquises par les personnes formées pour résoudre des situations de façon adéquate. Les compétences reflètent les habilités dans la prise de décision au niveau professionnel¹⁵ ».

Selon Jacques Tardiff, la compétence est un savoir-agir basé sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'un ensemble de ressources¹⁶.

Selon le modèle Dreyfus, l'acquisition et le développement d'une compétence passe par **cinq stades** : novice, débutant, compétent, performant et expert qui sont le reflet des 3 types de changements qui se produisent lors de l'acquisition d'une compétence : le premier est le passage de la confiance en des principes abstraits à l'utilisation d'une expérience passée concrète, le second est une modification de la façon dont l'apprenant perçoit la situation (il n'utilise que les éléments utiles) et le troisième est le passage d'observateur externe à celui d'agent impliqué (considéré comme un professionnel).

3.2.6.1 De novice à expert

Le novice : il n'a ni expérience, ni compréhension réelle du domaine dans lequel il travaille. Son savoir est théorique. Il faut lui donner des règles afin de mieux le guider dans ses actes.

¹⁵ RIOPELLE, Lise. TEIXIDOR, Montserrat. Approche humaniste de la pratique infirmière. *Savoirs et pratiques*, 2003, n° 45, p. 58.

¹⁶ BENNER, Patricia. *De novice à expert*. Saint-Laurant : InterEditions, 1995, 254 p

Le débutant : il a déjà vécu quelques expériences. Il a cependant de la peine à distinguer l'essentiel du secondaire dans une situation et donc à fixer des priorités.

Le compétent : le soignant a généralement 2 à 3 ans d'expérience, avec des patients souffrant de pathologies similaires. Il a le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable d'y faire face. La flexibilité et la rapidité font souvent défaut lorsque la situation change et lors de situations jamais rencontrées (par exemple la RCP).

Le performant : le soignant est capable de distinguer l'essentiel et le secondaire. Il est capable d'avoir un jugement implicite et de reconnaître la détérioration de l'état du malade avant même qu'il y ait des changements explicites.

L'expert : il a au moins 8 à 10 ans de pratique, comprend de manière intuitive chaque situation et appréhende directement et rapidement le problème. Sa manière d'agir est convaincante, parce qu'elle est efficace et réellement adaptée à la situation.

3.2.6.2 Référentiel de compétences de la formation infirmière HES¹⁷

Si je me réfère au **référentiel de compétences de la formation infirmière HES**, lors d'une réanimation cardio-pulmonaire, l'infirmière va devoir mobiliser les compétences suivantes :

Compétence 1

Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle.

L'infirmière utilise les techniques de RCP en se référant aux protocoles de réanimation en vigueur dans l'établissement et fréquemment réactualisés. Elle a également le devoir de prodiguer des soins de qualité pour secourir le patient lors d'une détresse vitale.

¹⁷ Haute école santé-social Valais. Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers. In : Dossier de l'étudiant, Sion, 2002.

Compétence 2

Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins.

L'infirmière doit tenir compte du désir du patient à être réanimé ou non (NTBR – not to be resuscitated - inscrit en première page dans le dossier médical du patient) après avoir établi avec lui son histoire de vie et une relation de confiance. Parfois, elle doit également rendre attentif le médecin des souhaits du patient à ne pas être réanimé dans le but de ne pas agir contre sa volonté.

Compétence 3

Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.

Il me paraît difficile de prévenir un ACR, mis à part le fait d'être très attentif aux symptômes annonciateurs, c'est-à-dire modification de la pression artérielle et des pulsations, plaintes verbales et non-verbales du patient ainsi que tenir compte des antécédents et des facteurs de risque.

Compétence 4

Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions.

Cette compétence démontre bien le devoir de participer régulièrement à la formation continue pour maintenir ses compétences (savoir et savoir-faire) et mettre à jour ses connaissances (nouveaux algorithmes de réanimation, matériel de réanimation disponible à l'étage, numéros d'appel d'urgence, protocoles de réanimation, etc). De plus, le fait de s'auto-évaluer après une situation complexe ou stressante (debriefing technique) permettra également au soignant d'améliorer sa prise en charge et d'être plus efficace lorsqu'il rencontrera à nouveau une même situation dans le futur.

Compétence 5

Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires.

L'infirmière peut donner son avis quant à la prise en charge de la réanimation à l'étage et amener la discussion. Peut-être qu'elle estime nécessaire la présence d'un défibrillateur automatique à l'étage ? Peut-être qu'elle trouve le matériel présent à l'étage insuffisant ? ou au contraire, peut-être que la manière actuelle de pratiquer la réanimation à l'étage lui convient parfaitement. De par son travail sur le terrain, elle est la première personne à pouvoir observer les problèmes existants et proposer des sujets de recherche.

Compétence 6

Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire.

L'infirmière doit informer tous les nouveaux collaborateurs du déroulement des RCP à l'étage, présenter le matériel et montrer son utilisation afin qu'ils soient pleinement préparés en cas de réanimation.

Compétence 7

Collaborer au fonctionnement du système santé.

Je pense qu'il est important de savoir déléguer si on se sent dépassé par une situation et pas compétent à 100 %, dans le but de profiter des compétences des autres professionnels. Malheureusement, dans le cas d'une RCP, la rapidité d'action prime et le soignant a le devoir d'entreprendre tout de suite les premières manœuvres de réanimation.

Compétence 8

Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire.

Il est indispensable de toujours réévaluer la qualité de sa prise en charge afin de progresser et d'offrir au patient les meilleurs soins possibles. L'infirmière doit

également appliquer les nouvelles recommandations relatives à la RCP (par exemple : depuis 2006, il faut effectuer 30 massages pour 2 insufflations).

Compétence 9

S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explication du rôle infirmier.

L'infirmière doit agir comme une professionnelle de la santé et ne doit pas rechigner à débiter une réanimation, par exemple en la déléguant à sa collègue.

En reprenant la situation de l'infirmière de l'étage qui pratique occasionnellement une réanimation cardio-pulmonaire, on peut se demander à quel niveau elle se situe. En effet, elle ne maîtrise pas toujours de manière optimale la situation d'urgence en raison de la rareté des réanimations et parfois du manque de formation continue. Toutefois, si on se réfère au référentiel de compétences de la formation HES, on peut noter le devoir du soignant d'actualiser régulièrement et systématiquement ses compétences. De plus, il doit se référer à un corpus de connaissances actualisées, pour garantir la meilleure qualité de soin possible. Il en est de sa responsabilité.

3.3 Le stress

Selon M. Hans Selye, que l'on considère comme le véritable fondateur de la théorie du stress, le stress serait un mécanisme d'adaptation face à des agents agresseurs, une réponse « non spécifique » que donne notre corps à toute demande qui lui est faite. Il peut être d'ordre physique et/ou psychologique :

- physique (blessures,...).
- psychologique ou émotionnel (angoisse, déception ou joie,...).
- sensoriel (odeurs, bruits...).

Selon le dictionnaire médical « Garnier Delamare », le stress est un « *Mot anglais employé par H. Selye (1936) pour exprimer l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque[...] »*¹⁸.

3.3.1 Physiologie du stress

Chaque fois que nous sommes confrontés à des facteurs de stress, notre corps est le siège de réactions biologiques, à la fois nerveuses et hormonales.

Les différentes phases du stress :

La phase d'alerte : les organes de nos sens captent la survenue d'une agression (de nature physique, chimique ou psychologique) qui provoque dans l'organisme une réaction d'alarme et transmet les informations au cerveau. Celui-ci les analyse et stimule l'hypothalamus qui va commander les glandes surrénales de libérer dans le sang des substances chimiques : les catécholamines (adrénaline et noradrénaline). L'adrénaline présente dans notre sang va entraîner de multiples réactions dont les plus importantes sont :

- au niveau cardio-vasculaire : tachycardie, mydriase.
- au niveau respiratoire : tachypnée et augmentation de l'amplitude respiratoire
- au niveau musculaire : hypertonie.
- au niveau cutané : vasoconstriction, sudation, horripilation.
- au niveau digestif : péristaltisme et sécrétions digestives diminuées.
- au niveau rénal : diminution de la diurèse.
- au niveau sanguin : diminution du temps de coagulation du sang, hyperglycémie.

Le but de ces diverses réactions est d'apporter plus rapidement et massivement de l'oxygène à nos organes nobles (cerveau, cœur, poumons) afin d'augmenter notre degré de résistance et de gestion du stress.

¹⁸ GARNIER DELAMARE. Dictionnaire des termes de médecine, 2003, p. 784.

La phase de résistance : si le stress se prolonge, un deuxième système se met en route. L'hypothalamus et ensuite l'hypophyse sont stimulés et donnent l'ordre à nos glandes surrénales de produire d'autres hormones qui sont les glucocorticoïdes. Leur rôle est de répondre à l'augmentation du métabolisme de base de notre organisme afin de faire fonctionner l'ensemble de notre corps. Ces hormones vont augmenter la glycogénèse à partir des glucides, des protéines et des lipides du corps, afin d'augmenter l'apport énergétique à notre corps.

En résumé, les catécholamines nous permettent de faire face à un stress aigu et agissent sur l'agent stressant. Les glucocorticoïdes sont activés en cas de stress chronique et nous donnent de l'endurance.

La phase d'épuisement : cette phase est retrouvée en cas de stress chronique.

A noter que l'on distingue 2 types de stress : le bon stress (eustress) est une réponse positive de notre organisme à une stimulation qui nous permet de survivre ou de bien vivre. Le mauvais stress (dystress) est la réaction de notre organisme à une stimulation qui se traduit par des souffrances.

Lors de mes différentes lectures, j'ai pu ressortir quelques facteurs de stress d'une infirmière soumise rarement à une RCP : l'urgence due à une détresse vitale, l'inexpérience à la RCP (manque de maîtrise des techniques, problème organisationnel, etc), la peur de l'erreur et de l'oubli, la réflexion et la prise de décision rapide ainsi que la projection par l'ACR de l'idée de mort¹⁹.

3.3.2 *Stratégies d'adaptation : le coping*

Une personne confrontée au stress va tenter d'y répondre, au-delà des réactions physiques. En anglais, le terme « coping » signifie « faire face ».

Selon Lazarus et Folkman, la définition du coping est la suivante : « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants (déployés) pour gérer

¹⁹ Cf. annexe A.

des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources²⁰». **Il s'agit donc de stratégies élaborées pour remédier aux aspects négatifs d'une situation stressante.**

3.3.2.1 Phase d'évaluation

- a) *L'évaluation primaire* : c'est l'évaluation de la situation nuisible : une perte (affective, matérielle, corporelle), une menace ou un défi (challenge).
- b) *L'évaluation secondaire* : la personne se demande de quelles ressources et de quelles réponses il dispose pour faire face à la situation.

3.3.2.2 Stratégies de coping

- a) *Le coping centré sur le problème* : la résolution du problème (élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème).
- b) *Le coping centré sur l'émotion* : gérer les réponses émotionnelles induites par la situation.

3.3.2.3 Déterminants du coping

Chaque individu mobilise son propre coping, il choisit préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres en fonction de la situation stressante qu'il rencontre et de la façon dont celui-ci la perçoit et l'interprète. C'est donc un processus adaptatif. L'évaluation serait influencée par les antécédents psychosociaux de l'individu et ceux-ci sont essentiellement de deux types cognitifs et conatifs.

²⁰ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, 2001, p. 70.

- a) *Les déterminants cognitifs de l'évaluation et du coping* : ses croyances (ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes, etc), les motivations générales (valeurs, buts, intérêts, etc) et le lieu de contrôle (interne/externe).
- b) *Les déterminants conatifs de l'évaluation et du coping* : les dispositions personnelles stables, les traits de la personnalité comme anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité (prédisposition à un stress élevé et à un coping centré sur l'émotion), la résilience, le sens de la cohérence et le fait d'être consciencieux (évaluation plus favorable et coping centré sur le problème).
- c) *Les déterminants situationnels et transactionnels du coping* : l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques de l'environnement (nature de l'événement, durée, contrôlabilité du stressor, aide extérieure, etc).

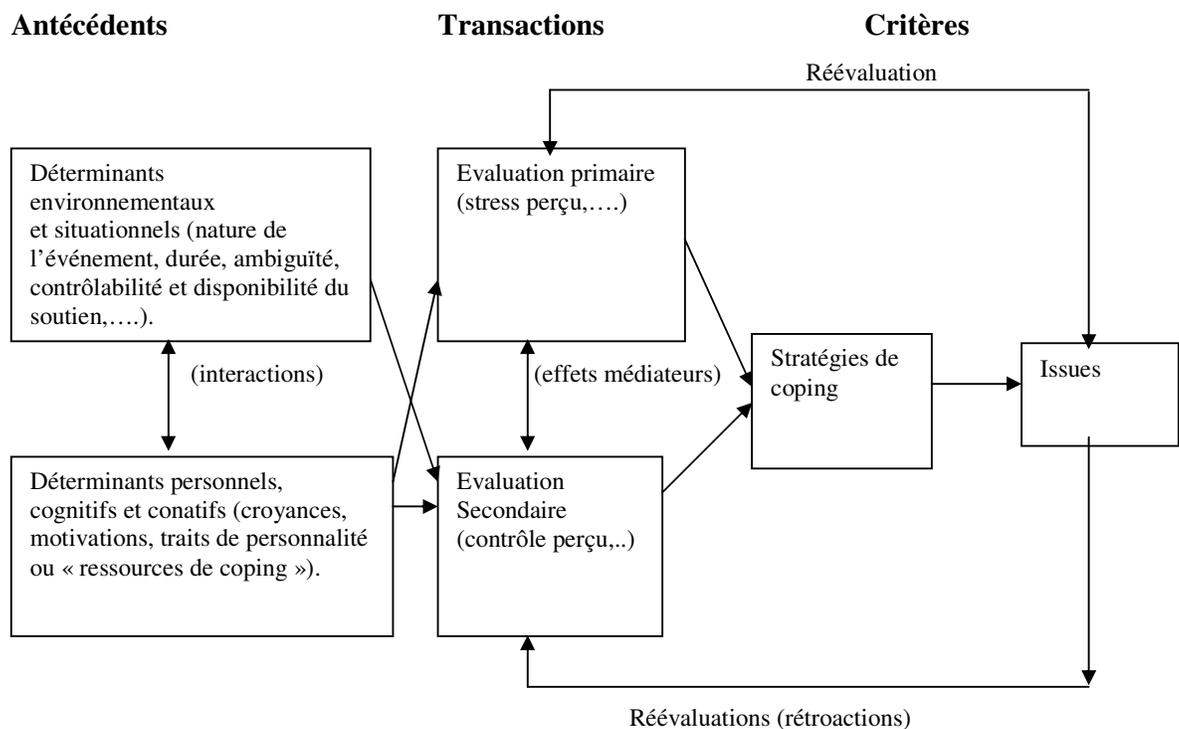


Figure 10 : Les étapes et les déterminants du processus de coping (effets principaux, interactions, effets médiateurs, rétroactions)²¹

²¹ ibid. p. 74.

En conclusion, géré correctement, le stress est positif. Il permet d'appréhender la situation de manière adéquate et dans le calme ainsi que d'effectuer les séquences de réanimation à bonne cadence. Malheureusement, le « mauvais » stress, qui peut être ressenti dans le cas de rares réanimations, est souvent synonyme de confusions, d'erreurs et d'oublis.

3.4 La formation continue

La formation continue est une aide à maintenir et renforcer ses connaissances et compétences professionnelles. Elle a également pour but de préparer l'infirmière à faire face à des situations stressantes et l'aider à mettre en place des stratégies pour évoluer. On peut noter comme exemple du bénéfice à participer régulièrement à la formation continue lors d'une réanimation cardio-pulmonaire, l'amélioration de la gestion du temps et de l'organisation, le développement de la confiance en soi et la meilleure maîtrise des techniques de réanimation et du matériel.

