



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'impuissance face à la perte d'élan vital

Formateur référent mémoire :

Mme MANCHERON Pascale

Mlle DEVRED Lou

Etudiante infirmière

Promotion 2019/2022

Le 22 avril 2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE

DE LA JEUNESSE, DES SPORTS

ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État Infirmier

Travaux de fin d'études :

Mémoire d'initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

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

L'impuissance face à la perte d'élan vital

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

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

Le 22 avril 2022

Identité et signature de l'étudiant : DEVRED Lou

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Table des matières

| | | |
|-------------|---|-----------|
| I. | Introduction et cheminement vers la question de départ | 1 |
| 1. | Intérêt professionnel | 1 |
| 2. | Situation d'appel | 2 |
| 3. | Cheminement vers ma question de départ | 4 |
| II. | Cadre conceptuel | 5 |
| 1. | Immersion en réanimation | 5 |
| 1.1. | Entrez dans un univers parallèle | 5 |
| 1.2. | Quand la vie danse avec la mort | 6 |
| 1.3. | La confrontation de la vulnérabilité à l'ultra technicité | 7 |
| 1.4. | L'extubation, un nouveau souffle de vie | 8 |
| 2. | « Si la dépression est l'un des troubles les plus difficiles à comprendre, c'est sans doute que l'essentiel est invisible pour les yeux » (Gourion & Lôo, 2007, p.14) | 9 |
| 2.1. | Suicide, crise suicidaire, tentative de suicide | 9 |
| 2.2. | Comment devient-on patient suicidant ? | 11 |
| 2.3. | La perte d'élan vital : le ressenti de la personne suicidante | 12 |
| 3. | Le sentiment d'impuissance | 13 |
| 3.1. | A l'origine de l'impuissance, la toute puissance | 13 |
| 3.2. | La désillusion | 15 |
| 3.3. | Les mécanismes de défense au secours de l'impuissance des soignants | 16 |
| III. | Dispositif méthodologique du recueil de données | 18 |
| 1. | Choix de l'outil | 18 |
| 2. | Profil des interlocuteurs | 18 |
| 3. | Modalité des entretiens | 18 |
| 4. | Objectifs des entretiens | 19 |
| 5. | Limites du dispositif | 19 |
| IV. | Analyse descriptive et interprétative des entretiens | 20 |
| 1. | Profil d'un infirmier de réanimation | 20 |
| 2. | Les points de vigilance lors d'une extubation | 21 |
| 3. | Identifier les ressentis du soignant lors d'une extubation | 23 |
| 4. | Les ressentis et les préoccupations d'un professionnel à l'annonce d'un patient suicidant | 24 |
| 5. | Les spécificités de la prise en charge d'un patient suicidant | 24 |
| 6. | Les craintes ressenties lors de la prise en charge d'un patient suicidant | 25 |

| | | |
|------|--|----|
| 7. | Les spécificités d'une extubation chez un patient suicidant..... | 26 |
| 8. | Les ressentis du professionnel de santé lorsque le patient suicidant exprime son regret de ne pas être mort et les stratégies d'adaptation mises en place..... | 26 |
| 9. | Les causes à l'origine de ces émotions..... | 28 |
| V. | Discussion..... | 29 |
| 1. | La prise en charge d'un patient suicidant, une prise en charge classique ?..... | 29 |
| 2. | La différence de la temporalité | 31 |
| 3. | Sauver à tout prix, la culture du service de réanimation ?..... | 32 |
| 4. | La réanimation, une spécialité ?..... | 33 |
| 5. | Vers une question de recherche :..... | 35 |
| VI. | Conclusion | 36 |
| VII. | Bibliographie | 38 |
| | Sommaire des annexes | |

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire qui résonne en moi comme le début d'une nouvelle vie.

À vous, Pascale Mancheron, sans qui, rien de tout cela n'aurait été possible. Merci pour votre soutien, votre passion, votre investissement, votre dévouement. Au-delà de la guidante que vous avez été, je souhaite remercier la merveilleuse personne que vous êtes.

A tous les professionnels de santé qui ont contribué à l'élaboration de mon identité professionnelle. Je vous remercie de m'avoir rappelé la raison pour laquelle j'exerce ce métier, le plus beau du monde.

A toi Simon. Je te remercie d'avoir passé des heures à m'écouter me relire ou du moins, à faire semblant. Merci d'avoir été là, du début à la fin et de m'avoir soutenu durant cette dernière année de formation.

A ma tante, Nolwenn. Je te remercie pour l'aide précieuse que tu as su me donner à quelques jours du rendu de mon mémoire. Toi qui connais si bien l'ampleur d'un tel travail...

Et enfin, à vous, mes amies de promotion. A l'aube de devenir infirmière, c'est vers vous que je me tourne. Nous y sommes. Alors comme le disait notre formatrice fétiche : que la force soit avec vous.

I. Introduction et cheminement vers la question de départ

J'étais en stage de semestre 5 en réanimation médicale, lorsque la situation que j'ai décidé de vous raconter s'est produite. Ce stage était mon choix, ce milieu inconnu à mes yeux m'attirait sans que je sache pourquoi. Sans doute car je l'associais à l'urgence et à la technicité que l'on y trouve. J'étais stressée mais j'avais hâte. Je savais que ce ne serait pas facile, et je m'y étais préparé. Et pourtant, malgré ça, la réalité a été bien différente de ce que j'avais pu imaginer. Et oui, la réanimation est un lieu à part, un endroit où la mort se joue parfois de la vie, un endroit où l'on réanime à proprement dit. Je suis arrivée en stage le 31 août et depuis, les jours ont défilé et les semaines se sont suivies sans se ressembler. Très vite, je me suis aperçue que ma « soi-disant préparation mentale » était insuffisante au regard de ce que j'étais amenée à rencontrer. On m'avait dit qu'en réanimation on pleurait 2 fois, la première à l'arrivée et la deuxième lors du départ, j'avoue avoir dérogé à la règle plus d'une fois. Et pourtant j'aimais ce que j'y retrouvais. J'étais à la fois impressionnée et admirative du travail des équipes, doutant de ma capacité à en faire autant. Une technicité incroyable, des machines dans tous les sens et pourtant loin d'être infaillibles, des infirmiers dont les connaissances étaient impressionnantes et surtout des soignants prêts à tout. Prêts à réagir à chaque instant tels des soldats, formés au combat contre la mort. C'était ça la réanimation : pas de failles, on réanime un cœur, et après on voit. En tous les cas c'était mon ressenti, jusqu'à Madame X, qui a tout chamboulé. Là, il n'était plus question de réanimer un cœur, non, devant moi, il y avait quelqu'un qui souffrait, de l'intérieur. Et j'étais loin de m'imaginer le sentiment qu'elle ferait ressurgir en moi.

1. Intérêt professionnel

Je n'ai pas attendu d'arriver en dernière année d'école d'infirmière pour mettre en lumière certains sentiments, certaines émotions. Non. Mais à vrai dire, il y a un sentiment particulier qu'il m'est arrivé de croiser, plusieurs fois. Vous savez, c'est celui qui vous empêche de déplacer vos montagnes, celles que vous vous étiez fixées. Étonnement, il était toujours suivi de frustration, de colère, d'incompréhension. Et je n'ai jamais cherché à l'explorer, me confortant au fait qu'il n'y avait pas de réponse universelle. Et puis il a fallu que ce sentiment, nommé dans les livres « sentiment d'impuissance » se mélange à la mort à proprement dit pour que je décide de m'y intéresser. Ces deux concepts mélangés : mort et impuissance étaient mes deux plus grandes peurs. En effet, j'ai toujours eu peur d'aborder la mort. Non pas qu'elle m'effraie, ce qui me gênait davantage c'est tout ce qu'elle engendrait. Alors m'imaginer face à un ou une patiente suicidante, était inenvisageable. Et puis, un

jour, j'ai dû y faire face. Et à ma grande surprise, je n'ai pas fuit, non. En revanche, là où j'ai eu le sentiment d'échouer c'est lorsque j'ai ressenti la satisfaction d'avoir contribué à sauver la vie de "MA" patiente alors que cette dernière m'opposait son désespoir d'avoir échoué dans sa tentative de suicide. Et puis j'ai discuté, interrogé, questionné mes collègues. Et je me suis aperçue que ce que j'éprouvais au regard de la situation était partagée par de nombreux soignants. Tous étaient unanimes et désarmés. Beaucoup d'entre eux m'ont fait part de leur désarroi, de leur impuissance. Je suis alors rentrée chez moi pleine d'interrogations. Des questions informelles pour lesquelles je n'aurai jamais de réponses et des questions universelles pour lesquelles, je le sais déjà, il n'y a pas de bonnes réponses. Mais il y en a. C'est donc pour comprendre et tenter d'appivoiser ce sentiment d'impuissance que j'ai décidé d'aborder cette thématique. Je suis restée trop de fois dans l'ombre des réponses. Et aujourd'hui à l'aube de devenir infirmière, il me tarde de comprendre l'origine de ce sentiment pour l'appivoiser. Car je le sais : c'est en le questionnant que je trouverai le chemin qui me permet de l'accepter et de travailler avec lui et non pas contre lui.