La maîtrise des techniques de réanimation est donc indispensable pour garantir la meilleure prise en charge possible au patient. Toutefois, il a été démontré que dans les 4 mois qui suivent une formation en réanimation cardio-pulmonaire (RCP), encore 50 % des personnes sont capables de l'effectuer correctement, et dans les 6 mois, seulement 7 % sont capables de la pratiquer efficacement²². Il est donc important que l'infirmière ait une formation continue régulière pour s'entraîner à prendre en charge une RCP. Cependant, j'ai constaté lors de mes stages que la formation continue à la réanimation a souvent lieu une fois par année et qu'une faible proportion des infirmières y participe.

3.4.1 Types de formation continue

Si je me réfère au règlement sur la formation continue du Réseau Santé Valais (RSV) on distingue deux types de formation continue :

²² TARMINIAU, Frédéric. « Etude des connaissances et compétences du personnel infirmier d'un centre hospitalier universitaire après une formation de référents en Réanimation Cardio-Pulmonaire ». *Site de la Fédération nationale des infirmières de Belgique* [En ligne]. p. 2. Adresse URL : http://www.fnib.be/download/TAMINIAU_memoire.pdf (Page consultée le 05.03.2007).

- « **La formation permanente** : son but est de maintenir l'employé-e au meilleur niveau de compétences et de connaissances afin que le-la titulaire accomplisse au mieux la mission qui lui est confiée. La formation permanente s'organise si possible à l'intérieur des sites hospitaliers et est soutenue par une politique d'information. Elle comprend également les réunions et les différentes séances indispensables pour certaines fonctions (enseignement, échanges inter-hôpitaux, visites, expositions)²³ ».

- « **La formation de spécialisation** : son but est de permettre à l'employé-e d'acquérir les compétences correspondantes à la fonction pour laquelle il-elle a été engagé-e ou de lui permettre d'accéder à une fonction différente, respectivement à une fonction plus élevée dans la hiérarchie du RSV. L'obtention d'un diplôme ou d'un certificat atteste la réussite de cette formation²⁴ ».

L'hôpital a donc la responsabilité d'organiser et/ou financier la formation continue des salariés. Le programme de la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire varie d'un hôpital à l'autre. A l'hôpital de Martigny, la formation continue à la RCP pour les infirmières de l'étage est organisée une fois par année, mais sa participation est facultative. Le nouveau personnel commençant dans l'hôpital participe obligatoirement à un cours sur la RCP.

A l'hôpital de Sion, la formation continue à la RCP pour les infirmières de l'étage est également facultative. Le nouveau personnel commençant dans l'établissement bénéficie d'une séance d'information sur la procédure à suivre en cas de RCP mais pas de cours pratique.

3.5 Le debriefing psychologique et technique

Le debriefing psychologique est une prise en charge psychologique brève à l'intention des personnes traumatisées par une situation difficile. Son objectif est de prévenir la

²³ Réseau santé valais. « Règlement sur la formation continue ». Site RSV [En ligne]. p. 2. Adresse URL : http://www.rsv-gnw.ch/images/stories/pdf/bases_legales/formation_continue.pdf (Page consultée le 23.02.2007).

²⁴ ibid.

chronicisation des réactions normales au stress et de repérer rapidement les troubles qui nécessiteraient une prise en charge spécifique. Le but du debriefing technique est de reconstituer les faits de l'action, de tirer les leçons de l'engagement et d'améliorer la performance lors d'une prochaine RCP.

Le debriefing devrait avoir lieu tout de suite après l'action ou au plus tard dans les 72 heures. Il commence par une récolte de l'information avec seulement les personnes impliquées dans l'action, chacun doit donner sa version (comme il a vécu l'événement) et il ne doit pas y avoir de conclusion prématurée (pas de jugement de valeur).

3.5.1 Les 7 étapes du debriefing

Jeffrey Mitchell (1983) propose un schéma d'intervention en sept étapes bien définies prenant en compte les faits, les émotions et la dimension psychopédagogique. « *La plus grande partie de ce processus est destinée à repérer les réactions des participants et à leur proposer des techniques de gestion du stress utilisables à large échelle*²⁵ ».

- 1) Phase d'introduction : il s'agit d'informer sur le but du debriefing, les règles fondamentales et les principes de fonctionnement du groupe.
- 2) Phase de description : elle est centrée sur les éléments objectifs et s'articule autour des questions : qui ? quand ? quoi ? où ? que s'est-il passé ? Le participant est incité à décrire l'évènement, les faits vécus, leurs rôles et sa fonction pendant l'évènement traumatique.
- 3) Phase de réflexion : c'est l'étape de « transition » qui permet au participant d'aborder toutes les pensées et les questions à propos de l'évènement. Chacun redonne un sens à ses actions, à sa vision de la prise en charge et à ses pensées.
- 4) Phase de réaction : chaque participant va évoquer ses impressions et ses émotions éprouvées durant l'évènement. C'est dans cette phase qu'apparaît l'expression des émotions (pleurs, angoisse,...) ou au contraire le repli (culpabilité, frustration,...).

²⁵ PERREN-KLINGLER, Gisela. «Le debriefing psychologique à l'épreuve de la pratique : une adaptation du modèle de Mitchell» [En ligne]. Adresse URL : <http://www.institut-psychotrauma.ch/f/publikationen/psychdebrief.html> (Page consultée le 12.04.2007).

- 5) Phase des symptômes : chaque participant est invité à exprimer ce qui est différent dans son comportement depuis l'événement : sursauts, troubles du sommeil, troubles des conduites alimentaires, etc (debriefing psychologique).
- 6) Phase d'enseignement : le leader va résumer les faits importants, les émotions, pensées et impressions de tous les participants afin de les « normaliser ». Chacun tire des leçons de l'événement et de son action et élabore des stratégies pour y faire face dans le futur.
- 7) Phase de conclusion : c'est le temps des questions libres et de l'élaboration d'un plan d'action. Elle permet le retour à la réalité.

3.5.2 *Bénéfice du debriefing technique*

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai choisi de me centrer sur le debriefing technique vu que je me préoccupe des moyens pratiques qui permettraient d'aider l'infirmière à gérer son stress lors d'une RCP. Je vais donc laisser de côté les réactions émotionnelles engendrées par une RCP et par conséquent la pratique du debriefing psychologique.

Malgré de nombreuses recherches effectuées, je n'ai pas trouvé de documentation sur le bénéfice du debriefing technique lors d'une RCP. Peut-être que c'est une pratique trop nouvelle au sein de l'hôpital ou qu'au contraire, le debriefing technique n'est pas pratiqué à l'hôpital pour de multiples raisons (manque de temps, médecins pas disponibles, etc). ?

3.6 *Le chariot d'urgence*

La composition du chariot d'urgence diffère d'un hôpital à l'autre et parfois même d'un service à l'autre.

A l'hôpital de Martigny, il a été pris l'option que les infirmières de l'étage pratiquent uniquement l'ABC (airway-breathing-circulation) en cas de réanimation cardio-pulmonaire. Le chariot d'urgence est donc constitué du matériel d'oxygénation (ambu, masques jetables, manomètre à O²) et du matériel d'aspiration (tuyau et raccord mural,

bocal d'aspiration ainsi que 2 sondes rouges d'aspiration). Dans un deuxième temps, la valise de réanimation est amenée par les infirmières et les médecins des soins continus.

A l'hôpital de Sion, les services le J1 et le H3 ont également à leur disposition le même matériel qu'à Martigny et le chariot d'urgence est amené par le « team rea ». A noter que sur le chariot du H3 on peut trouver en plus du matériel pour prise de sang, un laryngoscope et canules de mayo (le risque majeur en oncologie est le choc anaphylactique). De plus, le J2 (service avec 10 lits de soins continus et 14 lits de cardiologie) bénéficie d'un chariot complet soit : matériel de ventilation et d'aspiration, médicaments d'urgence, défibrillateur avec scope ainsi que divers matériel (venflon, solutés, etc).

Il y a quelques années, l'infirmière bénéficiait d'un chariot d'urgence complet à l'étage. Actuellement, certains hôpitaux ont pris la décision de mettre à l'étage le strict minimum pour effectuer l'ABC. Cependant, je me pose quand même la question si le fait d'enlever certaines compétences à l'infirmière lors d'une RCP ne va pas également la démotiver à maintenir à niveau ses connaissances (savoir et savoir-faire). On revient également sur le fait que c'est une situation d'urgence et qu'il faut agir rapidement. Si par exemple, lorsque l'équipe de réa arrive à l'étage, l'infirmière a déjà posé les patchs et branché le défibrillateur, déjà quelques secondes sont gagnées pour la qualité de vie du patient.

Les différents éléments décrits ci-dessous concernant le chariot d'urgence devraient être systématiquement appliqués dans les services pour permettre à l'infirmière de se centrer sur la réanimation :

- Tout le personnel soignant doit connaître l'emplacement du chariot d'urgence et ce dernier devrait être présenté au nouveau personnel commençant dans le service y compris aux étudiants infirmiers. Si je me réfère à ma propre expérience, lors des 8 stages que j'ai effectués dans les hôpitaux, jamais personne ne m'a montré le chariot d'urgence ou m'en a parlé.
- Son emplacement ne doit pas changer et être accessible de tous (24H/24 et 365 jours par an).

- Son contenu ne doit pas être modifié. Il doit être régulièrement vérifié par les infirmières selon un tournus afin qu'elles puissent s'appuyer sur des réflexes et se centrer sur la réanimation.
- Les roues doivent être mobiles, pivotantes et munies de freins afin de faciliter sa manipulation.

Dans les services bénéficiant d'un chariot d'urgence complet, il devrait être vérifié de manière hebdomadaire, une fois par l'équipe de jour et une fois par l'équipe de nuit, soit 2 fois/semaine. Ce contrôle, peut-être démesuré pour un service d'étage avec de rares réanimations, permettrait aux soignants de faire un tournus afin que chacun puisse **conserver une certaine mémorisation de son contenu** ainsi que diminuer le temps de recherche des drogues et du matériel lors d'une réanimation cardio-pulmonaire. Une check-list devrait être remplie et signée par l'infirmière ayant effectué la vérification du chariot afin d'avoir un suivi.

4. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

En me référant à ma question de recherche « *Pourquoi les moyens, comme la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire, la vérification et l'entraînement à l'utilisation du matériel contenu dans le chariot d'urgence ainsi que la pratique du debriefing technique, sont-ils peu utilisés par l'infirmière de l'étage, alors qu'ils permettraient une meilleure gestion du stress lors d'une RCP ?* », j'ai élaboré les quatre hypothèses ci-dessous.

- **La participation de l'infirmière à la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire est facultative et réalisée en dehors des heures de travail.**

Cette hypothèse va me permettre de comprendre les raisons de la mauvaise fréquentation à la formation continue. En effet, le fait qu'elle soit obligatoire ou facultative dans l'établissement et qu'elle ait lieu pendant ou en dehors des heures de travail peut avoir une grande influence sur la participation.

- **L'infirmière de l'étage estime que sa participation à la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire tous les 2 ans est suffisante pour maintenir ses compétences et la qualité de sa prise en charge à niveau.**

Par cette hypothèse, j'aimerais me rendre compte de l'avis de l'infirmière quant à ses besoins en formation continue : à quelle fréquence (mois) les cours devraient être organisés pour l'aider à maintenir ses compétences et quel contenu de cours (théorie, pratique, mise en situation, etc) lui serait nécessaire.

- **Le debriefing technique après une réanimation cardio-pulmonaire est rarement pratiqué à l'étage.**

Par cette affirmation, j'aimerais percevoir les raisons de la mauvaise utilisation du debriefing à l'étage : par exemple est-ce un manque de temps de la part des infirmières et des médecins, une méthode qui n'est pas pratiquée dans l'établissement ou le service, un procédé qui ne semble pas être utile pour le soignant ou pas connu, etc.

- **La vérification du chariot d'urgence est faite par l'ICUS (infirmier chef d'unité de soins) une fois par mois.**

Par cette hypothèse, je pars de l'idée que l'infirmière à l'étage est très peu impliquée dans la vérification du chariot d'urgence. Elle se sentira donc très peu concernée à s'entraîner à utiliser le matériel contenu dans le chariot d'urgence et à observer fréquemment les modifications apportées à son contenu.

5. MÉTHODOLOGIE

Dans les quelques pages qui vont suivre, je vais expliquer la méthodologie que j'ai appliquée pour réaliser mon travail de recherche.

5.1 Méthode choisie

J'ai utilisé l'approche de recherche d'investigation descriptive qui vise à contenir une information de nature privée, en interrogeant des personnes. Cette méthode décrit des objets, des faits, des événements, des comportements et aide à comprendre la réalité ou à proposer une explication plausible à des phénomènes observés.²⁶

De plus, j'ai choisi une méthode quantitative sous forme de questionnaire. Cette technique à l'avantage d'être rapide et simple, de pouvoir interroger un plus grand nombre de personnes, d'avoir un support écrit pour l'analyse ainsi que d'acquérir une information standardisée et comparable.

5.2 Echantillonnage

Pour réaliser mon échantillonnage, j'ai porté mon choix sur les infirmières travaillant dans les services de médecine, étant donné que l'on dénombre environ une réanimation cardio-pulmonaire par année dans un service de chirurgie pour dix dans un service de médecine. A noter que je n'ai pas inclus dans ma recherche les infirmières travaillant dans les services de gériatrie, puisque souvent aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise (not to be resuscitated). De plus, les infirmières travaillant aux urgences et aux soins intensifs n'ont pas été prises en compte dans mon travail, puisqu'elles sont bien préparées aux RCP (formation continue fréquente, pratique du debriefing technique, tournus pour la vérification du chariot d'urgence, etc). Pour la distribution de mon questionnaire, je me suis donc centrée sur les services de médecine de l'hôpital de Sion (soins aigus avec une plus forte probabilité d'avoir des ACR), soit le J1 (service de néphrologie), le J2 (service de cardiologie avec des soins continus) et le H3 (service d'oncologie) ainsi que les services de médecine I et II de l'hôpital de Martigny.

Mon échantillonnage se base sur la distribution de 98 questionnaires, soit 12 dans le service de médecine I et 17 en médecine II pour l'hôpital de Martigny ainsi que 20 au

²⁶ SAUMIER, Alain. *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines (IPMSH)* [En ligne]. Adresse URL : <http://ww2.college-em.qc.ca/prof/asaumier/msh/ndc/ndch05/NDC7HTML/NDC7cHTML/ndc7c.html> (page consultée le 09.07.2007).

J1, 26 au J2 et 23 au H3 pour l'hôpital de Sion. A noter que j'ai distribué mon questionnaire à toutes les infirmières travaillant dans chaque service.

5.3 Construction du questionnaire²⁷

Pour la réalisation de mon questionnaire, je me suis basée sur mes hypothèses de recherche construites dans le but de répondre à ma question de recherche. Pour chacune de ces hypothèses, j'ai émis plusieurs objectifs puis pour chaque objectif j'ai réalisé une question.

Mon questionnaire comptait trente-trois questions réparties en 5 thèmes :

- A) **Données personnelles** : questions qui vont me permettre de déterminer dans quel service l'infirmière travaille, son expérience professionnelle, si elle a déjà travaillé dans un service d'urgence ou de soins intensifs et également si elle a déjà pratiqué une RCP.
- B) **La formation continue** : questions qui vont m'aider à déterminer si la formation continue est obligatoire ou facultative à l'étage ainsi que la fréquentation des infirmières et leurs besoins (fréquence des cours, contenu du cours).
- C) **Le debriefing technique** : questions destinées à savoir si les étages utilisent cette technique après une RCP.
- D) **Le chariot d'urgence** : questions qui vont me permettre de découvrir si l'infirmière connaît l'emplacement et le matériel contenu dans le chariot d'urgence, mais également si elle s'entraîne régulièrement à utiliser ce dernier en dehors des RCP.
- E) **Votre avis** : questions ouvertes destinées à connaître l'avis des infirmières sur l'utilisation des différents moyens décrits ci-dessus, si elles en retirent un bénéfice et si elles utilisent d'autres moyens pour diminuer leur stress lors d'une RCP.

Mon questionnaire était constitué de questions fermées et à choix multiples. J'ai également réalisé quelques questions ouvertes afin d'avoir des réponses plus précises et me permettre d'établir une analyse aussi qualitative.

²⁷ Cf. annexe B.

5.4 Déroulement du questionnaire

A la fin janvier 2007, Mme Jenzer directrice des soins infirmiers du RSV, a donné son accord pour la distribution des questionnaires dans les différents hôpitaux. Une fois mon questionnaire terminé et validé par ma directrice de mémoire, j'ai donc pris contact avec Mme Bouchard, directrice des soins infirmiers de l'hôpital de Sion qui m'a reçue le 14 février 2007. Après avoir obtenu son accord, j'ai rencontré Mme Favre, ICUS du J1, M. Sinnaeve, ICUS du J2, et Mme Giroud, ICUS du H3 à l'hôpital de Sion. Ces derniers m'ont donné leur autorisation pour la distribution des questionnaires dans leur service.

Pour l'hôpital de Martigny, j'ai rencontré tout d'abord le 9 février 2007 Mme Petremand, infirmière-chef. Elle m'a également donné son accord et j'ai rencontré le 16 février 2007 Mme Dayer, infirmière praticienne formatrice dans le service de médecine I, et Mme Flückiger, ICUS du service de médecine II. Elles m'ont donné leur autorisation pour la distribution des questionnaires dans leur service.

C'est le 24 février 2007 que j'ai distribué mes 98 questionnaires répartis dans les services de médecine des hôpitaux de Sion et de Martigny. J'ai accompagné mes questionnaires d'une lettre²⁸ expliquant le thème et le but de mon travail de mémoire. Un délai de deux semaines était imparti aux infirmières pour répondre au questionnaire. Il s'agissait de leur accorder suffisamment de temps pour répondre au questionnaire, ni trop cependant par crainte qu'elles oublient de le faire.

J'ai récolté le 9 mars 2007, 73/98 questionnaires en retour soit : 13/20 questionnaires au J1, 21/26 au J2, 18/23 au H3, 12/17 en médecine II et 9/12 en médecine I.

Les informations recueillies m'ont été précieuses pour la suite de mon travail et j'ai été surprise en bien par le nombre de réponses obtenues, m'étant fixée au départ de mon travail d'avoir un 50 % de réponse. Ce résultat démontre que mon questionnaire de recherche était pertinent et intéressait réellement les infirmières de l'étage. De plus, j'ai eu plusieurs remarques d'encouragement quant au thème choisi, ce qui m'a redonné du courage pour la suite de mon travail.

²⁸ Cf. annexe C.

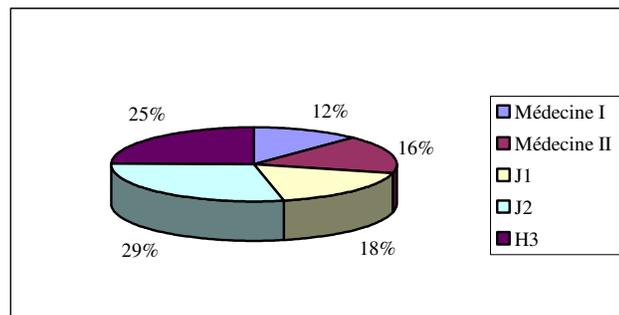
6. ANALYSE

Pour présenter les résultats de mes questionnaires, j'ai décidé de les mettre sous forme de graphique avec les pourcentages, méthode qui me semblait la plus parlante.

Les résultats ont été analysés selon la chronologie du questionnaire, soit dans une première partie les données personnelles, puis la formation continue, le debriefing technique, puis le chariot d'urgence. Je vais tout d'abord analyser chaque question pour elle-même, puis à l'aide du programme Stat View je vais observer s'il existe des relations significatives entre elles. Finalement, je terminerai par une synthèse de chaque thème.

6.1 Données personnelles

Dans quel service travaillez-vous ? (n²⁹ = 73)

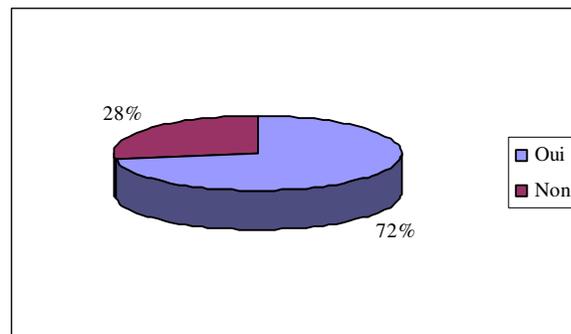


graphique 1 : Dans quel service travaillez-vous ?

29 % des réponses obtenues à mon questionnaire proviennent du J2, 25 % du H3, 18 % du J1, 16 % de la médecine II et 12 % de la médecine I. Ce qui représente, en fonction du nombre d'infirmières travaillant dans le service, un 80 % de réponses au J2, un 78 % au H3, un 65 % au J1, un 71 % en médecine II et un 75 % en médecine I. Je peux donc constater que mon échantillon est significatif.

²⁹ « n = » : équivalait au nombre de personnes ayant répondu à la question

Avez-vous déjà pratiqué une RCP ? (n = 72)



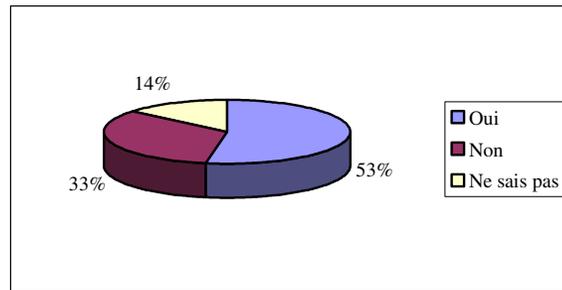
graphique 2 : Avez-vous déjà pratiqué une RCP ?

72 % des infirmières interrogées ont déjà pratiqué une RCP durant leur pratique professionnelle, contre 28 % qui n'en ont jamais eue. Les 52 infirmières ayant répondu à l'affirmative à cette question devaient se prononcer sur le nombre réel de RCP déjà effectuée durant leur carrière. La moyenne s'élève à 3,5 RCP par infirmière avec une pratique professionnelle moyenne de 9 ans ½. Je peux également estimer le nombre de RCP en une année pour chaque service en me limitant bien entendu aux nombres de réponses obtenues : au H3 4 RCP, au J2 10 RCP, en médecine I 2 RCP, en médecine II 1 RCP et au J1 6 RCP. A relever que le J2, service de cardiologie, est celui qui a le plus de réanimations par année. En effet, comme mentionné dans mon cadre de référence, 80 % des patients réanimés après un ACR présentent des lésions lors de la coronarographie. Je peux également constater qu'une infirmière n'a jamais eu de RCP en 21 ans de pratique professionnelle ! A la question « à quand remonte la dernière RCP à laquelle vous avez participé », la moyenne se situe à 2 ans, avec une valeur minimum à 1 mois et une valeur maximum à 10 ans.

De plus, on peut également confirmer le peu de pratique réelle de l'infirmière à la réanimation cardio-pulmonaire et le haut niveau de stress auquel elle peut être confrontée, vu le peu d'ACR à l'étage

6.2 La formation continue

La formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire dans votre service est-elle obligatoire ? (n = 72)

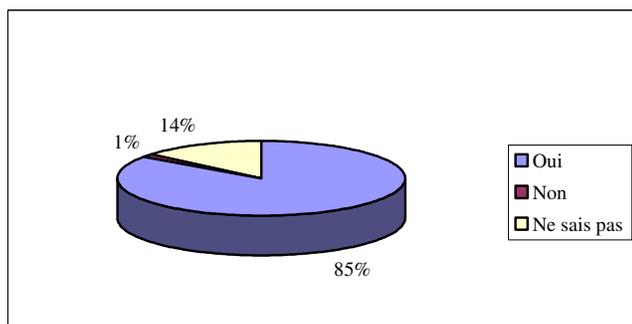


graphique 3 : La formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire dans votre service est-elle obligatoire ?

53 % des infirmières affirment que la formation continue à la RCP est obligatoire dans leur service contre 33 % qui répondent qu'elle est facultative, finalement 14 % ne savent pas.

Si je me réfère aux différentes informations que j'ai pu obtenir, la formation continue à la RCP dans les hôpitaux de Sion et de Martigny est facultative, sauf pour le nouveau personnel commençant dans l'établissement. Dans un deuxième temps, j'ai fait une comparaison entre les infirmières qui prétendent que la formation continue est obligatoire et leur participation à celle-ci, et les infirmières qui pensent qu'elle est facultative ou ne savent pas. Je peux donc constater que le fait de croire que la formation continue est obligatoire augmente la participation de l'infirmière aux cours. De plus, une infirmière relève : « *Que la formation soit rendue obligatoire pour tout le monde 1 x/an afin que tout le monde sache quoi faire lors de la réa* ». Ce dernier argument me paraît une solution intéressante à envisager afin d'une part de garantir à l'infirmière de pouvoir y participer une fois/année et d'autre part dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge de la RCP. Cependant, je suis quand même interpellée par le fait de devoir rendre une formation obligatoire pour avoir une meilleure participation. Que fait l'infirmière de sa responsabilité à s'autoformer et à maintenir ses compétences !

Le cours de formation continue à la RCP est-il considéré comme temps de travail ?
(n = 72)

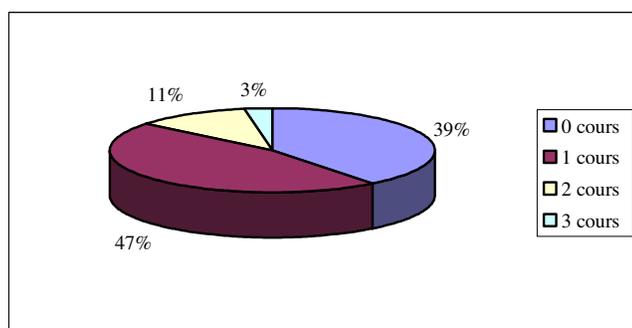


graphique 4 : Le cours de formation continue à la RCP est-il considéré comme temps de travail ?

85 % des infirmières répondent que la formation continue est considérée comme temps de travail, contre 14 % qui pensent le contraire.

En faisant la relation entre les personnes pensant que le cours est pris sur le temps de travail et leur participation à la formation continue, on remarque qu'elles y participent plus fréquemment que les infirmières considérant que le cours n'est pas compté comme temps de travail.

A combien de cours à la RCP avez-vous participé ces deux dernières années ? (n = 71)



graphique 5 : A combien de cours à la RCP avez-vous participé ces deux dernières années ?

47 % des infirmières ont participé à un cours à la RCP ces deux dernières années, 39 % des infirmières répondent n'avoir participé à aucun cours, 11 % à deux cours et 3 % à trois cours. Je peux également relever que sur les 33 infirmières ayant participé à un cours ces deux dernières années, 15 infirmières travaillent au J2. Ce dernier élément

démontre que les infirmières ayant plus souvent des RCP ressentent le besoin de participer à la formation continue.

De plus, je peux constater que 61 % des infirmières se sentent concernées par la participation à la formation continue à la RCP étant donné qu'elles ont participé à au moins un cours ces deux dernières années. Seulement 14 % des infirmières ont bénéficié d'au moins un cours par année. Je ne peux relever aucune corrélation entre le fait de ne jamais avoir eu de RCP et de ne pas participer à la formation continue. De plus, aucune distinction ne peut être faite entre les personnes n'ayant jamais participé à la formation continue ces deux dernières années et : les années de pratiques professionnelles, le temps de travail dans le service, le pourcentage de travail et la date de la dernière RCP pratiquée.

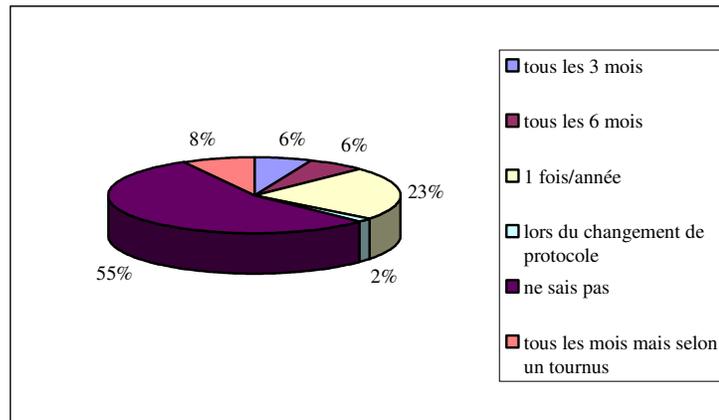
De plus, si je me réfère à mon cadre de référence, il a été démontré que dans les 6 mois qui suivent une formation en RCP, **seulement 7 % des personnes** sont capables de l'effectuer en toute sécurité et efficacement³⁰. En outre, *«plusieurs auteurs ont ainsi montré que des personnes formées correctement aux gestes de bases de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) se révélaient souvent incapables, après quelques mois, de répéter efficacement les gestes et les algorithmes enseignés»*. *« La qualité de la RCP correspondait souvent, après un délai de six mois à une année, au niveau mesuré en l'absence de toute formation »*.³¹

Au vu des quelques lignes précédentes, je pense donc que si l'infirmière veut être pleinement efficace lors d'une RCP, elle doit participer au minimum une fois par année voire encore mieux tous les 6 mois à la formation continue à la RCP. Il en découlera une meilleure gestion du stress de l'infirmière en maîtrisant pleinement les manœuvres de réanimation et les algorithmes. Dans un article du Nouvelliste du 20 mars 2007, le Dr Fischmann, médecin-chef des urgences de l'hôpital de Sion disait : *« Le stress est généré par des situations qu'on ne domine pas »*.

³⁰ TARMINIAU, Frédéric. op. cit. p. 2.

³¹ CARRON, Pierre-Nicolas. op. cit. p. 16.

La formation continue à la RCP dans votre hôpital est organisée à quelle fréquence ?
(n = 62)

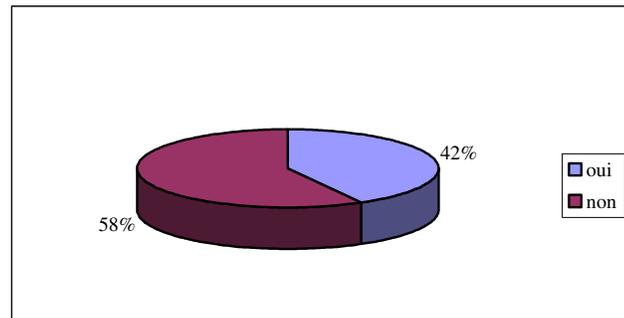


graphique 6 : La formation continue à la RCP dans votre hôpital est organisée à quelle fréquence ?

55 % des infirmières ne savent pas à quelle fréquence la formation continue à la RCP est organisée, 23 % répondent qu'elle a lieu une fois/année, 8 % tous les mois mais que les infirmières peuvent y participer à tour de rôle, 6 % tous les 3 mois, 6 % tous les 6 mois et finalement lors 2 % lors du changement de protocole.

Après comparaison, je peux affirmer de manière significative que les personnes ne connaissant pas la fréquence des cours de formation continue (55 %) y participent moins (34 infirmières ne connaissaient pas la fréquence et 16 d'entre elles n'ont pas participé à la formation continue ces deux dernières années, contre 28 infirmières connaissant la fréquence et seulement 8 n'ayant jamais participé aux cours). Je peux donc émettre l'hypothèse que l'information des dates de cours de formation continue passe mal dans les étages. Une infirmière a écrit : « *peut-être que la formation continue est faite régulièrement mais l'information ne suit pas* ». Il est donc important que les responsables de la formation continue des hôpitaux de Sion et de Martigny veillent à bien passer l'information des dates de cours. Par exemple, en informant les ICUS des différents services et en affichant une feuille d'information assez tôt dans le service. Une autre solution serait de mettre le programme des cours dans l'enveloppe du décompte de salaire que l'infirmière reçoit tous les mois, ce qui aurait un effet plus personnalisé et l'infirmière se sentirait peut-être plus concernée.