2. Situation d'appel

Il est 7h du matin lorsque l'infirmière de jour et moi-même prenons notre poste. L'IDE de nuit commence ses transmissions. J'apprends ainsi que Mme X, 54 ans, est ici pour intoxication médicamenteuse volontaire. Elle est arrivée hier soir, elle est actuellement intubée, commence à se réveiller et l'extubation est à faire ce matin si l'épreuve de sevrage réalisée à 8h est concluante. Mme X a une sonde urinaire et deux voies veineuses. Ses mains sont maintenues par des attaches, car elle risquerait de s'extuber seule. Je commence donc la matinée avec ces informations. Il a été convenu avec l'infirmière que je prenne en soin l'autre patiente du secteur et que je la rejoigne en fonction de mon temps chez Madame X. Je n'ai donc pas assisté à la totalité du tour de 8h. Cependant, j'étais présente lors de l'épreuve de sevrage et sur la fin de la matinée. Je rejoins donc l'infirmière en cours. La patiente est un peu agitée, plutôt réveillée. Bien que l'infirmière ait expliqué à la patiente que la communication allait être compliquée avec la sonde d'intubation et qu'il était nécessaire de rester calme, la patiente cherche à s'exprimer. Elle souhaite nous dire quelque chose. Nous lui apportons donc une ardoise et un crayon. Entre-temps le mari de Madame X appelle : j'en apprend un peu plus sur l'histoire de vie de cette dame. Parmi les informations données, Monsieur X souligne que son épouse a été violée, enfant, par son père, qu'elle avait effacé le souvenir de sa mémoire et que ce traumatisme est brutalement réapparu à sa conscience il y a 4 ans. Depuis, son épouse est en souffrance. Je recueille ces précieuses informations et nous revenons à Madame X. Sur l'ardoise, la patiente nous transmet des soucis au niveau de ses dents ? troubles de la déglutition ? Nous avons des

doutes car l'écriture est difficilement lisible. Nous retenons que la patiente s'inquiète de cette extubation rapide au vu d'un problème localisé au niveau de la mâchoire. Nous transmettons ces informations au médecin qui nous confirme que nous pouvons extuber Mme X car cela fait seulement 24h que la patiente est intubée et que l'épreuve a été réalisée avec succès. J'avais déjà remarqué auparavant, lors de différentes prises en soin, que l'extubation est toujours un moment très attendu. Bien que ce soit un soin stressant, pour nous comme pour le patient, il est synonyme d'avancée, de mieux être. Alors, quel soulagement lorsque tout se passe bien. Et surtout, quelle satisfaction... C'est la délivrance ! Mme X est tirée d'affaire... et nous en sommes fières ! L'interne nous rejoint dans la chambre et s'adresse à Madame X en lui demandant si ça va et si elle se souvient de ce qu'il s'est passé, ce à quoi elle répond oui. Et tout de suite, elle enchaîne, justifie son geste par ses dents qui la gênent depuis maintenant 4 ans. A vrai dire, à ce moment même, j'ai l'impression que Madame X s'égaré, qu'elle est confuse, que ce qu'elle raconte est décousu. L'interne détourne lui aussi la conversation car ce que lui répond Madame X lui semble inadapté. Puis il repart. Le temps passe et nous enchaînons nos actions quand vient le moment où je me retrouve seule avec la patiente. Je sens qu'elle cherche mon attention et souhaite me dire quelque chose. L'émotion monte de son côté, Madame X ne pleure pas encore, mais ses yeux sont brouillés, ses lèvres tremblotantes et je distingue un sourire timide, hésitant. Instinctivement je lui demande si elle souhaite me parler d'une chose en particulier. Elle me répond oui, et m'invite à ses côtés. Tout naturellement, je m'assois près de son lit et je l'écoute. Très vite, Madame X refait allusion à son problème de mâchoire, justifiant ainsi son geste : « vous savez, ça fait 4 ans que mes dents me font souffrir, je n'en pouvais plus ». Note à moi-même, les 4 ans dont elle me parle concordent avec la mise en route des souvenirs traumatisants de Madame X. Dans ma tête, les questions fusent, les liens se font et se défont : et si cette résurgence d'un passé traumatisant était le point de départ de cette avalanche ? A ma grande surprise, je n'hésite pas à la questionner, à avancer le sujet de la mort, sans le contourner. Moi qui n'avais jamais été confronté à une telle situation, je prends mon rôle au sérieux et je veux savoir pourquoi elle en est arrivée là, pourquoi elle a choisi d'arrêter sa vie, qui est à mon sens si précieuse. Et très facilement la patiente me raconte son enfance, me parle de ses enfants, de son ancien métier, une vie normale jusqu'à ses 50 ans. Les émotions sont présentes. Et lors de cette conversation tout me déroute. Tout me déroute, car j'ai en face de moi une dame qui me paraît être très au clair avec sa situation. Elle se souvient parfaitement de ce qu'il s'est passé, ne regrette pas son geste. Elle me raconte sa vie en détails, avec aisance. Sans pudeur et avec l'intention de ne rien me cacher. En tous les cas, c'est l'impression qu'elle me donne, ce que je ressens. C'est paradoxal, mais à ce moment précis, lorsqu'elle me confie une partie de sa vie, j'ai l'impression qu'elle va bien. Entre deux moments de nostalgie, elle me sourit. Et puis cette attitude, son attitude me perd. Elle n'est pas dans le refus de soin, accepte mon aide et surtout la déclenche. Car c'est elle qui a souhaité me parler de ça. Elle m'indique également que la présence de son mari lors de son geste

était voulue, comme si elle avait souhaité qu'il la retrouve avant qu'il ne soit trop tard. Finalement, face à ces attitudes et son sourire j'ai l'intime conviction qu'elle me demande de l'aide, comme si ce n'était pas un hasard qu'elle soit ici en réanimation, en vie. D'ailleurs le hasard, j'ai essayé de lui en parler, de la convaincre : « moi j'y crois au hasard, vous savez. Vous y croyez-vous ? Si vous êtes ici, ce n'est pas pour rien. En tous les cas, c'est mon ressenti ». Mais dès que j'aborde la vie, la pulsion de la mort et son envie de mourir se réaffirment, rien ne semble les enrayer : « je veux mourir, je n'en peux plus ». C'est ce qu'elle me dit, ce qu'elle veut que je comprenne. Comment faire ? Que dire ? Qu'est-ce que je dois comprendre ? Son attitude me dérouté. Je perçois des signaux contradictoires entre ce qu'elle me laisse voir, ses émotions et ce qu'elle me dit. En tous les cas, c'est ce dont je me persuade. Et je ne sais pas comment faire pour apprivoiser cette discordance. Finalement, je suis impuissante, j'ai l'immense conviction que cette dame me demande de l'aide, mais est-ce réellement le cas ? N'est-ce pas une interprétation ? Une fausse idée ? Pour me protéger peut-être ? Au bout de 45 minutes d'entretien je mets fin à cette discussion durant laquelle j'ai longuement écouté Madame X, cherchant des arguments pour qu'elle reprenne le goût de la vie. Je sors de la chambre en sachant que je ne la reverrai jamais, car elle change de service cet après-midi et qu'il est temps pour moi de partir. Je ne saurai jamais la fin de l'histoire. J'ai l'impression d'avoir été là, d'avoir tendu une main et une oreille pour écouter son désarroi. J'ai tout donné, essayer de trouver les arguments, mais pour qui les ai-je vraiment trouvés ? Un sentiment de culpabilité mélangé à une forte impuissance vient s'imposer à moi. Et la question du pourquoi se pose naturellement.

3. Cheminement vers ma question de départ

Que dois-je répondre à cette dame ? Quelle attitude dois-je adopter ? Qu'est-ce qu'elle me dit ? Qu'est-ce qu'elle veut que je comprenne ? Qu'est-ce que je veux comprendre ? Dois-je lui dire que je ne suis pas d'accord ? Comment lui parler ? Pourquoi est-ce que je souhaite qu'elle vive à tout prix ? Pourquoi ai-je la sensation de ne pas y arriver ? De ne rien pouvoir faire ? Pourquoi cela me gêne que sa vie dépende uniquement d'elle et plus de nous ? Qu'est-ce que je fais, ressens, interprète ? Pourquoi tant de questions ? Et puis pour qui seront les réponses ? Elle ou moi ? C'est l'ensemble de ces questions qui m'ont permis de cheminer vers ma question de départ : Dans quelle mesure l'expression d'une perte d'élan vital par une patiente suicidante qui vient d'être extubée contribue-t-elle à l'émergence d'un sentiment d'impuissance chez une IDE exerçant en réanimation ? Afin d'étayer ma question de départ, je vais, dans un premier temps, plonger le lecteur dans l'univers de la réanimation. Univers parallèle, au sein duquel la vie danse avec la mort et pour lequel l'ultra technicité se met au service de la plus grande vulnérabilité. Ensuite, j'aborderai quelques notions épidémiologiques autour

de trois concepts : crise suicidaire, tentative de suicide et suicide, puis je retracerai le cheminement d'un patient suicidant afin de définir la perte d'élan vital. Enfin, j'aborderai la toute-puissance des soignants à l'origine de l'impuissance, le sentiment de désillusion auquel ils font face et les mécanismes de défense mis en place pour le contrer.

II. Cadre conceptuel

Afin de réaliser mon cadre conceptuel, j'ai consulté des articles scientifiques, recherché des données épidémiologiques et lu ce que les auteurs disaient à propos de mon sujet. Pour autant, dans l'objectif de conserver une certaine authenticité dans mon écrit, j'ai souhaité lire divers témoignages à la fois de soignants mais aussi de patients. Ce dernier est donc divisé en trois parties abordant chacune une notion en rapport avec ma question de départ : la réanimation, le patient suicidant et le sentiment d'impuissance.