Estimez-vous que les cours de formation continue à la RCP sont proposés à une fréquence suffisante ? (n = 62)

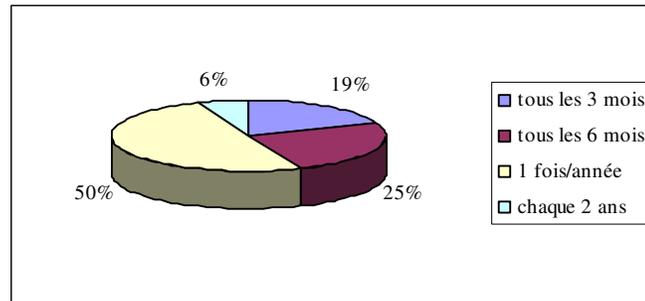


graphique 7 : Estimez-vous que les cours de formation continue à la RCP sont proposés à une fréquence suffisante ?

58 % des infirmières considèrent que les cours de formation continue à la RCP ne sont pas proposés suffisamment fréquemment et 42 % sont satisfaits de la fréquence.

Je vais relever quelques phrases citées par des infirmières : « *On n'a pas forcément la possibilité de participer aux cours sur la RCP car les dates des cours arrivent tard (soit on travaille, soit on a déjà qqch en-dehors). Si la fréquence des cours augmente, la possibilité pour nous d'y assister augmente également* », « *il est nécessaire d'avoir au moins toutes les années un rappel car les réas ne sont pas fréquentes et l'on peut oublier les gestes essentiels à faire* », « *les cours de formation continue sont proposés une fois/mois mais seulement 2 personnes du service peuvent y participer. Ce qui fait que nous y allons seulement une fois par année. Je pense qu'on devrait y aller au moins 2 x/année. On n'en a pas assez mais c'est utile* ». De plus, il a été relevé par quelques infirmières que vu le nombre d'employés élevés, il est difficile que tout le monde puisse suivre les cours. Il est donc important que les infirmières reçoivent un plus grand éventail de dates de cours et plus tôt, afin d'avoir la possibilité de s'organiser pour y participer.

A quelle fréquence les cours de formation continue à la RCP vous serait nécessaire ?
(n = 32)

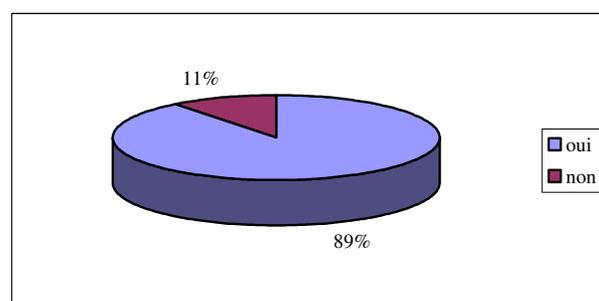


graphique 8 : A quelle fréquence les cours de formation continue à la RCP vous serait nécessaire ?

Les infirmières n'étant pas satisfaites de la fréquence d'organisation des cours de formation continue à la RCP devaient se prononcer quant à leurs besoins. 50 % des soignants aimeraient participer aux cours une fois/année, 25 % tous les 6 mois, 19 % tous les 3 mois et 6 % tous les 2 ans.

On peut donc remarquer que ces infirmières désireraient participer aux cours 1 à 2 fois/année, ce qui est déjà mis en place dans les différents hôpitaux. Par contre, vu le nombre important d'infirmières, il n'est pas possible pour toutes d'y participer pour multiples raisons que je peux supposer : vacances, mauvaise information des dates, surcharge de travail dans le service, autre rendez-vous le jour là, etc. Cependant, on ressent quand même au vu des réponses, une certaine motivation des infirmières à participer aux cours. On revient donc sur le fait qu'un plus grand choix de dates leur permettrait d'y assister au moins une fois par année, ce qui serait un bénéfice et indispensable pour le maintien de leurs compétences.

Le contenu du cours répond-il à vos besoins et à vos attentes ? (n = 57)

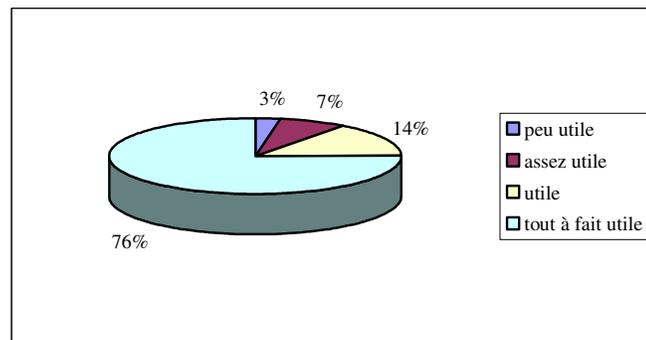


graphique 9 : Le contenu du cours répond-il à vos besoins et à vos attentes ?

89 % des infirmières sont satisfaites du contenu du cours et 11 % ne le sont pas.

La plupart des infirmières sont satisfaites du contenu du cours, alternant théorie et pratique. Les infirmières n'étant pas satisfaites pouvaient donner leur avis. Les différents commentaires que j'ai pu ressortir sont les suivants : « Cours assez court », « Il n'a pas répondu à toutes les situations qui nécessitent des aides spécifiques », « Il y a 2 cours de Réa différents : avec anesthésiste et avec SI. Avec l'anesthésiste, le cours est intéressant mais purement théorique (pas de massage). Avec les SI, la liste d'attente est longue pour participer, n'ai pas eu la chance d'y participer encore », « manque de pratique », « parce que le seul cours que j'ai eu au RSV a été de regarder une présentation vidéo, pas de pratique ».

Évaluez l'utilité de la formation continue afin de diminuer votre stress lors d'une RCP
(n = 69)

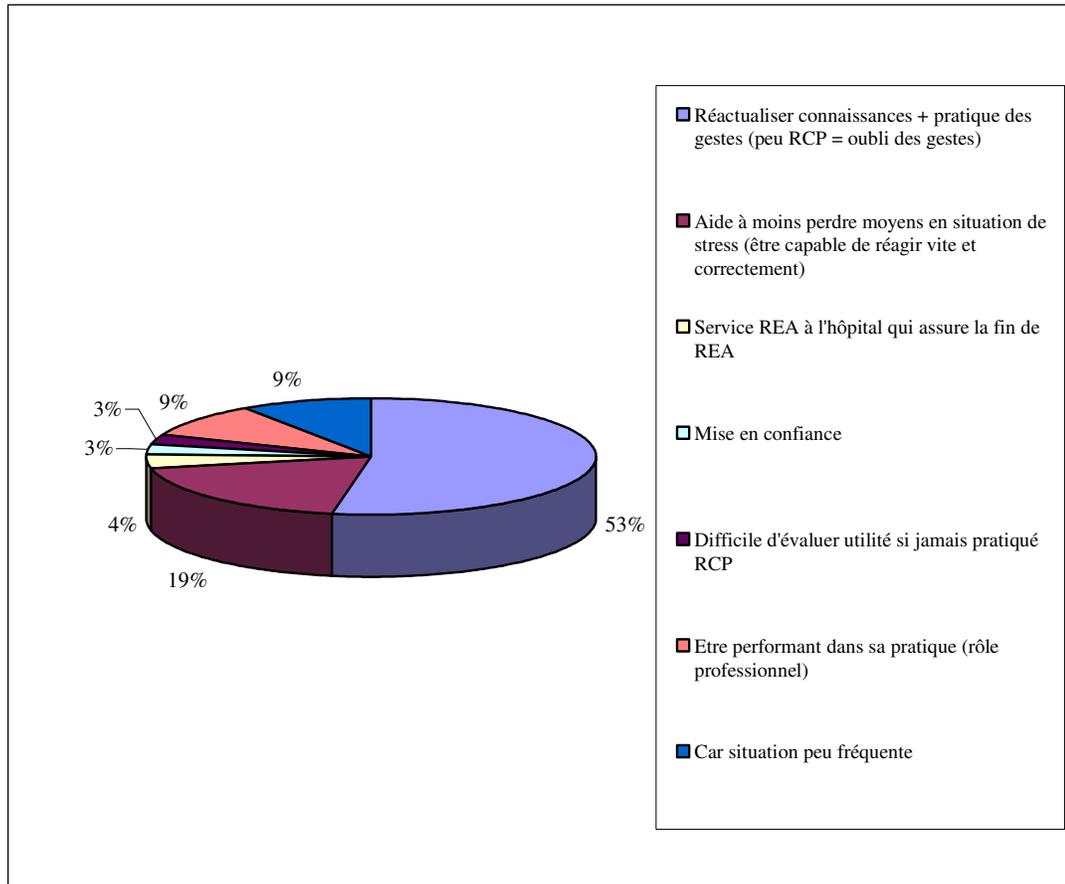


graphique 10 : Évaluez l'utilité de la formation continue afin de diminuer votre stress lors d'une RCP

76 % des infirmières jugent tout à fait utile la participation à la formation continue afin de diminuer son stress lors d'une RCP, 14 % la juge utile, 7 % assez utile et finalement 3 % peu utile.

On peut donc en conclure que la majorité des infirmières adhère au fait que la formation continue est un moyen pour elles de diminuer leur stress lors d'une RCP. Bien évidemment, comme expliqué plus haut, pour que ce procédé soit pleinement bénéfique pour le soignant, l'infirmière devrait au moins y participer une à deux fois par année. De plus, l'infirmière devrait pouvoir s'entraîner à pratiquer les gestes de réanimation, vu que dans l'urgence les gestes comptent plus que la théorie !

Expliquez votre choix sur la formation continue (n = 52)



graphique 11 : Expliquez votre choix sur la formation continue

Les infirmières avaient la possibilité de m'expliquer dans une question ouverte en quoi la participation régulière à la formation continue pouvait les aider à diminuer leur stress lors d'une RCP. Dans le graphique ci-dessus, j'ai catégorisé leurs réponses. Dans 53 % des situations, la formation continue leur permet de réactualiser leurs connaissances ainsi que pratiquer les gestes de réanimation, dans 19 % elle aide à moins perdre les moyens en situation de stress en les aidant à réagir vite et correctement, dans 9 % du fait que la RCP est peu fréquente, dans 9 % permet d'être performant dans sa pratique (rôle professionnel), dans 4 % les infirmières relèvent la présence du service de Réa à l'hôpital qui prend en charge la fin de la réa, dans 3 % il est difficile d'évaluer son utilité vu que les infirmières n'ont jamais pratiqué de RCP et finalement dans 3 % elle permet de mettre les infirmières en confiance.

Je vais relever quelques citations : « *Comme on ne pratique pas souvent on oublie vite les techniques. De plus en situation de stress on perd encore plus de moyens, donc très important de répéter les gestes* », « *Pour réévaluer ses connaissances, diminuer le stress, rester le + efficace possible en cas d'urgence* », « *Le peu de réanimation que je vis fait que j'oublie d'une fois à l'autre. Une remise en mémoire des gestes et du déroulement du soins* ».

En résumé, on peut constater que le fait de réactualiser les connaissances et de s'entraîner à pratiquer les manœuvres de réanimation aident les infirmières à moins perdre les moyens lors d'une RCP, à être plus performantes et à prendre confiance en elles, ce qui a pour conséquence de diminuer le mauvais stress en évitant les confusions, les erreurs et les oublis. Cependant, il a été relevé par quelques infirmières que le stress sera toujours présent lors d'une réanimation même en participant à la formation continue. Je suis tout à fait d'accord avec cette notion, le stress sera toujours là dans des situations d'urgence vitale. Comme relevé dans mon cadre de référence, le but des différentes réactions au stress est d'apporter plus rapidement et massivement de l'oxygène à nos organes nobles, afin d'augmenter notre degré de résistance et de gestion du stress. De plus, le fait de s'entraîner régulièrement à la RCP au travers de la formation continue peut être une stratégie d'adaptation (coping centré sur le problème) de l'infirmière pour remédier aux aspects négatifs de la situation stressante, afin de l'aider à être plus efficace et concentrée dans sa prise en charge.

6.2.1 Synthèse de la formation continue à la RCP

90 % des infirmières estiment utiles la participation à la formation continue afin de diminuer leur stress lors d'une RCP. Les arguments avancés sont les suivants : réactualisation des connaissances, pratique des gestes de réanimation, aide à moins perdre les moyens (réagir vite et correctement), mise en confiance, être plus performantes (rôle professionnel), être compétant dans sa profession.

Cependant, seulement 61 % des infirmières ont participé à au moins un cours ces deux dernières années.

Au travers des résultats obtenus, j'ai pu découvrir quelques raisons ayant une influence sur leur participation à la formation continue :

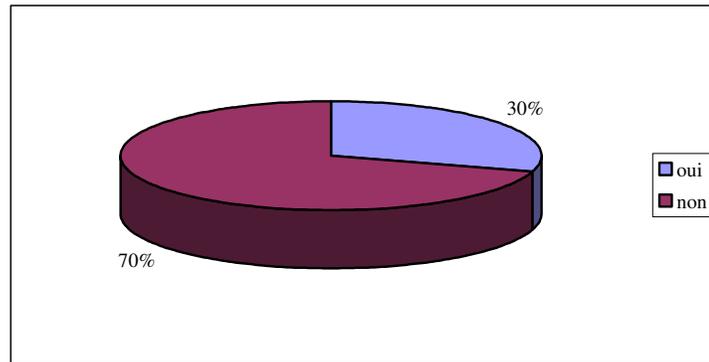
- Les infirmières qui pensent que les cours sont obligatoires et compris dans le temps de travail participent plus facilement à la formation continue. La rendre obligatoire serait une solution intéressante.
- Les personnes qui ne connaissent pas la fréquence des cours ont une moins bonne participation à la formation continue. L'information des dates de cours devrait mieux passer aux ICUS des différents services ainsi qu'aux infirmières de manière plus personnalisée (dans l'enveloppe du décompte de salaire par exemple).
- 58 % des infirmières estiment que les cours ne sont pas organisés à une fréquence suffisante. Elle demandent de participer aux cours 1 à 2 fois/année, avec un plus grand éventail de dates disponibles, afin qu'un plus grand nombre d'infirmières puissent y participer.

Par contre, la majorité des infirmières sont satisfaites du contenu du cours qui alterne le plus souvent théorie et pratique.

6.3 Le debriefing technique

Dans votre service, le debriefing technique après une RCP est-il pratiqué ?

(n = 64)

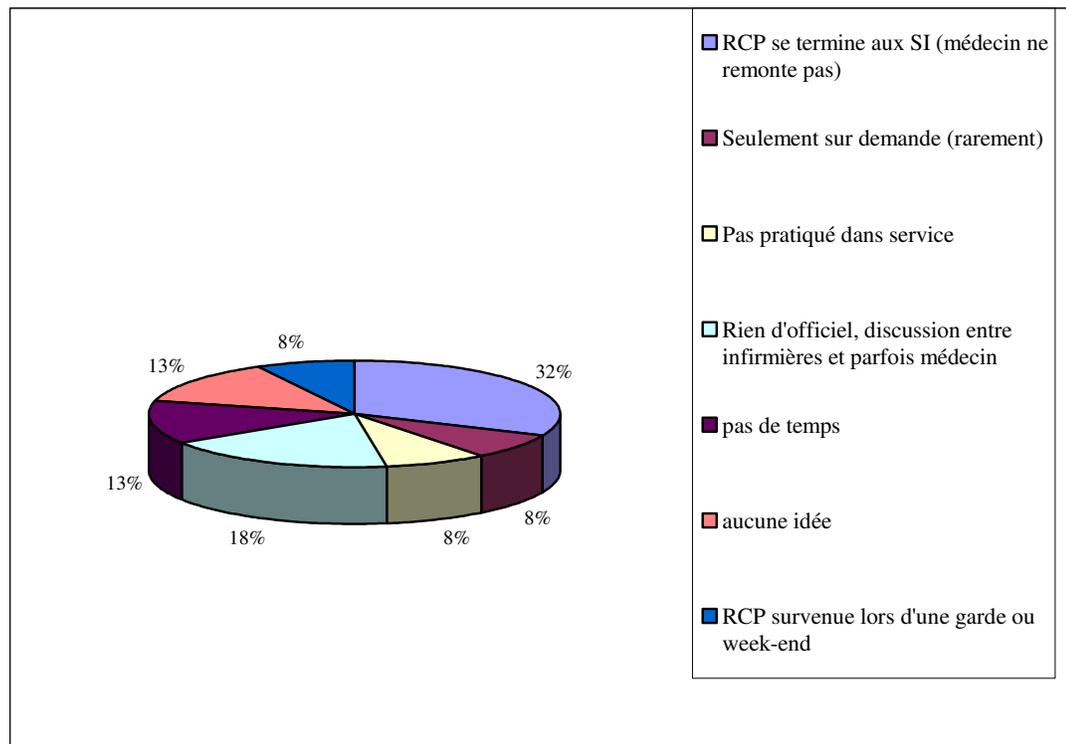


graphique 12 : Dans votre service, le debriefing technique après une RCP est-il pratiqué ?

70 % des infirmières ont répondu que le debriefing après une RCP n'est pas pratiqué dans leur service, contre 30 % qui le pratique.

Ces résultats démontrent que le debriefing technique n'est pas une pratique courante à l'étage. Rappelons que son but est de revoir l'action de chacun des participants à la réanimation dans le but de corriger ses erreurs et d'en tirer des leçons pour la prochaine fois. Je peux également constater qu'au J2, service ayant le plus souvent des RCP, le debriefing technique n'est pas pratiqué systématiquement (9 infirmières répondent que le debriefing technique est pratiqué sur 21). De plus, si je mets en parallèle les 19 infirmières qui bénéficient du debriefing technique après une RCP et leurs réponses quant à l'utilité de celui-ci, je peux en conclure qu'elles trouvent cette pratique tout à fait utile.

Pourquoi le debriefing technique après une RCP n'est pas pratiqué dans votre service ? (n = 38)



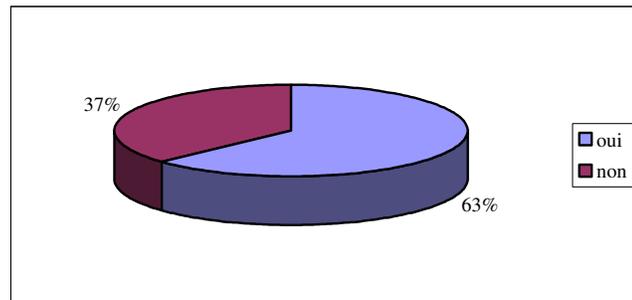
graphique 13 : Pourquoi le debriefing technique après une RCP n'est pas pratiqué dans votre service ?

Les différentes raisons invoquées par les infirmières du peu d'utilisation du debriefing technique à l'étage sont les suivantes : 32 % des infirmières expliquent que la réanimation se termine aux SI et que le médecin ne remonte pas pour faire un debriefing, 18 % d'entre-elles discutent avec ses collègues et parfois le médecins mais il n'y a rien d'officiel, 13 % répondent ne pas avoir le temps après une RCP, 13 % ne savent pas pourquoi le debriefing n'est pas pratiqué, 8 % la RCP était survenue durant le week-end ou lors d'une garde, 8 % le debriefing se fait sur demande (rarement) et finalement 8 % le debriefing n'est pas pratiqué dans le service.

Personnellement, je pense que le debriefing technique n'est tout simplement pas une habitude des services parce qu'il est encore méconnu et qu'il n'existe pas beaucoup d'études montrant son bénéfice. Cependant, lors d'un module à option en juillet 2006, j'ai suivi un cours sur le debriefing technique donné par un médecin-anesthésiste de l'hôpital de Sion. Il nous avait expliqué qu'il allait commencer à utiliser cette technique avec les infirmières après une RCP. De plus, on peut constater que 18 % des infirmières

discutent entre elles ou avec les médecins, ce qui est déjà un pas vers le debriefing technique.

Utilisez-vous systématiquement le debriefing technique après une RCP ? (n = 19)



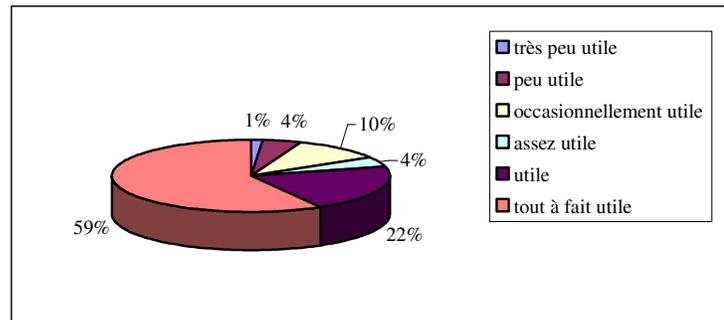
graphique 14 : Utilisez-vous systématiquement le debriefing technique après une RCP ?

Sur les 19 infirmières qui ont répondu à cette question, 63 % bénéficient systématiquement du debriefing technique après une RCP et 37 % pas toujours. Ces résultats appuient le fait que le debriefing n'est pas une pratique courante et que seulement 12 infirmières sur 19 bénéficient systématiquement du debriefing technique après une RCP.

Qui participe au debriefing technique ? (n = 19)

Sur les 19 infirmières ayant répondu à la question, le médecin a participé au debriefing technique avec 15 d'entre elles. On peut donc constater que lorsque le debriefing technique a lieu, la plupart du temps le médecin est présent, ce qui est positif pour avoir une vision globale de la prise en charge (rôle de chaque intervenant) et avoir un retour médical afin de valider la qualité de la prise en charge ou proposer des modifications à apporter pour les prochaines fois.

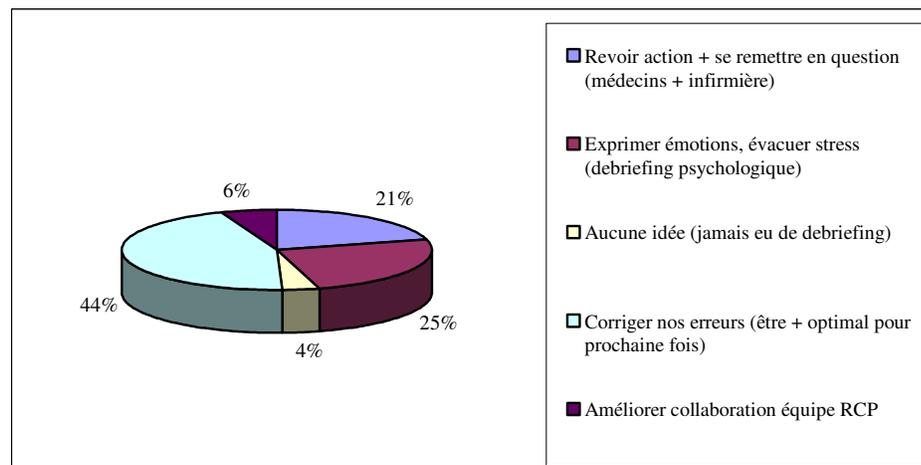
Evaluez l'utilité du debriefing technique afin de diminuer votre stress lors d'une RCP ?
 (n = 67)



graphique 15 : Evaluez l'utilité du debriefing technique afin de diminuer votre stress lors d'une RCP ?

59 % des infirmières estiment tout à fait utile la pratique du debriefing technique après une RCP afin de diminuer son stress lors d'une prochaine RCP, 22 % le considèrent utile, 10 % occasionnellement utile, 4 % assez utile, 4 % peu utile et 1 % très peu utile. Au travers de ces résultats, on peut donc en déduire qu'il serait intéressant que le debriefing technique soit pratiqué après une RCP, avec si possible la présence du médecin de l'équipe de Réa ou du médecin de l'étage. Si cette alternative n'est pas envisageable, l'équipe infirmière ayant participé à la RCP peut aussi se réunir afin de faire un bilan de l'intervention. Je pense également que c'est une habitude à instaurer dans les services afin qu'elle devienne systématique et que le soignant en retire un bénéfice ainsi que de l'assurance pour le futur.

Expliquez votre choix sur le debriefing technique (n = 62)



graphique 16 : Expliquez votre choix sur le debriefing technique

Les infirmières estiment que le debriefing technique leur permettrait de diminuer leur stress lors d'une RCP pour les raisons suivantes : 44 % pensent qu'il permet de corriger nos erreurs (être plus optimal pour la prochaine fois), 25 % afin d'exprimer ses émotions et évacuer le stress, 21 % revoir l'action et se remettre en question, 6 % améliorer la collaboration dans l'équipe de réa et 4 % aucune idée (jamais eu de debriefing).

Je vais relever quelques commentaires qui m'ont paru intéressant : *« Cela permet d'évacuer le ressenti, de s'expliquer et de s'améliorer. Lors de la seule réa que j'ai eue seule, l'intervention s'est mal passée, le team est arrivé après 10 min. et ne savait pas réagir et je n'ai eu aucun debriefing – très lourd à porter, baisse de moral et de confiance en l'équipe, sentiment de ne pas être pris en compte », « serait très utile, gérer le stress et être plus optimale si nouvelle RCP », « dans mon cas, je me suis senti vidé et comme ce fut ma "lère" je me suis demandé si j'avais été adéquat ou non dans ma prise en charge ».*

Il a été également fortement relevé par les infirmières leur besoin d'évacuer le stress et leurs ressentis après une RCP, de décompresser pour continuer la journée de travail. Beaucoup d'entre elles font la relation entre l'évaluation de ce qui s'est bien passé ou moins bien après une RCP pour les rassurer et diminuer leur stress : *« permet de corriger d'éventuelles erreurs, de consolider les connaissances et de diminuer le stress en sachant ce qui était bien et ce qui était moins bien ».*

Une infirmière des urgences a réalisé un travail, dans le cadre de la formation d'infirmière en soins d'urgences, sur *« Aux urgences, quand l'équipe soignante à mal au moral³² »*. Elle démontre le besoin des soignants de parler et de « ventiler » leurs émotions après une réanimation, afin de les soulager psychiquement et de pouvoir continuer la journée ou rentrer chez eux le cœur léger. Elle propose une alternative intéressante au débriefing psychologique qui est le defusing (désamorçage). Sa durée est moins longue que le debriefing psychologique et son but est de décharger les émotions, les ventiler, faire baisser la tension vécue par le groupe et le stress engendré par la

³² LUGAN, Christine. *Aux urgences, quand l'équipe soignante a mal au moral*. Sion : Ecole Valaisanne de soins infirmiers, 2002. 32 p.

situation. Par exemple, les infirmières des urgences de l'hôpital de Sierre se réunissent systématiquement après un événement traumatisant afin de réaliser un defusing.

6.3.1 Synthèse du debriefing technique

Seulement 30 % des infirmières ont répondu que le debriefing technique était pratiqué dans leur service mais pas toujours de manière systématique. Par contre, elles retirent un bénéfice positif à cette pratique.

80 % des infirmières répondent que le debriefing technique est un moyen qui leur permettrait de diminuer leur stress lors d'une RCP afin de revoir leur action et corriger leurs erreurs (bilan de ce qui s'est bien passé et moins bien passé), dans le but d'être plus optimal la prochaine fois et d'améliorer leurs réactions. Les conséquences à long terme de cette pratique seront une augmentation de la confiance en soi, une meilleure maîtrise de la pratique de la réanimation et une amélioration des compétences. Géré correctement le stress devient positif.

En conclusion, si on se réfère aux résultats relevés ci-dessus, les infirmières ressentent le besoin d'avoir après une RCP un debriefing technique, mais également un defusing ou au moins un temps d'écoute et de parole pour évacuer le stress vécu. Il serait donc intéressant d'instaurer cette pratique dans les services après une RCP.

6.4 Le chariot d'urgence

Où se trouve le chariot d'urgence dans votre service ? (n = 72)

Sur les 72 réponses que j'ai obtenues à cette question, seulement 4 infirmières n'ont pas su me dire où se trouve le chariot d'urgence dans leur service ou bien m'ont donné une mauvaise réponse. Ces résultats démontrent qu'elles sont au clair avec son

emplacement, ce qui évite qu'elles doivent le chercher lors d'une RCP, avec comme conséquence un stress supplémentaire et une perte de temps (attention timing court !).

Pouvez-vous me dire de quoi est constitué le chariot d'urgence dans votre service ?
(n = 70)

Pour commenter les résultats de cette question, j'ai mis les données obtenues dans le tableau ci-dessous, en indiquant le nombre de bonnes et de mauvaises réponses relevées, en me référant à la composition du chariot d'urgence dans le service concerné.

SERVICES	BONNES REPNSES	MAUVAISES REPNSES	% MAUVAISES REPNSES
J1	6	6	50 %
Médecine II	10	1	9 %
Médecine I	5	3	38 %
J2	21	0	0 %
H3	2	16	89 %

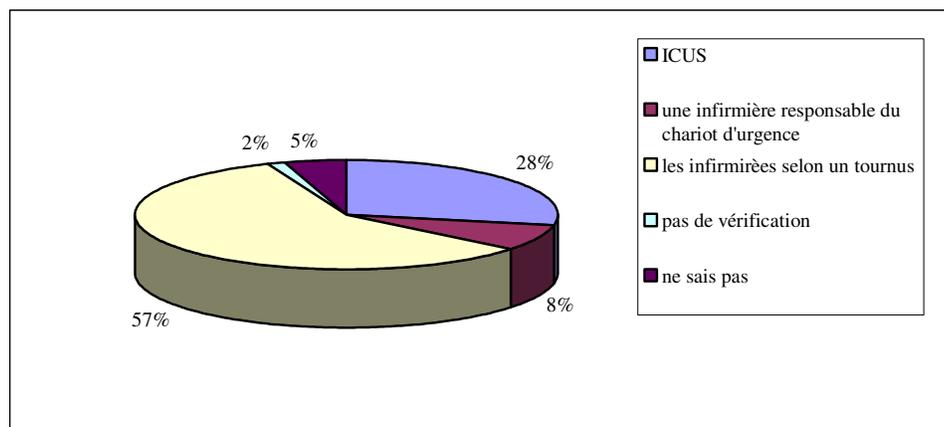
Figure 11 : Réponses obtenues dans les différents services sur la composition du chariot d'urgence

Je constate que toutes les infirmières ne sont pas au clair avec la composition du chariot d'urgence. Le J2 (100 % de réponses justes) et la médecine II ont une bonne notion de son contenu, à une rare exception. Par contre, on peut constater que la médecine I, le J1 et le H3 ont beaucoup de mauvaises réponses. 12 infirmières sur 18 au H3 m'ont indiqué que le chariot d'urgence contenait des médicaments et solutés d'urgence. Après vérification auprès de la responsable de la formation continue et de l'ICUS, elles m'ont confirmé que le chariot ne contenait pas de médicaments. Le service a de l'Adrénaline® dans sa pharmacie pour traiter un arrêt cardiaque ou un trouble du rythme en raison d'un choc anaphylactique sur produit de chimiothérapie.

Comme relevé dans mon cadre de référence, être au clair avec le matériel se trouvant sur le chariot d'urgence permet d'éviter d'être surpris et de paniquer lors d'une RCP

ainsi que de perdre du temps à chercher du matériel qui ne s’y trouve pas. Je vais relever cette phrase citée par une infirmière : *«Indispensable d’avoir un chariot avec le contenu correct et de savoir exactement comment on emploie le matériel et où il se trouve afin de ne pas stresser encore plus lors d’une réa »*. J’é mets l’hypothèse que les infirmières ne sont pas suffisamment informées des changements effectués au niveau du chariot d’urgence, vu que quelques soignants pensaient encore que le chariot était complet à l’étage. De plus, je pense que certaines infirmières manquent certainement de curiosité, qu’elles ne sont pas assez responsables du maintien de leurs connaissances et compétences professionnelles, vu que presque toutes les infirmières savent l’emplacement du chariot mais beaucoup ne connaissent pas totalement son contenu !