1. Immersion en réanimation

1.1. Entrez dans un univers parallèle

« La réa, un univers, un monde avec ses règles, ses codes, son ambiance et ses couleurs, ses sonorités c'est-à-dire, ses bruits, tous reliés à la maladie [...] Le mot définit bien la fonction de l'endroit. Il s'agit de vous ré-animer, c'est-à-dire vous maintenir puis vous redonner de la vie et de l'âme, de l'animation » (Labro, 1996, p.31). La réanimation, selon Nadia Lanker, aide-soignante, « c'est un endroit fermé : il faut montrer patte blanche pour y pénétrer » (2020, p.1). Cette sensation d'endroit isolé, Armand Kazek, psychologue clinicien, l'explique d'une part par la situation géographique de la réanimation, souvent à part des autres services et d'autre part, par son fonctionnement : temps de travail en 12h, conditions d'accès difficiles... Et enfin par la maladie. Car la maladie qui vous emporte en réanimation, vous amène plus loin. (Kazek, 2015). Elle conduit le malade à découvrir un monde parallèle que Philippe Labro, célèbre journaliste Français, décrit dans son livre La Traversée. Pour lui, c'est un monde à part, dans lequel il a vu « Des monstres, des anges, des paysages et des visages, du vide et du trop-plein, de la compassion, de l'horreur et de l'amour » (1996, p.33). Armand Kazek ajoute à ces propos le défi de la temporalité qui fait de la réanimation, un autre univers. En d'autres mots, il souligne qu'en réanimation, le temps est figé sur le moment présent, ne laissant de place ni au passé ni au futur (Kazek, 2015). Par ailleurs, le philosophe Français, Michel Grosclaude, emploie l'expression

« trou réa », expression elle-même employée par ceux qui y ont séjourné (2019, p.24). A tout cela s'ajoute la solitude, l'enfermement. « Cet enfermement et cette séparation des autres obligent à un recentrage sur soi. Le silence de la solitude laisse place au jeu bruyant du théâtre interne. » (Kazek, 2015, p.815). Mais paradoxalement, face à ce silence, dans lequel le patient se mure, il y a la vie, le mouvement, l'agitation. Selon Nadia Lanker « Le service de réanimation est une grande ruche agitée et bruyante ». Et le personnel soignant, « de petites abeilles qui travaillent sans cesse » (2020, p.1). Cette sensation de vacarme intense, Philippe Labro l'a aussi cernée. D'après lui, « C'est le désordre, le charivari, le maelström, c'est un kaléidoscope qui s'agite furieusement et qu'aucune main ne se repose afin que l'image se stabilise. C'est du fragmenté, de l'éclaté, de l'atomisé » (1996, p.75). Mais la réanimation c'est aussi un combat : celui de la lutte pour la vie.

1.2. Quand la vie danse avec la mort

« Etymologiquement et culturellement, la ré-animation, en ce qu'elle redonne le souffle, est aussi celle qui redonne la vie. » (Séguret, 2012, p.575). Et pourtant, selon Nadia Lanker, aide-soignante au sein d'un service de réanimation : « La mort est partout » (2020, p.1). Selon elle, l'une ne va pas sans l'autre, « la vie et la mort se croisent, se heurtent, se bousculent... elles se font même violence. Elles dansent ensemble et se retrouvent réuni[e]s au chevet du patient. » (2020, p.1). Dès lors, selon Michel Delage, l'incertitude est au cœur des préoccupations de tous, ceux qui agissent et ceux qui assistent. Il explique alors l'intérêt d'agir vite et bien. Et il appelle cela « la temporalité de l'urgence » (2017, p.192). Selon lui, « la lutte pour la vie n'attend pas et ne laisse guère de place à la réflexion » (2017, p. 192). Ainsi pour agir vite et bien, auprès de patients dont l'état est gravissime, les moyens déployés sont impressionnants. On distingue : les moyens humains et les moyens techniques.

En France, les moyens humains sont régis par le code de la santé publique. Ce dernier pose un cadre très clair et relatif à la réanimation quant au nombre de soignants minimum pour un groupe de patients. Il indique que « sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation adulte comprend au minimum : deux infirmiers ou infirmières pour cinq patients ; un aide-soignant pour quatre patients ». (Cité par Tamburini, 2021). Par ailleurs, selon la dernière version en vigueur, il assure également que « l'unité de réanimation dispose d'une pièce, en son sein ou à proximité immédiate, permettant aux médecins d'assurer la permanence médicale sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année » (Article D6124-28, Code de la santé publique, 2006).

Pour autant, malgré l'importance de ces moyens, Nicolas-Meunier Beillard, doctorant en sociologie, l'affirme : « la mortalité dans les services de réanimation médicale n'est pas un phénomène

marginal mais bien au contraire présent quotidiennement » (2015, p.44). Et en effet, d'après le rapport réalisé par l'IGAS en 2009 : « plus d'un décès hospitalier sur cinq a lieu dans un service de réanimation ou de soins intensifs » (Inspection générale des affaires sociales [IGAS], 2009, p. 30). Par ailleurs, selon Nicolas Meunier-Beillard, la lutte contre la mort s'avère être un objectif à haut risque ; tant pour les professionnels qui sont renvoyés trop souvent à l'échec de leur mission ; mais aussi pour les patients dont la prise en soin nécessite la mise en place d'une haute technicité, au profit de leurs corps devenant parfois objet de soin.... (Meunier-Beillard, 2015). Dès lors, la confrontation entre l'extrême vulnérabilité et la haute technicité pose parfois question...

1.3. La confrontation de la vulnérabilité à l'ultra technicité

Selon la SFAR, société française d'anesthésie et de réanimation : « La réanimation est un service spécialisé où sont hospitalisés les patients les plus graves. Ils y bénéficient d'une surveillance constante des fonctions vitales comme la ventilation, l'oxygénation, la pression artérielle, les fonctions cardiaque et rénale. Si besoin, une assistance de ces fonctions vitales peut être mise en place afin de permettre si possible la survie du patient » (Société Française d'anesthésie et de réanimation [SFAR], 2021). D'après le doctorant en sociologie, Nicolas Meunier-Beillard, en réanimation, les objectifs de soins sont les objectifs de soins dits « de réparation ». C'est à dire que « Les soins mis en œuvre visent à faire recouvrer au patient un état de santé antérieur ou tout au moins, le moins dégradé qu'il soit possible de retrouver, par la restauration des organes vitaux ou le traitement curatif des pathologies » (2015, p.42). Pour ce faire, les moyens mis en place sont énormes. René Robert, chef de service de réanimation au CHU de Poitiers décrit la réanimation de la sorte : « Des machines, bruyantes, des fils pour des malades branchés de partout. Des gestes invasifs portés par des aiguilles menaçantes, des tuyaux reliant le patient à ces machines de suppléance artificielle [...] Du monde, beaucoup de monde, infirmières, aides-soignantes, kinés, médecins » (2017, p.97). Et au milieu de tout ça « le malade est allongé sur le lit, souvent plongé dans un coma médicamenteux. Nu, sa pudeur malgré tout protégée par un drap ou un tissu coloré. Exposé dans toute sa vulnérabilité. » (Robert, 2017, p.97). A cette description, viennent s'ajouter diverses dimensions. Nicolas Meunier-Beillard précise que même si le malade est conscient, « il se trouve profondément désorienté, privé de ses repères et de son environnement familial » (2015, p.46). Il expose alors un risque majeur : « la dépersonnalisation du malade et du mourant » (2015, p.46). Michel Delage, psychiatre et auteur de « La vie en réanimation », accentue ce risque en précisant que « le sujet dont il est question n'est pas un acteur. Il est là, sans être là. Son corps le représente » (2017, p. 192). Dès lors, selon lui, le patient deviendrait « objet de soin » atteignant de ce fait un degré de vulnérabilité extrême. (2017, p.192). Ainsi, le témoignage de la psychanalyste Nadia Hassine prend tout son sens lorsqu'elle assimile le service de réanimation à un

lieu de régression. Selon elle, « travailler en réa, c'est prendre soin de quelqu'un dépendant entre nos mains, parole ravie, fonctions vitales du corps ayant besoin d'un tiers pour s'exercer » (2019, p. 99). Selon elle, c'est en cette raison que le patient peut être amené à revivre une condition de dépendance absolue qu'il n'a connu jusque-là qu'au tout début de sa vie, lorsqu'il était encore nourrisson. N'y a-t-il pas là, question à se poser ? Avant cela, il convient de s'intéresser à l'une des plus grandes fonctions vitales de notre corps : la respiration, qui elle aussi, peut être suppléée par l'ultra haute technicité.

1.4. L'extubation, un nouveau souffle de vie

“Si le droit à la vie est le premier des droits de l'homme, il laisse apparaître que, si l'homme a des droits, il a aussi des devoirs : s'il veut vivre, il doit d'abord respirer.” (Jonquet, 2003)

Selon le dictionnaire Larousse, respirer c'est : « absorber et rejeter l'air par les voies respiratoires ». C'est « vivre, être en vie » (s.d). Et si pour ce dernier, la vie est associée à l'air que l'on respire, il convient que d'en manquer, nous conduit inévitablement à la mort. Seulement, penser que la respiration se définit par la vie n'est pas anodin. Cela provient en fait de notre acculturation. En effet, c'est d'abord la religion égyptienne qui, grâce au mythe d'Osiris à, introduit le souffle comme facteur de vie. La bible quant à elle, relate de nombreux passages selon lesquels le souffle entretient une relation singulière avec la vie. Par ailleurs, dans l'Ancien Testament, de nombreux passages tel que : « je mettrai en vous un souffle et vous vivrez » nous laissent à penser que vie et respiration sont dépendants l'un de l'autre. Aujourd'hui, de nombreuses littératures portent les traces de cette accointance, expliquant ainsi que nous nous sommes imprégnés de cette culture biblique. (Jonquet, 2003). Néanmoins, la respiration reste bel et bien une fonction vitale. Alexandre Jacquelin, thérapeute humaniste expérientiel en sophrologie précise que chaque minute, de l'air rentre et sort de nos poumons environ 12 à 15 fois. L'être humain consomme environ un demi litre d'air par cycle au repos, et jusqu'à 4 litres par cycle, à l'effort. Respirer est donc essentiel. Et bien que nous respirons de manière automatique et inconsciente la plupart du temps, la respiration est la seule fonction vitale du système nerveux autonome sur laquelle nous sommes capables d'agir. (Jacquelin, 2017). Mais en réanimation, il arrive parfois que les patients ne soient plus en capacité de le faire par eux-mêmes. Ainsi, c'est une machine, appelée respirateur, qui se charge de le faire. Et hasardeusement, nombreux d'entre eux portent le nom de certains personnages de la mythologie ou de la bible. (Jonquet, 2003). Plus théoriquement, le respirateur est « une machine qui respire à la place de la personne » (Manuel MSD, 2020). C'est-à-dire, que durant la période où le patient est intubé, il ne respire plus de lui-même. Il est soit aidé, soit remplacé par cette machine qui lui procure une ventilation artificielle. Dès lors, selon Philippe Labro, célèbre journaliste Français, parler d'extubation, c'est parler de délivrance : « une

lente et profonde satisfaction m'envahit. Je ne suis plus prisonnier ! » (1996, p.190). Pour lui, c'est un moment de reviviscence, il respire de nouveau et redécouvre le souffle de la vie.