Qui vérifie le contenu du chariot d’urgence dans votre service ? (n = 64)



graphique 17 : Qui vérifie le contenu du chariot d’urgence dans votre service

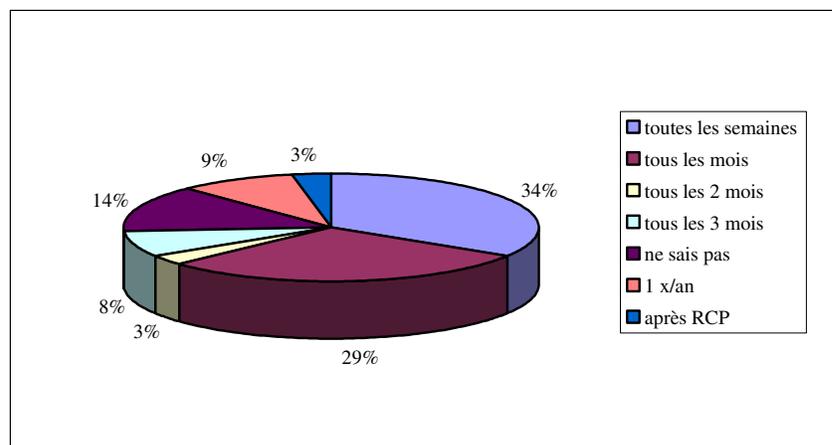
Dans 57 % des cas, la vérification du chariot d’urgence se fait selon un tournus, l’ICUS le vérifie dans 28 % des cas, dans 8 % des situations une infirmière est responsable du chariot d’urgence, dans 5 % les infirmières ne connaissent pas la pratique en vigueur dans le service et dans 2 % il n’y a pas de vérification.

Je constate qu’au J2, service bénéficiant d’un chariot d’urgence complet, les infirmières procèdent à un tournus pour vérifier le chariot d’urgence. Cette pratique est très importante pour conserver une certaine mémorisation du matériel, diminue le temps de

recherche du matériel et des drogues en cas d'urgence³³. Je peux également remarquer qu'elles connaissent parfaitement le matériel contenu dans le chariot d'urgence et qu'elles me répondent que cette pratique est tout à fait utile pour diminuer leur stress lors d'une RCP.

Au J1, 10 infirmières sur 13 me répondent que c'est les infirmières selon un tournus une fois par mois qui vérifient le chariot. Cependant, si je mets en corrélation leurs réponses sur la composition du chariot d'urgence, il est étonnant de se rendre compte que la majorité d'entre elles ne connaissent pas sa composition. Dans les autres services, je remarque une grande disparité des réponses ne me permettant pas d'évaluer la pratique du service.

A quelle fréquence est vérifié le chariot d'urgence ? (n = 65)



graphique 18 : A quelle fréquence est vérifié le chariot d'urgence ?

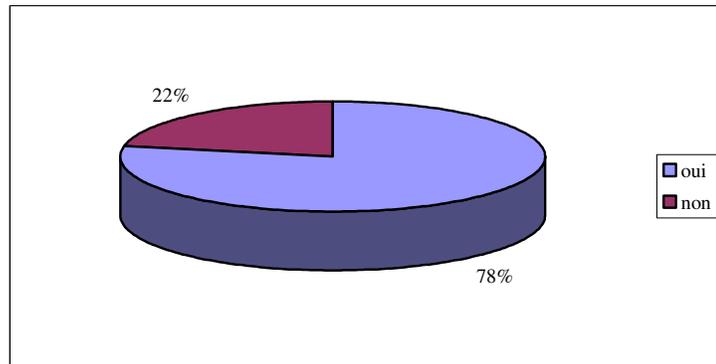
34 % des infirmières répondent que le chariot d'urgence est vérifié toutes les semaines, 29 % tous les mois, 14 % ne connaissent pas la fréquence, 9 % 1 x/année, 8 % tous les 3 mois et enfin 3 % tous les 2 mois.

J'observe que le J2 vérifie le chariot d'urgence de manière hebdomadaire, ce qui est une fréquence idéale. Je relève également que dans les autres services, le chariot d'urgence

³³ FORMAUX, Valérie. « Cours – réanimation – le chariot d'urgence ». *Site d'infirmiers.com* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/etud/cours/urgrea/chariotdurgence.php> (Page consultée le 27 octobre 2006).

se limite au matériel d'oxygénation et d'aspiration, ce qui demande un contrôle beaucoup moins régulier et rigoureux.

Le chariot d'urgence est-il présenté systématiquement à tout le nouveau personnel commençant dans le service ? (n = 68)

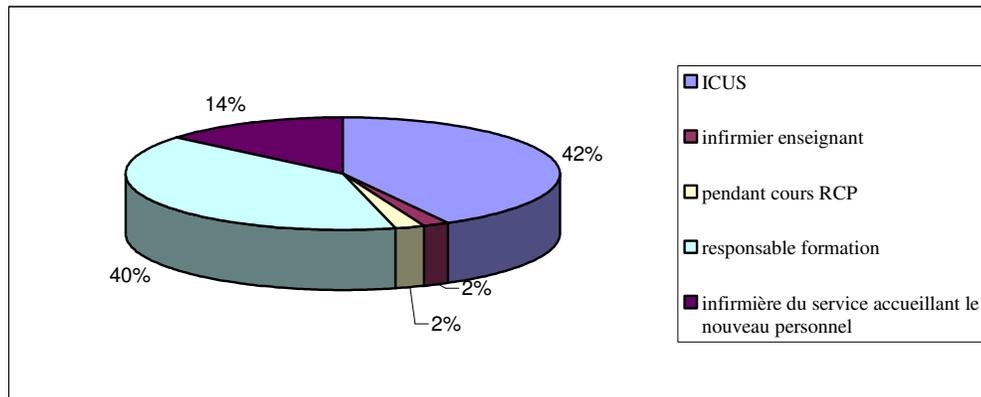


graphique 19 : Le chariot d'urgence est-il présenté systématiquement à tout le nouveau personnel commençant dans le service ?

78 % des infirmières affirment que le chariot d'urgence est présenté systématiquement au nouveau personnel, seulement 22 % disent le contraire.

Je me rends compte que dans la majorité des situations, le chariot est présenté au nouveau personnel, ce qui permet de préparer l'infirmière à une éventuelle réanimation, en évitant qu'elle soit démunie le jour J. Je vais toutefois émettre un petit bémol. Après avoir discuté avec d'autres étudiants et en me référant à mon expérience lors de mes stages, jamais aucune infirmière ne nous a présenté le chariot d'urgence. Peut-être parce que nous ne sommes que des étudiants ? Cependant, je pense que durant notre période de stage nous avons autant de probabilités à être confronté à une réanimation que les infirmières et que le chariot d'urgence devrait nous être présenté lors de la journée d'introduction.

Par qui le chariot d'urgence est-il présenté au nouveau personnel ? (n = 50)

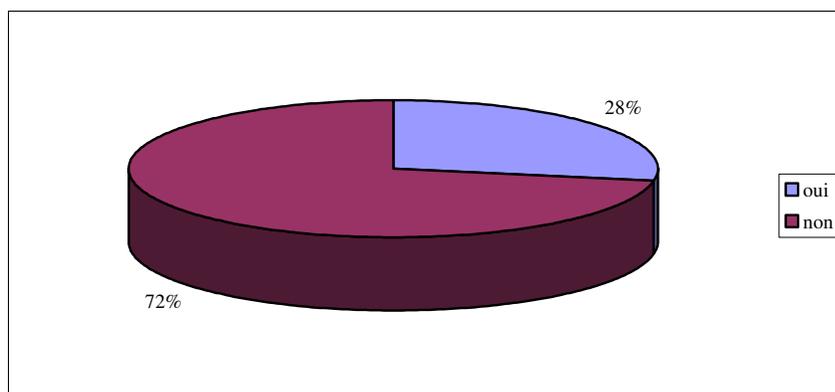


graphique 20 : par qui le chariot d'urgence est-il présenté au nouveau personnel ?

Dans 42 % des situations c'est l'ICUS qui présente le chariot d'urgence aux nouveaux collaborateurs, dans 40 % c'est le responsable de la formation, dans 14 % c'est une infirmière du service accueillant le nouveau personnel, dans 2 % le chariot est présenté pendant le cours de RCP et dans 2 % par l'infirmier enseignant.

Je constate que dans seulement 14 % des situations c'est une infirmière du service qui présente le chariot de réanimation et dans 44 % des situations c'est une personne qui ne travaille pas dans le service. Je pense que si les infirmières du service étaient plus impliquées dans la présentation du chariot d'urgence au nouveau personnel commençant dans le service, elles auraient une occasion supplémentaire d'être au point avec le contenu du chariot d'urgence.

En dehors des cours de formation continue et des RCP, vous arrive t'il de vous entraîner à utiliser le matériel se trouvant sur le chariot d'urgence ? (n = 72)

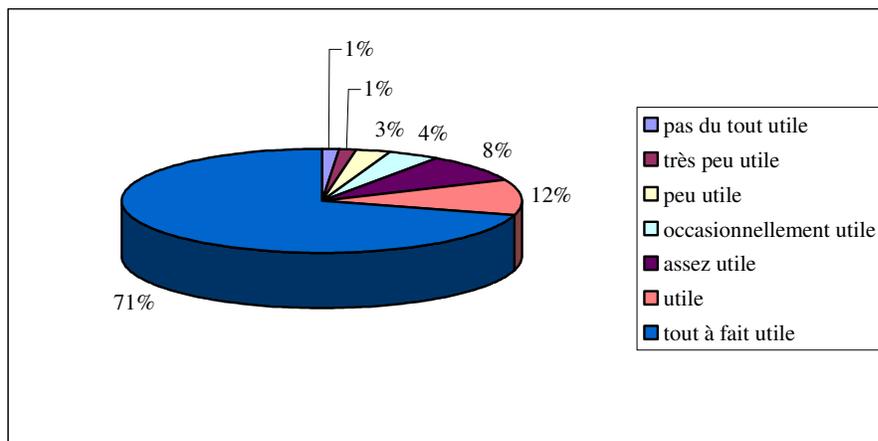


graphique 21 : En dehors des cours de formation continue et des RCP, vous arrive t'il de vous entraîner à utiliser le matériel se trouvant sur le chariot d'urgence ?

72 % des infirmières ne s'entraînent jamais à utiliser le matériel contenu sur le chariot d'urgence, seulement 28 % le font.

La majorité des personnes m'ayant répondu s'entraînent à utiliser le matériel contenu sur le chariot d'urgence travaille au J2. Cela peut s'expliquer par le fait que c'est un service de soins continus de cardiologie, qui rencontre environ 1 réanimation par mois, et donc que les infirmières en ressentent le besoin afin d'être plus efficace et ne pas se sentir dépassées. Par contre, plusieurs infirmières des autres services ont relevé ne pas ressentir la nécessité de s'entraîner, vu que le matériel se limite à un ambu avec réservoir et au matériel d'aspiration. « *Cela se résume à un ambu, une prise à O2 et un set d'aspiration murale ! Encore faut-il les utiliser correctement !* », « *La vérification est utile car permet de savoir où est le matériel. Quant à l'utilisation, je ne pense pas qu'elle pose problème* », « *peu utile car que matériel O2, système connu par infirmière* », « *Notre chariot est de + en + restreint. Le matériel d'aspiration je l'utilise dans d'autres circonstances donc je le connais bien, l'entraînement au matériel d'oxygénation me serait plus utile* ». On peut donc conclure que les infirmières des autres services semblent d'accord avec l'idée de se limiter à l'A (airway), le B (breathing) et le C (circulation) ainsi qu'au fait que le chariot de réanimation soit réduit à l'étage.

Evaluez l'utilité de la vérification et de l'entraînement à l'utilisation du matériel contenu dans le chariot d'urgence afin de diminuer votre stress lors d'une RCP ?
(n = 71)

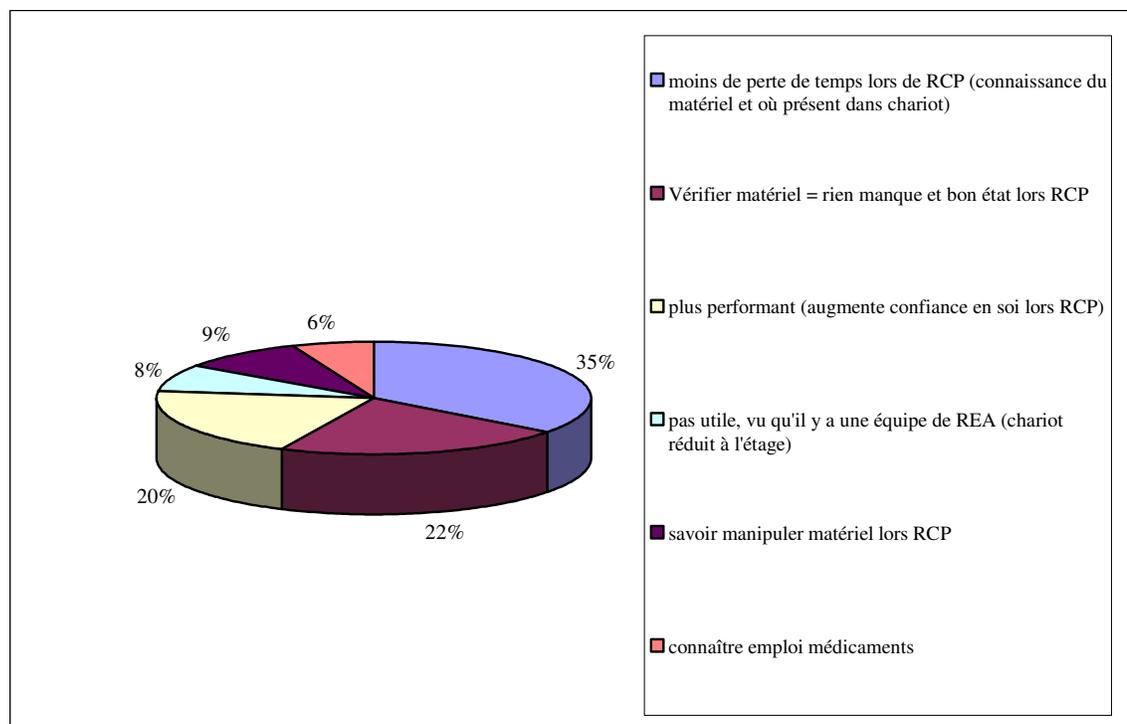


graphique 22 : Évaluez l'utilité de la vérification et de l'entraînement à l'utilisation du matériel contenu dans le chariot d'urgence afin de diminuer votre stress lors d'une RCP

71 % des infirmières trouvent tout à fait utile cette pratique, 12 % utile, 8 % assez utile, 4 % occasionnellement utile, 3 % peu utile, 1 % très peu utile et 1 % pas du tout utile.

83 % des infirmières trouvent utile cette pratique afin de diminuer leur stress lors d'une RCP. Cependant, 8 infirmières mentionnent utile de vérifier le bon fonctionnement du matériel mais n'ont pas la nécessité de s'entraîner vu le matériel restreint à l'étage.

Expliquez votre choix sur la vérification et l'entraînement à l'utilisation du matériel se trouvant sur le chariot d'urgence (n = 47)



graphique 23 : Expliquez votre choix sur la vérification et l'entraînement à l'utilisation du matériel se trouvant sur le chariot d'urgence

35 % des infirmières répondent que cette pratique leur fait perdre moins de temps lors d'une RCP , 22 % permet de vérifier l'état du matériel et que rien ne manque lors d'une RCP, 20 % permet d'être plus performant avec une augmentation de la confiance en soi, 9 % pour savoir manipuler le matériel lors RCP, 8 % n'en voient pas l'utilité vu qu'il y a une équipe réa montant rapidement à l'étage lors d'une réanimation et finalement 6 % pour savoir utiliser les médicaments.