« Il n'y a plus de machine. Il n'y a plus de sonneries. Il n'y a plus de souffle rauque. Il n'y a plus de tube. Il n'y a plus cette menace permanente que je sentais peser dans la pièce, autour et au-dessus de moi. Il n'y a plus ce fleuve épais, chaud et noir, qui dévorait mes poumons. [...] Je n'étouffe plus. Je ne crache plus. La force étrangère qui m'avait possédée a quitté mon territoire. Je ne suis plus occupé par les puissances ennemies » (Labro, 1996, p.189)

Nous l'avons vu, la réanimation est un service à part. C'est un monde dans lequel la mort se touche du bout des doigts, un univers dans lequel la vie et la survie deviennent un combat. C'est un service impressionnant où l'ultra haute technicité s'offre au service des êtres humains pour traiter les défaillances organiques qui ont mené ces hommes et femmes aux portes de la mort. Mais qu'en est-il lorsque le problème somatique n'est que la conséquence d'un problème psychologique ? Car oui, l'ultra haute technicité est en capacité de suppléer une fonction vitale. Mais l'est-elle tout autant lorsque la défaillance primitive est d'ordre psychique ? Car en effet, la prise en soin d'un patient suicidant en réanimation n'est pas rare et afin d'en étudier les subtilités il convient d'aborder quelques données épidémiologiques.

2. « Si la dépression est l'un des troubles les plus difficiles à comprendre, c'est sans doute que l'essentiel est invisible pour les yeux » (Gourion & Lôo, 2007, p.14)

2.1. Suicide, crise suicidaire, tentative de suicide

Selon l'OMS : « en 2019, plus de 700 000 personnes se sont suicidées : soit un décès sur 100 » (2021). Par ailleurs, la mortalité par suicide serait trois fois plus élevée chez les hommes, et ce, dans tous les pays. Une personne sur vingt déclare avoir réalisé une tentative de suicide au cours de sa vie et chaque année, environ 700 000 personnes sont hospitalisées pour ce motif, dont 65% de séjours féminins. L'intoxication médicamenteuse volontaire s'avère être le mode opératoire dans huit cas sur dix. (Observatoire National du suicide, 2014). Alors quelles sont les spécificités derrière ces trois termes : suicide, crise suicidaire et tentative de suicide ?

Le terme « **suicide** » a suscité de nombreux changements. Sa définition, tantôt trop directive et/ou pas assez élaborée, a subi de nombreuses modifications. Aujourd'hui, il existe de diverses

définitions et toutes convergent vers le même point même si certaines soulèvent des subtilités que d'autres ne relèvent pas... J'ai choisi de reprendre la définition proposée par Emile Durkheim, grâce à laquelle il a introduit son étude de sociologie sur le suicide en 1897. D'après ce dernier, le suicide correspond à « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (Cité par Pierre Moron, 2005, p.15). A travers ces termes, le sujet a donc pleinement conscience de la finalité de ce qu'il entreprend, c'est d'ailleurs le but recherché. Par ailleurs, la finalité du suicide est donc toujours la même, à la différence de la **crise suicidaire**, que la haute autorité de santé définit de la sorte :

« La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte » (HAS, 2006).

Ainsi, le terme « crise suicidaire » suggère de l'incertitude, elle peut mener ou non à la mort. Mais tant que cette dernière n'est pas avérée, alors, on parle de crise suicidaire.

Quant à la **tentative de suicide**, Pierre Moron, professeur de psychiatrie et de psychologie médicale, l'a définie de manière concise et précise. Il s'agit pour lui, « d'un acte incomplet se soldant par un échec » (2005, p.15). Alors que lui-même définit, le suicide comme « acte de se tuer, acte réussi sanctionné par la mort, par définition étymologique » (2005, p.15), il choisit de mettre en valeur uniquement la différence de la finalité, qui se solde par un échec dans la tentative de suicide. Et pourtant, Jean-Louis Terra et Michèle Pacault-Troncin, respectivement professeur des universités et praticienne hospitalière apportent une information précieuse qui vient bousculer la définition proposée par le Professeur Moron. En effet, les deux auteurs se sont basés sur des études portant sur la raison qui peut motiver de tels épisodes. Et le résultat de ces dernières a montré que de nombreux survivants n'avaient jamais eu l'intention de se tuer. Ainsi, Kreitman en 1977 a privilégié la définition suivante pour qualifier la tentative de suicide : « tout acte n'entraînant pas la mort, lors duquel un individu se blesse lui-même de manière délibérée ou ingère une substance dans une quantité excédant la quantité prescrite ou dépassant le dosage normal » (Cité par Terra & Pacaut-Troncin, 2008, p.326). Ainsi, seul l'auteur de son acte est au clair de ses volontés, qui sont ou non, celles de mettre fin à ses jours. Jean-Louis Terra et Michèle Pacault-Troncin affirment que cette définition est « très utile car elle ne précise pas l'étendue de l'intention suicidaire et correspond au fait que les personnes visent plus l'arrêt de leur souffrance que leur propre mort » (2008, p.326). De la sorte, la différence entre suicide et tentative de suicide n'est pas nette :

« En fait, ces deux notions se recoupent de manière importante car certaines personnes qui n'avaient pas du tout l'intention de se donner la mort succombent aux effets d'un surdosage médicamenteux, tandis que d'autres dont le but était de mourir sont réanimées » (Terra & Pacaut-Troncin, 2008, p.326).

Alors, après avoir défini ces termes, il s'avère intéressant de comprendre le cheminement d'un patient suicidant.

2.2. Comment devient-on patient suicidant ?

« Ni la force morale ni la volonté ou le courage ne mettent à l'abri de la dépression. Churchill souffrait de sévères dépressions et, à l'évidence, il ne manquait d'aucune de ces qualités ! Certains semblent protégés et ne sombrent pas dans la maladie même après de profondes blessures de vie » (Gourion & Lôi, 2007, p.11).

Pourquoi ? Parce que « la dépression est une maladie, une souffrance profonde et sourde » (Gourion & Lôi, 2007, p.11), « une maladie aussi tangible que le diabète ou l'asthme » (Gourion & Lôi, 2007, p.16), « dont la plus redoutable complication est le suicide » (Gourion & Lôi, 2007, p.11). En revanche, certains facteurs précipitent le risque de tomber malade. Selon Jean-Louis Terra et Michèle Pacault-Troncin il y aurait 3 facteurs : les facteurs précipitants, les facteurs de prédispositions et les troubles mentaux (2008). Les facteurs dits précipitants sont les éléments déclencheurs : la maladie d'un proche notamment. Les facteurs de prédisposition sont ceux qui augmentent le risque de passage à l'acte, une personnalité dépressive par exemple. Et puis il y a les troubles mentaux regroupant la dépression ou encore l'abus de certaines substances. Selon cette première classification, nous pourrions croire qu'il suffit de ne pas rentrer dans ces cases pour ne pas sombrer dans la dépression. Alors afin de démontrer toute la complexité du chemin qui mène l'individu de la dépression vers la tentative de suicide, j'ai choisi de me pencher sur une deuxième classification.

Pierre Moron, psychanalyste, ne parle pas de « facteurs » mais « d'influences ». (2005, p.21-25). Et son classement, davantage détaillé, lui permet de tirer des conclusions entre coïncidence et réalité. Pour lui, trois types d'influences interviennent : l'influence physique, l'influence psychologique et l'influence sociale. Au sein de la première, il regroupe l'état atmosphérique, les influences géo-démographiques et les influences somatiques. De la sorte, il distingue des variations du taux de suicide selon les régions, chose à laquelle il ne trouve pas d'explication et repère que le suicide augmente avec l'âge. Il accorde également une attention particulière à la période de menstruation chez la femme car une plus grande fréquence du suicide aurait été détectée dans la période prémenstruelle. Au sein des influences psychologiques : il regroupe l'hérédité, la constitution mentale et les expériences vécues

dites malheureuses. Mais il précise que « l'héritage porte sur la pathologie psychotique, non sur la conduite suicidaire » (Moron, 2005, p.24). Concernant la constitution mentale : selon lui, « toutes les variétés de caractère se rencontrent chez les suicidants. Mais certaines dispositions caractérielles (labilité affective, émotivité, impulsivité) inclinent davantage aux réactions suicidaires » (Moron, 2005, p.24). Et, enfin, il parle d'influences sociales dans lesquelles la famille, la profession, la religion, les événements politiques, sociaux, économiques et les médias entrent en jeu. En conclusion, retenons que la dépression qui mène au suicide est une pathologie à part entière. Que « le suicide est multifactoriel ! Il n'existe pas un risque, une cause, une raison mais bien plusieurs étroitement associés, s'inscrivant à la fois dans une histoire personnelle, un contexte familial et environnement social. C'est une accumulation de facteurs » (Infosuicide, 2022, p.4). En revanche, un point commun unit les personnes suicidantes : la perte d'élan vital...