Je vais citer quelques commentaires des infirmières : « *Pour ne pas se retrouver sans le bon matériel. Pour ne **pas perdre une seconde** à se demander comment fonctionne le matériel* », « *cela permet de faire les **gestes d'urgence** + rapidement et + efficacement* », « *Ne pas être empruntée avec **matériel, moins stress et efficacité ++** car + rapide dans geste* », « *plus on répète les gestes + le contenu du chariot de réa, plus on est **sûr de soi*** », « *bien connaître le matériel et les médecins ainsi que leur emploi permet de diminuer le stress* ».

Ci-dessous, je vais faire quelques relations entre les citations des infirmières et mon cadre de référence :

- pas perdre une seconde ⇒ notion de timing
- gestes d'urgence ⇒ formation continue
- matériel ⇒ chariot d'urgence
- moins de stress et efficacité ++ ⇒ gestion du stress, maintien des compétences
- sûr de soi ⇒ rôle professionnel, responsabilité, debriefing technique

6.4.1 Synthèse du chariot d'urgence

La majorité des infirmières connaissent l'emplacement du chariot d'urgence. Cependant en médecine I, au H3 et J1, on peut constater que plusieurs infirmières ne sont pas au clair avec le matériel contenu dans le chariot d'urgence, pourtant réduit au minimum.

Le chariot d'urgence est vérifié le plus souvent soit par les infirmières selon un tournus, soit par l'ICUS, à une fréquence allant d'une fois par semaine à une fois par année.

Une grande majorité des infirmières ne s'entraîne pas à utiliser le matériel contenu dans le chariot d'urgence en dehors des réanimations avec comme explication que le matériel est restreint dans leur service (ambu avec réservoir et matériel d'aspiration), que le matériel est connu des infirmières et que le team « Réa » montre rapidement à l'étage. Ces services se limitent à l'ABC. Seulement le J2 pratique couramment la vérification du chariot d'urgence étant donné que c'est un service de cardiologie avec des soins continus, rencontrant environ une réanimation par mois.

83 % des infirmières estiment tout à fait utile la pratique de la vérification du chariot d'urgence et l'entraînement à utiliser le matériel qui y est contenu, afin de diminuer leur stress lors d'une RCP. Ce procédé leur permet de moins perdre de temps lors d'une RCP, de contrôler que le matériel soit en bon état, que rien ne manque et savoir le manipuler ainsi que d'être plus optimale.

6.5 Autres propositions des infirmières pour diminuer leur stress lors d'une RCP

Dans les quelques lignes qui vont suivre, je vais énoncer quelques commentaires émis par les infirmières :

« *Qu'il y ait une bonne collaboration entre infirmière et médecins* » (debriefing).

« *Des simulations plus régulières de la réa* » (formation continue).

«Faire une improvisation d'une situation pour voir comment on réagit + faire debriefing cela nous permettra de voir où on en est » (formation continue + debriefing).

« Il nous faudrait beaucoup plus d'exercices pratiques » (formation continue).

« Continuer les cours de RCP mais peut-être d'une manière plus régulière » (formation continue).

« Quoi qu'on fasse, il y aura toujours du stress dans une réa à moins d'en avoir tous les jours et encore... » (gestion du stress).

« Cours de réa + fréquents et debriefing post-réa, ce serait déjà pas mal ! » (formation continue et debriefing).

Dans cette rubrique commentaire, il est souvent ressorti (15 réponses sur 37) le souhait des infirmières d'avoir des cours plus fréquents pour pratiquer des simulations de réanimation (du début à la fin de la réa) par des mises en situation et l'utilisation du matériel.

6.6 Commentaires des infirmières

Au départ de mon travail, j'avais comme préjugé que les infirmières manquaient d'intérêt à maintenir leurs compétences à la RCP en raison de la routine qui s'installe après quelques années de pratique, la rareté des RCP dans les étages, la peur de cette prise en charge, etc. Cependant, lors du dépouillement des questionnaires, j'ai été surprise en bien par la motivation des soignants en constatant leurs réponses. J'ai relevé ci-dessous quelques phrases qui m'ont conforté dans le choix de mon travail de mémoire avec déjà de petits résultats évoqués par quelques infirmières :

« Merci pour ce questionnaire, ça m'a fait me réintéresser au matériel du chariot de réa ! Bonne suite pour ton travail ».

« Ce questionnaire a permis au personnel de se remettre un peu à jour dans la pratique d'une RCP, ça a sensibilisé le nouveau personnel ».

« Du coup, me suis inscrite à un cours le 15.03. Ton travail porte déjà des fruits... ».

« Je me suis inscrite au cours du mois de mars ! ».

« En espérant que cela fasse un peu bouger les choses... ».

« Excellent choix d'étude ! Bon courage et bonne chance pour ton diplôme ».

6.7 Synthèse d'analyse

En partant de ma question de départ : « *Pourquoi les moyens, comme la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire, la vérification et l'entraînement à l'utilisation du matériel contenu dans le chariot d'urgence ainsi que la pratique du debriefing technique, sont-ils peu utilisés par l'infirmière de l'étage, alors qu'ils permettraient une meilleure gestion du stress lors d'une RCP ?* » et après ma recherche sur le terrain, la vérification de mes hypothèses donne les résultats suivants :

Hypothèse n° 1 : La participation de l'infirmière à la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire est facultative et réalisée en dehors des heures de travail.

J'ai pu relever que les infirmières pensant que la formation continue était obligatoire participaient plus souvent aux cours. Donc, le fait que la formation continue soit facultative dans les hôpitaux a une influence sur la mauvaise participation. De plus, les infirmières pensant que les cours sont pris sur leur temps de travail y participent mieux. En résumé, les infirmières participeraient mieux à la formation continue si les hôpitaux la rendaient obligatoire et si les infirmières étaient mieux informées qu'elle a lieu durant les heures de travail.

L'hypothèse n'est que partiellement confirmée.

Hypothèse n° 2 : L'infirmière de l'étage estime que sa participation à la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire tous les 2 ans est suffisante pour maintenir ses compétences et la qualité de sa prise en charge.

58 % des infirmières estime que la formation continue n'est pas proposée à une fréquence suffisante et souhaiterait avoir des cours au moins une voire deux fois par année. Les infirmières demandent également d'avoir des dates de cours beaucoup plus fréquentes afin de permettre à beaucoup plus d'entre elles d'y participer. Elles

souhaitent également des exercices pratiques avec des mises en situation et l'utilisation du matériel contenu dans le chariot d'urgence lors de ces cours.

L'hypothèse est infirmée.

Hypothèse n° 3 : **Le debriefing technique après une réanimation cardio-pulmonaire est rarement pratiqué à l'étage.**

Seulement 30 % des infirmières ont répondu que le debriefing était utilisé dans leur service mais pas de manière systématique.

L'hypothèse est confirmée.

Hypothèse n° 4 : **La vérification du chariot d'urgence est faite par l'ICUS du service une fois par mois.**

Dans 57 % des cas le chariot est vérifié par les infirmières selon un tournus et l'ICUS le vérifie dans 28 % des cas. Par contre, sa fréquence de vérification varie selon les services et selon le contenu du chariot d'urgence.

L'hypothèse est infirmée.

Je terminerai cette analyse avec cette phrase que j'ai trouvé très illustrative : « *Au même titre qu'un athlète s'entraîne pour être prêt le jour de la finale, à l'image des sauveteurs qui répètent inlassablement leurs manoeuvres pour être prêts le jour J, les soignants ont le devoir de mettre à jour leurs compétences afin d'être prêt lors d'une RCP³⁴* ».

³⁴ FORMAUX, Valérie. Op. cit. p. 1.

6.8 Propositions d'actions

Les résultats de la recherche démontrent qu'il serait opportun de développer davantage ou d'apporter des modifications aux moyens aidant l'infirmière à mieux gérer son stress lors d'une RCP. Le but serait également de l'aider à maintenir ses compétences à jour et par conséquent améliorer la qualité de la prise en charge.

Je vais énoncer ci-dessous quelques propositions d'actions, en étant tout à fait consciente qu'elles sont peut-être irréalisables dans les hôpitaux en fonction de la notion financière et de temps, ainsi que de la réalité du terrain.

La formation continue :

- rendre obligatoire la participation à la formation continue à la RCP et bien informer les infirmières que les cours ont lieu sur leur temps de travail, afin de permettre à l'infirmière d'y participer au moins une fois par année.
- offrir un plus grand éventail de dates de cours sur l'année.
- veiller à bien faire passer l'information des dates de cours dans les services au travers de l'ICUS et joindre une feuille indiquant la date des cours dans l'enveloppe du décompte de salaire.
- lors des cours : planifier plus de pratique avec des mises en situation (du début de la RCP à la fin et partir de situations concrètes ou mal vécues).

Le debriefing technique :

- planifier systématiquement après une RCP un debriefing technique et/ou defusing selon la demande et le besoin des infirmières (participation des infirmières du service ayant eu RCP, médecins et/ou Team Réa)

La vérification du chariot d'urgence :

- au J2, continuer le tournus hebdomadaire pour vérifier le chariot d'urgence.
- impliquer les infirmières à la présentation du chariot d'urgence aux nouveaux collaborateurs et aux étudiants infirmiers.

- informer de manière rigoureuse les infirmières de tout changement au niveau du chariot d'urgence.

L'utilisation du matériel contenu dans le chariot d'urgence :

- lors de la formation continue, entraîner l'utilisation du matériel contenu dans le chariot (ballonner, matériel d'aspiration, protocole de dilution des médicaments, etc).
- c'est également une discipline personnelle que doit s'imposer l'infirmière ainsi qu'une autogestion de sa formation continue.
- l'ICUS du service pourrait tester les connaissances de l'infirmière de manière surprise (procédé qui force l'infirmière à son auto-évaluation).

7. AUTO-ÉVALUATION

7.1 *Le choix du thème*

Je suis très satisfaite du choix de mon thème que je trouve pertinent. Cependant, il m'a fallu parcourir un long chemin avant d'arriver à cibler précisément ma problématique et avant de poser ma question de recherche, qui est restée floue durant quelques mois. En effet, au départ de mon travail, je m'étais tout d'abord orientée sur la qualité de la prise en charge de la réanimation cardio-pulmonaire par l'infirmière, mais je me suis très vite rendue compte du côté irréalisable de mon idée. Par la suite, j'ai voulu ressortir pourquoi l'infirmière était stressée lors d'une RCP, ce qui a été très vite confirmé par quelques lectures. Suite à ces constatations, j'ai réalisé un tableau avec les facteurs de stress et les solutions pouvant être mises en place par l'infirmière pour être mieux préparée et par conséquent mieux gérer son stress lors d'une RCP. A travers ce tableau, j'ai finalement identifié que la participation fréquente à la formation continue, le debriefing technique post-réanimation et la vérification du chariot d'urgence étaient des solutions pour aider l'infirmière.

7.2 *Le cadre de référence*

J'ai construit mon cadre de référence dans le but d'expliquer les différents sujets qui tournaient autour de mon thème de recherche. Cependant, il m'a été très difficile de ne pas me perdre dans tous les écrits sur la réanimation et l'arrêt cardio-respiratoire, il est très tentant de vouloir faire de la «gloutonnerie livresque». Donc, je me suis limitée à quelques livres, articles ou sites internet par thème. Cependant, j'ai éprouvé beaucoup de difficultés à développer mon concept sur le debriefing technique. En effet, j'aurais voulu apporter des preuves scientifiques quant au bénéfice de cette pratique. Malheureusement, je n'ai trouvé aucune donnée pouvant le prouver.

7.3 *Mes hypothèses*

Globalement, je pense avoir manqué de précision dans la formulation de mes hypothèses et ne suis pas pleinement satisfaite. Lorsque j'ai commencé mon analyse globale en voulant confirmer ou infirmer mes hypothèses, je me suis rendue compte que ma première hypothèse « *La participation de l'infirmière à la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire est facultative et réalisée en dehors des heures de travail* » était mal formulée et qu'il m'était difficile d'y répondre en raison de sa tournure. J'aurais dû la formuler d'une autre manière, comme par exemple : Le fait que la formation continue à la RCP soit facultative a une influence sur la participation de l'infirmière.

7.4 *Le choix de l'outil du recueil de données*

L'option prise d'utiliser un questionnaire pour ma recherche me paraît tout à fait judicieuse et m'a permis de récolter un grand nombre d'informations. Cependant, si je devais refaire mon questionnaire, je modifierais un certain nombre de questions afin d'avoir des réponses plus précises. Par exemple, au lieu de la question « *Dans votre service le debriefing technique est-il utilisé ?* », je la remplacerais par « *Avez-vous déjà bénéficié d'un debriefing technique après une RCP ?* », ce qui me donne une réponse plus précise et utile pour mon analyse.

De plus, il y a une question que je n'ai pas utilisée : « *Avez-vous déjà travaillé dans un service d'urgence ou de soins intensifs ?* ». Cette question n'était pas suffisamment précise vu que je n'ai pas demandé de mentionner pendant combien de temps ils y ont travaillé. Je n'ai donc pas trouvé l'utilité de la mettre en relation avec d'autres questions. A la question où je demandais d'évaluer l'utilité des différents moyens pour diminuer le stress lors d'une RCP, il aurait été plus judicieux de mettre « *afin de mieux gérer votre stress* ».

7.5 L'analyse

Cette partie m'a posé beaucoup de problèmes. Tout d'abord pour rentrer les données, vu que je n'avais pas suffisamment de connaissances dans le programme excel afin de réaliser des formules et des statistiques. Cependant après avoir suivi un cours, j'ai quand même réussi à me débrouiller. Par contre, quand il a fallu faire des relations statistiques entre les questions, j'ai été complètement dépassée. Heureusement que M. Solioz a mis de son temps et son programme de statistique à notre disposition afin de répondre à nos demandes. Finalement, quand il a fallu passer à l'écrit, l'analyse descriptive ne m'a pas posé de problèmes, mais l'analyse interprétative s'est avérée plus complexe. J'ai passé par des phases d'embrouille où j'ai tout remis en question ayant l'impression d'être à côté du sujet. De plus, je me demande si j'ai été suffisamment exhaustive dans mon analyse.

8. CONCLUSION

Me voici enfin arrivée au terme de ces quelques mois de dure labeur avec une grande satisfaction d'avoir pu franchir toutes les étapes amenant à l'accomplissement de ce mémoire ! Durant sa réalisation, je suis passée par des périodes de doute, ayant l'impression d'être « à côté de la plaque » et ne sachant pas où je me dirigeais, ainsi que par des phases de stress quant à la complexité d'un tel travail.

Les difficultés que je peux ressortir à l'exécution de ce mémoire sont les suivantes : notre choix de recherche ainsi qu'une partie de notre problématique part forcément au départ de préjugés et il n'a pas été simple de m'en éloigner. J'ai également ressenti un grand stress tout au long de mon travail, ayant parfois l'impression d'être hors sujet ou embrouillée dans mes idées.

Les facilités que j'en retire sont les suivantes : j'ai été tout au long de mes études une personne très organisée dans la réalisation de mes travaux, les rendant toujours avant les délais. J'en ai donc fait de même avec mon mémoire et j'ai planifié précisément les différentes étapes de mon travail, afin de ne pas être prise par le temps. De ce fait, je n'ai jamais été stressée par la question du temps. De plus, j'ai été très bien accueillie par les ICUS des différents services. Les infirmières ont été très nombreuses à remplir mon questionnaire, en me notifiant beaucoup de messages d'encouragement quant au choix de mon thème et attendant les résultats de mon travail. Finalement, j'ai toujours été très motivée par mon thème de recherche durant ces quelques mois. Je ne l'ai jamais remis en doute ou eu de la peine à me mettre à la tâche, ce qui était positif pour garder le « timing ».