2.3. La perte d'élan vital : le ressenti de la personne suicidante

« [...] Un retour à un mode de pensée ralentie, une difficulté à se souvenir, à rêver et à créer, une parole difficile, la confrontation au vide, l'envahissement ou la coupure des affects, des somatisations importantes souvent douloureuses ou l'anesthésie des sensations physiques... [...] Tout semble s'arrêter ; c'est la perte de l'élan vital » (Van Damne, 2002, p.111).

Voici la manière dont Pierre Van Damne définit la dépression. Selon l'Inserm, la perte d'élan vital, symptôme principal de la dépression, se définit comme étant « une perte d'intérêt et du plaisir à l'égard des activités quotidiennes, mêmes celles qui étaient habituellement plaisantes (anhédonie) » (2019). Pierre Van Damne fait alors le rapprochement : selon lui, dépression et régression sont deux termes étroitement liés :

« Sur le plan étymologique, "depressere" en latin signifie rabaisser, tirer vers le bas. C'est l'expérience de tomber, de chuter, d'être écrasé, enfoncé, d'être en creux [...] rapprochement possible avec la régression qui, au niveau étymologique, signifie recul, diminution, retour à un état antérieur, perte ou atrophie » (Van Damne, 2002, p.110).

Dr David Gourion et Pr Henri Lô, ajoutent qu' « A cette souffrance s'ajoute une "seconde punition" : *la honte d'être soi*. Les sentiments d'impuissance, d'incompréhension et de rejet de soi enferment dans un étouffant silence. [...] La motivation chute. Le sentiment d'incapacité devient majeur. Il nourrit la vision pessimiste de soi, de l'environnement, du passé comme de l'avenir. Un cercle vicieux insidieux s'installe » (2007, p.41).

Selon, William Styron, « La dépression est un dérangement de l'esprit si mystérieusement cruel et insaisissable » (2006, p.21), qu'elle « demeure un immense mystère » (2006, p.25). Et pourtant, il tente de la décrire : « Le sentiment de perte, dans toutes ses manifestations, est la clé de voûte de la dépression [...] la perte de tout respect de soi est un symptôme bien connu, et pour ma part, j'avais pratiquement perdu tout mon sens de mon moi, en même temps que toute ma confiance en moi » (2006, p.89). Et « Si la dépression est l'un des troubles les plus difficiles à comprendre, c'est sans doute que l'essentiel est invisible pour les yeux » (Gourion & Lôo, 2007, p.14). Pourtant, Dr Gourion et Pr Lôo l'affirment : « la dépression est une maladie du corps et de l'esprit. D'ailleurs, les symptômes physiques sont parfois les premiers à apparaître » (2007, p.43). Parmi eux, il y a la perte d'énergie ; les nuits blanches ; la perte de libido ; le comportement alimentaire et de pénibles douleurs corporelles (2007). Malheureusement, « Les spécialistes les plus honnêtes reconnaissent franchement qu'une dépression grave se prête mal à un traitement aisé [...] cette impuissance à soulager le mal est l'un des facteurs le plus pénibles de la maladie à mesure que la victime en prend conscience, un facteur qui en outre la situe sans ambiguïté dans la catégorie des affections graves » (Styron, 2006, p.24)

Nous l'avons vu précédemment, en réanimation, les patients sont exposés dans toute leur vulnérabilité, laissant ce qu'ils ont de plus cher, à savoir leur santé, au service du savoir et de la technique médicale. Le patient suicidant quant à lui, à sa caractéristique particulière qui n'est autre que son esprit est déjà fragilisé. Son état offre donc une disponibilité physique et psychologique qui le rend davantage docile. N'y a-t-il pas là question à se poser ? Pourrions-nous laisser notre pensée imaginer que la toute-puissance des soignants se heurte à cette vulnérabilité grandissante ? Jusqu'à générer un sentiment d'impuissance chez le soignant...

3. Le sentiment d'impuissance

3.1. A l'origine de l'impuissance, la toute puissance

Le dictionnaire Larousse définit la toute-puissance comme étant une « puissance sans bornes, autorité absolue » (Petit Larousse illustré, 1991, p.975). Selon Blandine Vigneras, médecin au centre hospitalier de Saint Yreix, la puissance du monde soignant est une réalité. Elle a d'ailleurs distingué 3 causes qui en sont à l'origine : la société, les patients et les soignants.

Selon elle, les patients sont autant responsables de la toute-puissance du monde soignant, qu'ils en sont victimes. (2014,). Armand Kazek, psychologue clinicien, appuie ces propos avec l'argument suivant : ceux qui sont hospitalisés en service de réanimation nécessitent une prise en

charge particulière tant leur état est grave. Ainsi, il considère que ces derniers ne sont pas aptes à définir ce qui est bien ou mal pour eux-mêmes, confiant alors cette responsabilité aux soignants. (2015). A cela, Blandine Vigneras répond qu'en confiant aux soignants ce qu'il a de plus cher, à savoir sa santé, le patient attribue aux soignants « un certain pouvoir, une force, une responsabilité » (2014, p.1). Armand Kazek va plus loin dans sa réflexion, en insinuant que « la maladie transforme le patient en petit enfant » (2015, p.814). Dès lors, il affirme que « tout comme le bébé ne serait pas suffisamment mature pour comprendre son environnement sans sa mère, le malade ne le serait pas non plus pour comprendre sa maladie sans les soignant » (2015, p.814). Quant à la société, selon Vigneras, elle aurait « conféré pendant longtemps aux soignants une certaine puissance, un pouvoir sur l'être humain fragilisé par la maladie » (2014, p.1). Ses propos laissent entendre qu'à l'époque, l'ignorance du peuple quant aux connaissances médicales aurait facilité la détention du pouvoir par le monde soignant. Aujourd'hui, bien que la société ne soit plus ignorante, elle continue, d'après Vigneras, à conférer aux soignants une certaine influence. En effet, d'après elle, notre volonté à vouloir maîtriser la vie nous conduit à mettre tout notre espoir au service de la science qui détient alors les pleins pouvoirs. (2014). Jean-Bernard Calbéra, infirmier d'origine, puis auteur d'un ouvrage intitulé « La profession infirmière », édité en 2003, confirme les propos de Vigneras. A travers ses écrits, il nous conte l'histoire de sa profession : pendant longtemps aux yeux de la société les infirmières ne sont que des religieuses qui prodiguent leurs soins gratuitement en guise d'offrande envers Dieu. Au milieu du XIXe siècle, la vision de la société évolue mais elle considère que pour être infirmière il faut être mariée et mère de famille. Aujourd'hui, bien que tout cela soit passé d'actualité, l'auteur affirme que la profession porte les stigmates de son histoire. En témoignent les motivations avancées par les futurs étudiants en soins infirmiers : « des arguments fondés sur l'altruisme, l'aide aux autres, des valeurs humanistes, l'humanitaire » (Delieutraz, 2012, p. 149). Aujourd'hui, les Français ont une vision idéalisée de l'infirmière. En 2015, selon l'étude menée par Sanofi et la seconde conduite par la Mutuelle Nationale des Hospitaliers, 90,7% d'entre eux ont déclaré que cette profession était admirable. (Trentesse, 2016).

Mais alors, qu'en est-il des principaux concernés ? De quelle manière les infirmiers vivent-ils la place à laquelle nous les avons attribués ? S'y complaisent-ils ?

3.2. La désillusion

Selon Delieutraz : « Soigner, soulager la souffrance, amener une évolution positive pour le patient telles sont les missions de l'infirmier lorsqu'il s'engage dans cette voie professionnelle » (2012 p.148). De la sorte, Phaneuf, doctorante en didactique, pense qu'au début de sa carrière, l'infirmière est remplie d'enthousiasme. Mais, d'après elle, les patients qui se succèdent et le temps qui passe seraient deux des causes de la désillusion infirmière. (2012). Pour Delieutraz, le temps est un facteur mais il s'agirait davantage de certaines situations cliniques qui viennent « interroger douloureusement nos velléités soignantes » (2012, p.151). Ces situations cliniques « poussent à la réflexion dans la mesure où elles font heurter notre volonté de soigner à une impossibilité d'aller plus loin dans le soin tel qu'on l'entend » (Delieutraz, 2012, p.151). Dès lors, Phaneuf établit la conclusion suivante selon laquelle la soignante se retrouverait elle aussi en échec si la technicité et les principes de soins pré établis s'avéraient impuissants au regard d'une situation clinique. (2012). Ainsi, selon elle, « l'infirmière qui voyait dans la maladie un ennemi à vaincre et dans son rôle un moyen de la combattre » fait face à son impuissance. (Phaneuf, 2012, p.3). Elle ne peut, ni « apaiser » ni « maîtriser le parcours du soin du patient en totalité » (Delieutraz, 2012, p.151). Delieutraz parle alors de limite venant mettre en lumière un sentiment d'échec, « l'impression que la prise en soin à échoué, voire que nous avons échoué » (2012, p.151). Margot Phaneuf choisit d'aller plus loin : selon elle, cette désillusion est accompagnée d'une autre souffrance, « d'une nature plus morale, celle de ne pas correspondre à l'idéal du soin qui est le sien, avec le sentiment qu'elle ne fait pas ce qu'elle devrait faire ou du moins, tout ce qu'il serait nécessaire de faire » (2012, p.3). Elle ajoute que l'infirmière « a été formée à l'efficacité et lorsque celle-ci devient inopérante, elle vit un grand sentiment d'impuissance, en tension continuelle entre l'idéal de l'entretien de la vie et la dureté de la réalité » (2012, p.2). Et malheureusement, selon elle, l'infirmière ne se permet pas toujours de réaliser et de conscientiser ce décalage, ce sentiment qu'elle ressent au regard de certains événements. Dès lors, elle garde ça pour elle et continue d'avancer. Car, parler de cette souffrance est encore tabou, cette dernière étant trop peu considérée, elle ferait même l'objet d'une méconnaissance. (Phaneuf, 2012).

Pourtant, Delieutraz, l'affirme : « rien de plus universel que la perte, et nous aidons bien souvent les patients dans des deuils divers, qu'ils concernent des pertes réelles ou symboliques. Mais nous sommes nous aussi, soignants, confrontés dans notre cheminement professionnel à des pertes : perte de notre idéal soignant ; perte de nombreuses représentations [...] ainsi qu'à une temporalité particulière (perte de l'idée de maîtrise et de solution type) » (2012, p.147-148).

Et bien que, selon Phaneuf, la souffrance des soignants dérange, Martine Ruzniewski accorde une importance particulière à la reconnaissance de cette dernière.

Car selon elle, « toute situation d'angoisse, de malaise, d'impuissance (...) engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'instaurant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse » (2014, p.546).

Alors quels sont les mécanismes abordés par Martine Ruzniewski ? Et qu'engendrent-ils ?

3.3. Les mécanismes de défense au secours de l'impuissance des soignants

D'après Henri Chabrol, professeur de psychopathologie, « les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement » (2005, p.31).

Le Docteur Alain Toledano ajoute à cette première définition la complexité et la variété de ces derniers en appréciant leurs rôles : ils « servent à se prémunir de sa propre souffrance et de celle de l'autre, autant qu'à apprécier sa subjectivité pour connaître ses limites et ses désirs » (Institut Rafaël, 2018). Et « Si chaque soignant pouvait être conscient de ses propres mécanismes de défense face à la maladie grave, et remettre en question parfois ses attitudes spontanées, cela faciliterait souvent la relation avec les patients en souffrance » (Institut Rafaël, 2018). Malheureusement, il s'avère impossible de citer la totalité de ces mécanismes, car selon Aurore Bevalot, psychologue : « il en existe beaucoup » (2020). En revanche, certains demeurent plus connus que d'autres. Il y a le déni, soit « le refus de percevoir une réalité vécue comme dangereuse ou douloureuse » ; l'humour « qui permet de présenter uniquement les aspects ironiques, plaisants, drôles d'une situation traumatisante dont on cherche à se défaire » ou encore l'évitement. (Bevalot, 2020). Et quels qu'ils soient, ils sont « une stratégie défensive que l'on va mettre en place [...] pour se prémunir de ce qui nous fait souffrir » (Bevalot, 2020).

Malheureusement, « le problème réside dans le fait qu'ils sont certes économisant sur le moment, car ils nous protègent et nous empêchent de nous confronter à nos peurs et nos conflits internes, mais comme il s'agit de pansements, ils ne règlent pas ces fameux problèmes. Pire encore, ils ne font que retarder le moment où on s'y confrontera véritablement » (Bevalot, 2020).

Selon le Dr Toledano, « S'alléger d'un savoir accablant, se décharger de son angoisse reste difficile. Parfois, la spontanéité, les réponses concises et lapidaires sont une façon de se protéger. Le patient n'aspire qu'au partage de la souffrance, tandis que le soignant assure la rupture définitive » (Institut Rafaël, 2018).

Pourtant, pour Séverine Delieutraz « Se pencher, s'interroger sur les situations nous mettant dans ce type de vécus peuvent permettre de mettre en évidence et de dénouer certains mécanismes. Nous allons ainsi pouvoir identifier quelques phases aisément reconnaissables, que sont le déni, la colère, le marchandage, la dépression, pour arriver à l'acceptation » (2012, p.154).

Elle ajoute également qu'il est « important de se resituer en tant qu'infirmier parmi d'autres infirmiers et parmi d'autres corps de métier. Ainsi, qu'un patient m'investisse, de façon négative ou positive, il m'investit moi soignante parmi d'autres soignants » (2012, p.155).

Au terme de ce cadre théorique, nous avons saisi que la réanimation est un univers à part, bruyant, dans lequel la mort se joue parfois de la vie. La lutte pour celle-ci s'avère alors être un objectif à haut risque. Et les moyens mis en place pour l'honorer impressionnent : l'ultra technicité au service de la plus grande vulnérabilité. Et si la réanimation est le lieu d'accueil des plus grandes défaillances organiques, il arrive parfois que ces dernières soient la conséquence d'une défaillance psychique. Mais derrière le terme "patient suicidant", se cache en vérité une maladie, mentale cette fois-ci. C'est la perte d'élan vital. Dès lors, au détour de situations cliniques qui viennent interroger certaines velléités soignantes, il arrive que l'infirmière soit confrontée à son impuissance. A son origine, la vision idéaliste que lui ont conféré pendant longtemps notre société et les patients. Mais ce n'est pas tout, cette impuissance, l'infirmière la doit peut-être à ses convictions qui lui ont permis de croire qu'en chaque maladie, réside un ennemi à vaincre. Mais c'est la désillusion, lorsque ses principes de soin et la technicité échouent, elle se retrouve alors, elle aussi, en échec. Et aujourd'hui, bien que la perte soit universelle, la perte de notre idéal soignant et de nos représentations reste masquée. Car, parler de ses souffrances reste un sujet tabou. Alors l'infirmière intériorise et passe au patient suivant. Inconsciemment, elle adopte ainsi ses propres mécanismes de défense.

III. Dispositif méthodologique du recueil de données

1. Choix de l'outil

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs pour la simple raison que ces derniers me semblent être l'outil le plus pertinent. En effet, je ne souhaitais pas mener un entretien directif qui, selon moi, laisse peu de libertés à la personne interrogée. Mais je ne souhaitais pas non plus réaliser un entretien non directif, reposant sur l'expression libre par peur d'être dépassée. L'entretien semi-directif s'est donc imposé à moi car il correspondait à mes attentes. De plus, je trouvais davantage confortable, pour un premier travail de recherche, de réaliser en amont de l'entretien, mon guide d'entretien. Cela me permettait de me rassurer mais aussi de laisser à la personne interrogée la place de s'exprimer sans pour autant la faire dévier.

2. Profil des interlocuteurs

Les professionnels que j'ai prévu de rencontrer ont deux profils différents : l'un est infirmier depuis 23 ans, il a diverses expériences et surtout des années de travail en réanimation. L'autre est une infirmière diplômée depuis 4 ans et n'a connu que le service de réanimation médicale. Tous deux exercent au sein du même service dans lequel j'ai moi-même effectué mon stage. C'est donc, par le biais de ce stage que j'ai pu prendre contact avec eux. D'abord avec Marion, qui m'avait précisé sa disponibilité sans même savoir mon sujet de mémoire, puis avec Sébastien (nom d'emprunt) dont j'ai eu le numéro grâce à Marion (nom d'emprunt). Je précise que sur ces 10 semaines de stage, j'ai travaillé avec chacun d'eux, seulement une journée. Par ailleurs, la situation que j'évoque lors de ma situation d'appel n'a nullement été vécue avec l'un deux. De la sorte, j'ai éloigné la possibilité d'influencer leurs réponses. Enfin, interroger deux profils opposés est un choix de ma part. En effet, à travers deux genres différents, deux âges opposés et deux expériences différentes je souhaite superposer leurs réponses afin d'identifier si tel ou tel critère se vérifie ou bien si telle ou telle réponse peut dépendre de l'une de ces caractéristiques.

3. Modalité des entretiens

Je prévois de rencontrer les professionnels dans un endroit neutre, calme et en dehors du service ou de tout endroit qui pourrait leur rappeler le milieu médical. Ces conditions me semblent importantes afin de laisser libre cours à leurs pensées mais aussi pour que leurs réponses ne soient

pas influencées par un environnement qui leur est familier. Je prévois d'enregistrer les entretiens à l'aide de mon téléphone mais aussi à l'aide de mon ordinateur au cas où l'un d'eux rencontrerait un problème. Bien sûr, c'est avec l'accord des deux professionnels et en leur ayant précisé que le contenu de nos échanges serait anonymisé que je débiterai ces derniers.

4. Objectifs des entretiens

Volontairement, les deux infirmiers que j'ai interrogés ne connaissaient ni ma situation d'appel, ni ma question de départ ou tout autre élément de mon cadre théorique. A leur demande j'ai accepté de leur donner pour seule information la thématique de mon mémoire, soit : le sentiment d'impuissance. Thématique qu'ils ont apprise au dernier moment de manière à ce qu'ils ne puissent pas effectuer de recherches. J'ai construit mon entretien grâce aux éléments clefs de ma question de départ et grâce aux diverses parties de mon cadre théorique. J'ai donc établi 13 questions qui ont pour objectifs : d'obtenir la définition d'un infirmier de réanimation selon un infirmier de réanimation ; d'identifier s'il y a des différences de points de vigilance entre une extubation « classique » et une extubation chez un patient suicidant ; d'apprécier le ressenti de l'infirmier lors d'une extubation ; d'identifier, s'il y a, les spécificités de prise en charge d'un patient suicidant ; de repérer les craintes ressenties lors de l'accueil d'un patient suicidant ; de verbaliser le sentiment d'impuissance et de mettre en lumière un éventuel lien entre ce sentiment et l'environnement dans lequel ils travaillent.