Ce travail m'a également permis de développer la compétence 5 « *Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires* », en faisant mes premiers pas chancelant dans la recherche appliquée. En effet, cette compétence a été très peu travaillée durant ma formation. Lors de mes stages, elle se limitait à de la recherche sur les techniques de soins, sur les pathologies ou la pharmacologie. J'ai également pu approfondir le thème de la réanimation cardio-pulmonaire ainsi que les différents moyens pouvant me permettre de gérer mon stress dans cette situation. Comme expliqué dans mes motivations personnelles, je pense que la prise en charge qui va me faire le plus peur et paniquer le jour où je serais diplômée, sera celle d'une réanimation.

De plus, j'ai déjà pu constater un petit résultat à mon travail. En effet, quelques infirmières m'ont répondu que le questionnaire les avait à nouveau sensibilisées à la nécessité de maintenir leurs compétences à la réanimation cardio-pulmonaire. Deux d'entre elles se sont inscrites pour les cours de RCP du mois suivant !

Je suis tout a fait consciente que mon travail est loin d'être parfait, étant donné que c'est pour moi une première. Cependant, arrivée au terme de ce mémoire, je peux dire que j'ai fait de mon mieux avec mes connaissances sur la recherche et les moyens à ma disposition. Tout au long de ma formation, j'ai eu comme philosophie que l'on apprend par ses erreurs et il va en être de même pour ce travail. Si je devais un jour réaliser un autre mémoire, j'éviterai les erreurs commises dans celui-ci !

Finalement, j'éprouve une grande fierté d'avoir pu réaliser ce mémoire et j'ai trouvé cette expérience très enrichissante.

9. BIBLIOGRAPHIE

Livres, monographies, ouvrages

- BENNER, Patricia. *De novice à expert*. Saint-Laurant : InterEditions, 1995, 254 p.
- BOISSIERES, Françoise. *Les soignants face au stress*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002, 179 p.
- CARPENTIER, Jean-Pierre. *Nouveaux cahiers de l'infirmière : soins intensifs, aux urgences, en réanimation et transfusion sanguine*. 4^{ème} édition. Paris : Masson, 1996, 288 p.
- CHOQUE, Jacques et Stella. *Guide anti-stress : le bien-être des soignants*. Paris : Lamarre, 1993. 191 p.
- Collège national des enseignants de réanimation médicale. *Réanimation et urgences*. Paris : Masson, 2002. 539 p. (Abrégés connaissances et pratiques).
- GARNIER DELAMARE. *Dictionnaire des termes de médecine*. 27^{ème} édition. Paris : Maloine, 2003. 1001 p.
- Haute école santé-social Valais. *Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers*. **In** : Dossier de l'étudiant, Sion, 2002.
- LANDRY, Rose-Marie, DORSAZ, Frédéric. *Réanimation intra-hospitalière : situation à l'hôpital de Martigny*. Travail de fin d'étude – formation soins intensifs : Ecole Valaisanne en soins infirmiers, 7^{ème} volée/1997-1999. 67 p.
- LEGERON, Patrick. *Le stress au travail*. Paris : Odile Jacob, 2001. 381 p.
- LUGAN, Christine. *Aux urgences, quand l'équipe soignante a mal au moral*. Sion : Ecole Valaisanne en soins infirmiers, 2002. 32 p.

- MARIEB, Elaine N. *Anatomie et physiologie humaines*. 4^e édition, Canada : Editions du renouveau pédagogique Inc., 1999, De Boeck Université. 1194 p.
- MONIN, Jean-Luc. MARIN, Antoinette. GOSSE, Armande. *Nouveaux cahiers de l'infirmière*. 3^{ème} édition. Paris : Masson, 1995. 149 p.
- PERREN-KLINGLER, Gisela. [et collab.]. *Maux en mots. Debriefing : modèles et pratiques*. Lausanne : presses centrales Lausanne SA, 2002. 250 p.
- QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3^{ème} édition. Paris : Dunod, 2006. 256 p.
- ROBERT, Elisabeth. CLEMENT, Nadia. *La formation continue : mode d'emploi*. Paris : éditions Lamarre, 1989. 237 p.

Articles

- BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 2001, no 67, pp. 68-83.
- FUMEAUX, Thierry. Arrêt cardiaque à l'hôpital : comment améliorer la survie des malades ? *Urgence pratique*, 2005, n° 72, pp. 13-15.
- GRAS, Jean-Philippe. La prise en charge IDE de l'arrêt cardio-respiratoire. *Revue de l'Infirmière*, 2003, n° 96, pp. 30-32.
- PITTI, Raphaël, WLODARCZYK, Sylvain. Améliorer la prise en charge des détresses respiratoires. *Soins et urgence*, 2002, n° 664, pp. 45-47.
- QUINTARD, Bruno. Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Recherche en soins infirmiers*, 2001, no 67, pp. 46-58.

- RIOPELLE, Lise. TEIXIDOR, Montserrat. Approche humaniste de la pratique infirmière. *Savoirs et pratiques*, 2003, n° 45, pp. 56-60.

Internet

- CARRON, Pierre-Nicolas. « Réanimation cardio-pulmonaire intra-hospitalière et notion de travail en équipe. Etude exploratoire et adaptation du concept aéronautique de Crew Resource Management ». *Thèse présentée à la faculté de médecine de Genève* [En ligne]. Thèse no 10424 (2005), p. 1-168. Adresse URL : <http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2005/CarronP/these.pdf#search=%22uts%20style%20suisse%22> (Page consultée le 03 juillet 2007).
- CASAL, Pierre. « Cours – l'arrêt cardio-respiratoire ». *Site d'infirmiers.com* [En ligne]. Adresse URL : http://www.infirmiers.com/etud/cours/urgrea/arret_cardio_respiratoire.php (Page consultée le 27 octobre 2006).
- CECILE, P. « La maîtrise de la technique de réanimation cardio-respiratoire permettrait de diminuer le stress de l'infirmier(e) peu expérimenté(e) à ce soin et donc d'améliorer la qualité du soin du patient ». *Site d'infirmiers.com* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/etud/TFE/memoire/cecile/memoirececile.php> (Page consultée le 27 octobre 2006).
- DAF. « Recherches en didactique et acquisition du français langue maternelle » [En ligne]. Adresse URL : <http://daf.sdm.qc.ca/daf/Lexique5.html> (Page consultée le 27 octobre 2006).
- Faculté de médecine de Grenoble. « Troubles du rythme ventriculaire » [En ligne]. Adresse URL : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/alpesmed/ecg/cmathese/ventriculaire.htm> (Page consultée le 22 septembre 2006).
- FORMAUX, Valérie. « Cours – réanimation – le chariot d'urgence ». *Site d'infirmiers.com* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/etud/cours/urgrea/chariotdurgence.php> (Page consultée le 27 octobre 2006).

- FROCHAUX, V. [et al.]. « Réanimation intra-hospitalière : organisation et efficacité du "team arrêt cardiaque" ». *Revue médicale suisse* [En ligne]. No 2363, p. 1-8. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21646> (Page consultée le 27 octobre 2006).

- FUMEAUX, T. DUSOIX, P. UNGER, F. « Réanimation cardio-pulmonaire en 2001 : qu'est-ce qui a changé ? ». *Revue médicale suisse* [En ligne]. No 2346, p. 1-10. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21377> (Page consultée le 11 octobre 2006).

- ILCOR. *European Resuscitation Council* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.erc.edu/index.php/ilcor/en/> (Page consultée le 22.02.2007).

- KATZ, E. [et al.]. « Arrêt cardiaque extrahospitalier : la situation actuelle ». *Revue médicale suisse* [En ligne]. No 9, p. 1-8. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=30179> (Page consultée le 11 octobre 2006).

- LECOMPTE, Nathalie. « Stress au travail et nouvelles technologies ». *ULB* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.ulb.ac.be/soco/creatic/chp3str.html> (Page consultée le 05.03.2007).

- LOUVILLE, Yves. « Lexique abrégé de la réanimation cardio-pulmonaire ». *Site de urgence-pratique* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.urgence-pratique.com/2articles/defibri/art-defibrillat-6.htm> (Page consultée le 21.02.2007).

- PERREN-KLINGLER, Gisela. « Le debriefing psychologique à l'épreuve de la pratique : une adaptation du modèle de Mitchell » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.institut-psychotrauma.ch/f/publikationen/psychdebrief.html> (Page consultée le 12.04.2007).

- Réseau santé valais. « Règlement sur la formation continue ». *Site RSV* [En ligne]. p. 1-16. Adresse URL : http://www.rsv-gnw.ch/images/stories/pdf/bases_legales/formation_continue.pdf (Page consultée le 23.02.2007).

- REUILLE, Olivier. « Formation continue pour ambulanciers ACR ». *Site Genève-ambulance* [En ligne]. Adresse URL : http://www.geneve-ambulances.com/CoursPDF/ACR_8.10.02.pdf. (Page consultée le 21.02.2007).
- SAUMIER, Alain. Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines (IPMSH). En ligne <http://ww2.collegeem.qc.ca/prof/asaumier/msh/ndc/ndch05/NDC7HTML/NDC7cHTML/ndc7c.html> (page consultée le 09.07.2007).
- *Site Swiss resuscitation council*. [En ligne]. Adresse URL : http://www.resuscitation.ch/Home.3.0.html?&no_cache=1 (Page consultée le 21.02.2007).
- TARMINIAU, Frédéric. « Etude des connaissances et compétences du personnel infirmier d'un centre hospitalier universitaire après une formation de référents en Réanimation Cardio-Pulmonaire ». *Site de la Fédération nationale des infirmières de Belgique* [En ligne]. p. 1-10. Adresse URL : http://www.fnib.be/download/TAMINIAU_memoire.pdf (Page consultée le 05.03.2007).
- Université libre de Bruxelles. « Synthèse des recherches sur le stress au travail » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.ulb.ac.be/soco/creatic/chp3str.html> (Page consultée le 2 octobre 2006).

Cours

- BLANC, Rosy. Janvier 2005. « Cours sur la professionnalisation », non publié, document de cours, Hes.so Valais/Wallis.
- Cours de psychologie. 3^{ème} édition, 1998, Dunod, sous la direction de R. Ghiglione et J.-F. Richard. p. 362 à 381
- PITTELOUD, Jean-Cyrille. Juillet 2006. « Cours sur le debriefing technique », non publié, document de cours, Hes.so Valais/Wallis.

- Polycopié Mémoire de fin d'études infirmières, 2003, collection réviser, 4ème édition, collection dirigée par J.-F. d'Ivernois, Maloigne. P. 94 à 111.
- SALAMIN, Hervé. Juillet 2006. « Approche et évaluation du patient », non publié, document de cours, Hes.so Valais/Wallis.
- SOLIOZ, Emmanuel. 2006-2007. « Cours sur la méthodologie du mémoire de fin d'étude », non publié, documents de cours, Hes.so Valais/Wallis.

10. ANNEXES

A Tableau sur les différents facteurs de stress ressentis par l'infirmière lors d'une RCP

B Questionnaire de recherche

C Lettre d'accompagnement du questionnaire

Annexe A

Annexe B

QUESTIONNAIRE

A. DONNEES PERSONNELLES

1. Combien d'année(s) de pratique professionnelle avez-vous ?

.....
année(s)

2. Avez-vous déjà pratiqué une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) ?

oui non (passer à la question 3)

2.1 Si réponse oui, combien de fois ?

.....
fois

2.2 A quand remonte la dernière RCP à laquelle vous avez participé ?

.....

3. Dans quel service travaillez-vous ?

Médecine 1 Médecine 2 J1 J2 H3

3.1 Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

.....

3.2 A quel pourcentage travaillez-vous actuellement ?

.....
%

4. Avez-vous déjà travaillé dans un service d'urgences ou de soins intensifs ?

oui non

B. LA FORMATION CONTINUE

5. La formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire dans votre service est-elle obligatoire ?

- oui non ne sais pas

6. Le cours de formation continue à la RCP est-il considéré comme temps de travail ?

- oui non ne sais pas

7. A combien de cours à la RCP avez-vous participé ces deux dernières années ?

cours
.....

8. La formation continue à la RCP dans votre hôpital est organisée :

- tous les 3 mois tous les 6 mois 1 fois par année
 tous les 2 ans autre.....

9. Estimez-vous que les cours de formation continue à la RCP sont proposés à une fréquence suffisante ?

- oui (passer à la question 9.2) non

9.1 Si réponse non, à quelle fréquence les cours de formation continue à la RCP vous serait nécessaire ?

9.2 Le contenu du cours répond-il à vos besoins et à vos attentes ?

- oui (passer à la question 10) non

9.3 Si réponse non, pourquoi ?

.....

C. LE DEBRIEFING TECHNIQUE

10. Dans votre service, le debriefing technique (entretien qui suit immédiatement une RCP dont le but est de reconstituer les faits et de tirer des leçons de l'action) après une RCP est-il pratiqué ?

oui (passer à la question 10.2) non

10.1 Si réponse non, pourquoi ? (passer à la question 11)

10.2 Si réponse oui, l'utilisez-vous systématiquement ?

oui non

10.3 Qui participe au debriefing technique ?

infirmière(s) ayant participé à la RCP médecin autre

E. VOTRE AVIS

17. Évaluez l'utilité des moyens décrits ci-dessous afin de diminuer votre stress lors d'une RCP (veuillez mettre une croix sur chaque échelle dans la case correspondant à votre réponse).

17.1 Le debriefing technique après une réanimation cardio-pulmonaire

Tout à fait utile pas du tout utile
 1 2 3 4 5 6 7

Expliquez votre choix

17.2 La formation continue à la RCP

Tout à fait utile pas du tout utile
 1 2 3 4 5 6 7

Expliquez votre choix

17.3 La vérification et l'entraînement à l'utilisation du matériel se trouvant sur le chariot d'urgence

Tout à fait utile pas du tout utile
 1 2 3 4 5 6 7

Expliquez votre choix

17.4 Autre proposition pour diminuer votre stress lors d'une RCP

17.5 Remarque/commentaire

UN GRAND MERCI POUR VOTRE

COLLABORATION

Gaillard Martine

Annexe C

Gaillard Martine
Rue de l'Eglise 12 B
1955 St-Pierre-de-Clages
☎ 078 772 67 75

St-Pierre-de-Clages, le 24 février 2007

Aux infirmiers(ères)
des services de médecine
de l'hôpital de Sion et de Martigny

Mémoire de fin d'étude

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Je suis étudiante en soins infirmiers en 4^{ème} année à la haute école valaisanne domaine santé & social à Sion. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une recherche sur « les moyens, comme la formation continue à la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), la vérification et la manipulation du contenu du chariot d'urgence ainsi que la pratique du debriefing technique après une RCP, qui permettraient à l'infirmière de l'étage de diminuer son stress lors d'une réanimation cardio-pulmonaire ». En effet, il a été démontré que les réanimations cardio-pulmonaires sont très rares à l'étage (environ dix par année) et qu'elles engendrent un stress important chez les soignants.

Dans mon travail, je souhaite découvrir si ces différents moyens sont utilisés ainsi que le bénéfice que vous en retirez. Par conséquent, j'ai vraiment besoin de connaître votre avis et d'avoir des réponses au plus proche de votre conscience, afin d'avoir un état des lieux de la situation. Pour cette raison, je vous adresse en annexe un questionnaire et vous demande de bien vouloir le remplir, en vous rendant attentif que celui-ci sera l'élément le plus important pour la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

Bien entendu, toutes les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme, puis les questionnaires seront détruits. Une copie de mon mémoire sera envoyée dans votre service après l'analyse des questionnaires.

Je vous demande de bien vouloir remplir le questionnaire pour le **vendredi 9 mars 2007** et de le déposer dans la boîte se trouvant dans le staff.

En vous remerciant d'avance pour votre indispensable collaboration, je vous présente, Madame, Mademoiselle, Monsieur, mes meilleures salutations.

Gaillard Martine