5. Limites du dispositif

Tout ce que j'avais prévu ne s'est pas déroulé de la sorte. Premièrement, mon premier entretien s'est déroulé au sein même de la réanimation sous la demande du professionnel. Malheureusement, ce que j'ai redouté s'est produit : à mon accueil, l'infirmier m'a précisé que notre entretien serait peut-être coupé au vu du travail qui l'attendait. Par chance, l'entretien s'est déroulé jusqu'au bout mais je pense qu'en face de moi, le professionnel était soumis à une pression temporelle qui l'a peut-être contraint dans ses réponses. Quant à mon deuxième entretien, il s'est déroulé en distanciel via une réunion Meet. Pour cause, la covid mais aussi la difficulté de trouver un temps où nous étions toutes les deux disponibles sur la région.

En ce qui concerne le fond et la forme des entretiens, je n'avais pas prévu que ces derniers durent autant de temps. En effet, ils ont respectivement duré 53 et 43 minutes. A cet imprévu, j'ai identifié deux causes différentes. Lors du premier entretien, j'ai eu beaucoup de mal à cadrer les réponses apportées par l'infirmier. Bien que ces propos aient été très enrichissants, je crains, par

moment, que l'infirmier ait perdu le fil conducteur de ma question. Par ailleurs, perturbée par tant de propos et des réponses qui n'en finissaient pas, j'ai oublié de poser l'une des interrogations qui figurait pourtant dans mon guide d'entretien. De ce fait, je ne dispose que de la réponse de la jeune infirmière pour étayer mon objectif numéro 7, à savoir : caractériser les spécificités d'une extubation chez un patient suicidant. Concernant mon deuxième entretien, j'ai eu moins de difficultés à cadrer les réponses. Sans doute car elles étaient davantage structurées et répondaient uniquement à ma question. Pourtant, cela n'a pas empêché qu'il dure, lui aussi plus longtemps que prévu. Cette fois-ci, la cause n'est autre que la conséquence du contexte dans lequel s'est déroulé notre réunion. En effet, celle-ci avait lieu par Meet. Et le risque d'avoir un problème de connexion internet s'est produit. En effet, au début de notre entrevue, nous avons rencontré un problème de réseau qui nous a fait perdre du temps et qui m'a coupé dans mes propos.

Pour autant, l'ensemble de ces difficultés m'a procuré des propos très intéressants. Je pense particulièrement aux propos de Sébastien qui, en m'offrant des réponses longues, m'a permis d'ouvrir des portes à mon sujet et d'analyser des notions auxquelles je n'avais pas songé.

IV. Analyse descriptive et interprétative des entretiens

Au cours de cette partie, je vais analyser l'ensemble de mes entretiens afin d'étayer mes objectifs d'entretien.

Pour des raisons d'anonymat, j'ai délibérément renommé les deux infirmiers avec des noms d'emprunts. De la sorte, j'ai renommé l'IDE 1 par le prénom Sébastien et l'IDE 2 par le prénom Marion.

1. Profil d'un infirmier de réanimation

Les deux professionnels interviewés dessinent le profil type de l'infirmier en réanimation en s'appuyant sur deux pierres angulaires : **la densité des compétences** et la singularité de la posture développée. Ainsi, parmi les compétences mises en lumière, les **habilités techniques** apparaissent majeures. Marion appuie notamment sur les soins techniques spécifiques à la réanimation : « la prise en charge d'un patient intubé » (IDE 2) ou encore « le respirateur, l'hémodialyse... » (IDE 2). Elle compare cet aspect technique à une « sorte de cap à passer » car selon elle, un infirmier de réanimation « part avec une formation qui est universelle à tout infirmier. Sauf qu'il va avoir en plus, des choses à gérer qui ne sont pas en formation » (IDE 2). Sébastien quant à lui, utilise l'expression « technicien pur » (IDE 1). Et bien qu'il affirme en avoir fait le tour, le côté technique des soins est tout de même très présent. Pour autant, tous les deux s'accordent à dire que **l'aspect relationnel** du métier

à une très grande place en réanimation : « il y a une grande part de soins relationnels qui nécessitent beaucoup d'empathie » (IDE 1) ; « Sans oublier la communication ». De même, il y a un point sur lequel Marion insiste davantage. Pour elle, il est nécessaire d'avoir du « sang-froid » (IDE 2), devant des **situations d'urgence** quasi quotidiennes. Elle rappelle d'ailleurs qu'il s'agit de prendre soin de patients dans un état critique. Sébastien accorde lui, davantage de temps à décrire **l'aspect clinique** du métier d'infirmier de réanimation. Point pour lequel il porte beaucoup d'intérêt et qui nécessite à la fois « de la réflexion médicale et paramédicale » ; « beaucoup de remise en question » mais aussi « une posture de vigilance en permanence » (IDE 1). Ainsi, d'après leur définition, on retrouve chez un infirmier de réanimation des compétences majoritairement techniques mais aussi relationnelles. A cela s'ajoute, la qualité de leur observation clinique qui leur vaut une certaine **réflexivité** et une **remise en question**. L'un d'eux souligne également **l'assurance** dont il faut faire preuve et le sang-froid qu'il faut avoir devant des situations d'urgences régulières.

2. Les points de vigilance lors d'une extubation

L'extubation, bien qu'elle soit un geste technique réalisé quotidiennement dans les services de réanimation n'est pas un soin anodin. En effet, Sébastien et Marion ont tous deux identifiés divers points de vigilance. Certains se rejoignent et d'autres se complètent plus ou moins. Néanmoins, le point de vigilance le plus abordé demeure **l'aspect technique**. En effet, les deux infirmiers abordent cette notion en première intention et tous deux prennent le temps de détailler chaque détail qui la compose avec rigueur. D'ailleurs, Sébastien le dit : « quand on extube, il y a tous les aspects techniques » (IDE 1). De là, il liste l'ensemble des paramètres à prendre en compte pour que l'extubation soit réalisée avec succès. Il faut s'assurer de l'amplitude respiratoire, de la qualité de la force de toux, avoir vérifié la capacité de déglutition et de tonicité générale. Selon lui, « c'est un ensemble de paramètres » (IDE 1). Viennent s'ajouter à cela le taux de CO₂ dans le sang et les rapports des gaz du sang, deux éléments qui lui font dire qu' « on rentre dans les détails d'ordre médicaux » (IDE 1). Le deuxième grand point de vigilance sur lequel Sébastien concède beaucoup d'attention, c'est la **dimension préventive**. En effet, anticiper et prévoir le risque s'avère essentiel dans son discours. Il explique notamment l'importance de réaliser des tests de fuite avant chaque extubation, le but étant de potentialiser le risque d'inflammation de la trachée. Ou encore l'importance de drainer un patient avant de l'extuber afin qu'il ne soit pas trop encombré lors de celle-ci. Finalement, à travers son discours et ses propos et à travers l'importance qu'il accorde à chaque fait, il donne une impression de contrôle. Par exemple : « On sait que si les volumes sont insuffisants, c'est péjoratif pour l'extubation. » Mais ce n'est pas pour autant, qu'il n'évoque pas l'éventualité que l'extubation ne se passe pas comme

prévu. En effet, il conscientise le risque : « Parfois, il y a un petit œdème qu'on va pouvoir réguler avec des aérosols particuliers. Et puis, dans le pire des cas, on réintube ». Propos qu'il complète par : « Donc il faut prévoir un plateau d'intubation qui soit à proximité ». Là encore, la dimension anticipative refait surface. Enfin, le troisième point abordé par Sébastien, c'est le **travail d'équipe**. Bien qu'il y accorde peu d'explications, il évoque tout de même le rôle du **travail de concertation** avec l'équipe médicale et paramédicale. Notion qu'il rattache à nouveau à la **dimension préventive** puisque, selon lui : « l'œil du kiné, l'œil de l'aide-soignant peuvent détecter une hyperventilation ». (IDE 1). Finalement, le discours de Sébastien s'articule autour de deux grands items : **l'aspect technique** et la **dimension préventive**. C'est donc naturellement, qu'une fois sa réponse terminée, je lui dis « c'est finalement très technique tout ça ». Ainsi, il rétorque en répondant : « Oui, c'est finalement très technique, mais derrière tout ça en fait, il y a la relation de confiance continue avec le patient ». (IDE 1). C'est donc en le relançant que Sébastien aborde désormais la **dimension relationnelle**. Il m'explique notamment l'importance d'être attentif à l'aspect psychique dans lequel se trouve notre patient au moment de l'extubation et l'importance du **travail de réassurance** et d'**accompagnement**. Il me précise finalement, qu'il arrive parfois que le patient manifeste de l'inquiétude. Chose qui, selon lui, est understandable et nécessite des explications.

Marion, quant à elle, démarre sa réponse en évoquant la pluralité des critères qui font de l'extubation, un succès. Néanmoins, tout comme Sébastien, elle accorde une grande importance à **l'aspect technique**. De la même manière que l'autre infirmier, elle me donne des exemples concrets en énumérant des éléments aussi techniques, les uns que les autres : Il faut notamment s'assurer que les sécrétions du patient ne soient pas trop abondantes, il ne faut pas qu'il ait d'amines importantes ou encore des médicaments qui le sédatent. En revanche, contrairement à Sébastien, elle aborde la **dimension relationnelle** sans relance. Elle dit notamment : « On essaie de les mettre au clair avec la situation, mais des fois ils n'arrivent pas à comprendre » (IDE 2). Autre point commun qu'elle aborde également, la **dimension préventive**. Mais davantage matérielle cette fois-ci. Notamment la mise en place d'un « BAVU, des lunettes O2 ou alors un masque en fonction de la FiO2 qu'il y avait sur le respirateur » (IDE 2). En fait, le discours de Marion est davantage concis. Elle aborde les mêmes points que Sébastien mais avec moins de détails et un discours moins centralisé sur le contrôle de la situation. Et contrairement à son collègue, elle n'aborde pas du tout le travail en équipe ou encore la posture soignante.

3. Identifier les ressentis du soignant lors d'une extubation

L'extubation est un soin technique pratiqué quotidiennement dans les unités de réanimation. Particulièrement stressant car impressionnant, ce soin est à la fois synonyme d'avancée mais aussi de risque. Alors qu'en est-il du ressenti de ceux qui le pratiquent quotidiennement ? A travers mon questionnement, mon objectif était d'identifier les ressentis des deux professionnels à l'accomplissement de ce geste. Et hasardeusement, leurs réponses sont quasi-similaires. De la sorte 3 sentiments peuvent être mis en lumière : la **satisfaction**, le **soulagement** et l'**empathie**. En premier lieu, et ce, dans les deux cas, c'est la **satisfaction** qui prime. Sébastien entame sa réponse par « Disons que c'est toujours un acte positif » (IDE 1). Quant à Marion, elle est ravie. En revanche, l'origine de leur **satisfaction** diffère légèrement, bien que les deux professionnels m'aient fait part des mêmes ressentis. En effet, Marion assimile davantage son sentiment de **satisfaction** à l'**empathie** qu'elle éprouvait pour ses patients jusqu'alors. De nombreuses fois, elle se met à la place d'autrui : « Et ça doit être horrible lorsque nous venons aspirer dans leur bouche, presque à les faire vomir » (IDE 2) ; « Ça doit être insupportable » (IDE 2) ; « Ils doivent angoisser » (IDE 2). Dès lors, elle assimile ce geste à un acte positif, comme libérateur pour ces patients. Et c'est cette liberté retrouvée qui lui fait se sentir bien. Elle le dit : « Je suis ravie de le faire et de participer à ça ». (IDE 2). Sébastien quant à lui aborde l'extubation comme étant toujours un « acte positif » (IDE 1), terme qu'il emploie à trois reprises car, pour lui, elle est synonyme d'avancée. Et pour Sébastien, l'avancée, c'est le **soulagement**. C'est la garantie qu' « on est sorti de la zone rouge. Il n'est plus en danger de mort » (IDE 1). Pour lui, « l'extubation appelle les soins de rééducation » (IDE 1). Et cela veut dire que « les patients vont vers du mieux-être, ils vont sortir du service » (IDE 1). Bien entendu, Marion est soulagée également car elle sait que « l'extubation est souvent liée à la sortie qui va approcher » (IDE 2). Mais comme je l'ai dit plus haut ce n'est pas l'origine première de sa **satisfaction**. A l'inverse, Sébastien est aussi **empathique**, il s'imagine la brutalité de la situation et affirme ne pas savoir ce qu'il se passe dans la tête des gens au détour de ces moments. Au travers de ces réponses, on note donc des similarités entre les ressentis. La **satisfaction** apparaît comme une évidence, en revanche son origine diffère. Elle découle pour Sébastien d'un **soulagement** tandis que Marion adopte une posture davantage empathique en évoquant la fin d'un processus compliqué pour ses patients.

4. Les ressentis et les préoccupations d'un professionnel à l'annonce d'un patient suicidant

En réanimation, l'annonce de l'accueil d'un patient suicidant fait naître chez le professionnel, certains ressentis et certaines préoccupations qu'il convient d'identifier. Pour les deux professionnels interrogés, la **tristesse** apparaît majeure. A trois reprises, Marion la verbalise : « La tristesse, je pense » (IDE 2) ; « Ben la tristesse pour lui en fait. Me dire qu'il est si perdu, si mal. Et donc se dire qu'il a pu aller jusque-là » (IDE 2) ; « Pas de la pitié hein ! Mais de la tristesse, ouais » (IDE 2). Sébastien, l'exprime-lui aussi : « Je trouve ça triste » (IDE 1). En revanche, contrairement à Marion, le premier sentiment qui le traverse, c'est l'**incompréhension**. En effet, il commence sa réponse par une question : « Pourquoi ? Pourquoi porter atteinte à sa vie ? » (IDE 1). Puis, il y cherche une réponse : « Ça veut dire qu'elle va mal, qu'il y a une souffrance derrière » (IDE 1). Et enfin il exprime **sa tristesse**.

Concernant, leurs préoccupations, Marion ne m'en partage pas. Sa réponse se focalise uniquement sur ses ressentis. Sébastien quant à lui, me partage deux d'entre elles. La première, c'est le **devenir** du patient. En effet, l'infirmier semble vouloir dessiner l'avenir de celui-ci : « En tant que professionnel, tu te dis, dans le meilleur des cas, j'espère que ce ne sont que des médicaments qui ont peu de retentissement et qu'au bout de 24-48 heures, cette personne sera sauvée, qu'on l'aura extubée le lendemain, et qu'elle sera prise en charge par une aide psychologique ou psychiatrique plus adaptée » (IDE 1), comme si l'incertitude de son avenir sonnait telle une préoccupation. Enfin, son autre préoccupation, c'est son **rôle dans la situation**. Bizarrement, après avoir évoqué les éléments ci-dessus, Sébastien s'interroge sur sa fonction et son utilité dans une situation comme celle-ci. Si bien, qu'il va jusqu'à la **remettre en question** : « On a aucun rôle dans la prise en charge de l'IMV » (IDE 1)

5. Les spécificités de la prise en charge d'un patient suicidant

La prise en soin d'un patient suicidant a diverses répercussions, à la fois sur le soignant mais aussi sur la prise en charge globale. De la sorte, il convient d'en repérer les spécificités, s'il y en a. Pour Sébastien, la prise en soin d'un patient suicidant ne diffère pas d'une **prise en charge classique** dans le sens où « c'est quelqu'un qui est en souffrance et qui a besoin » (IDE 1). Selon lui, « c'est la même chose. Ces personnes-là sont posturées en PLS, on les surveille quelques heures, on les stimule pour qu'elles restent relativement vigiles à 10 de Glasgow et on ne les intube pas ». (IDE 1). Marion quant à elle, réalise une nette distinction entre la prise en soin d'un patient suicidant et la prise en soin d'un patient atteint d'une pathologie métabolique uniquement. En effet, la première chose qu'elle répond à ma question, c'est : « Déjà, un patient suicidant n'a pas forcément de pathologie métabolique de

bas » (IDE 2). De la sorte, que, selon elle, la prise en charge d'un patient ayant réalisé une tentative de suicide est davantage orientée vers le côté **psychique**. Par ailleurs, il s'avère, toujours selon elle, indispensable de faire appel à des professionnels spécialisés dans la psychiatrie. Elle n'hésite pas non plus à déléguer le travail, en utilisant les sources qui sont à sa disposition. Elle cite notamment la présence d'une psychologue au sein de son service. En fait, son discours reflète une très grande **volonté de résoudre le problème**. D'ailleurs, à plusieurs reprises, ses mots indiquent la nécessité de faire tout ce qui est possible de faire : « parce qu'on peut les aider, on veut les aider » ; « il faut qu'on mette en place tout ce qui est possible pour eux » (IDE 2). Sébastien, qui ne fait pas de différence de prise charge, évoque cependant des points divergents dans l'attitude soignante lorsqu'il s'agit de prendre en soin un patient suicidant. En effet, il soulève la question du **jugement de valeur**, expliquant de ce fait que « certaines injustices peuvent être véhiculées chez certains soignants à se dire « mince encore une IMV... Qu'est-ce qu'ils viennent nous embêter alors qu'on s'occupe des patients dont la maladie leur tombe dessus » » (IDE 1). Pour autant, selon lui, ce jugement de valeur n'est pas voulu, il s'agirait davantage d' « une **incompréhension** de l'IMV » (IDE 1).

6. Les craintes ressenties lors de la prise en charge d'un patient suicidant

La prise en charge d'un patient suicidant peut faire ressurgir chez le soignant certaines craintes ou préoccupations qu'il convient d'identifier. Pour Sébastien et Marion, les craintes relevées sont différentes et propres à chacun. Néanmoins, toutes ont leur importance et chacune d'entre elles révèle des points intéressants. Le seul point commun de leurs incertitudes c'est qu'elles sont toutes indépendantes de leur volonté.

Marion relève deux craintes. La première concerne l'incertitude psychique relative au patient. Marion explique qu'elle se soucie beaucoup des mots qu'elle emploie par peur que le patient les intériorise et les **interprète** à sa manière. De la sorte, elle dit que « le patient peut comprendre ce qu'il veut » (IDE 2). La deuxième chose que Marion évoque comme une crainte s'avère davantage tournée vers le travail de ses collègues. De la sorte, là encore la crainte de l'**interprétation** du patient rentre en jeu. Mais cette fois-ci Marion est extérieure à la situation. C'est-à-dire qu'elle a peur des mots employés par ses collègues. Elle évoque également la **qualité du travail** des médecins. Car selon elle : « certains ne s'en rendent pas compte mais ils soignent plutôt le corps que l'esprit... » (IDE 2)

Sébastien quant à lui, n'évoque pas du tout de craintes relatives à l'aspect psychique. Lui, craint plutôt l'**aspect technique**. De manière très concrète, il a notamment peur d' « une IMV qui va vomir lors de l'intubation ». Car selon lui, « d'une situation simple, on va passer à une situation très compliquée » (IDE 1). Il apparaît alors inquiet de l'**incertitude technique**. Il dit notamment, je cite :

« Par contre si la personne commence à inhaler massivement, ou qu'elle fait une inhalation avec un SDRA, là c'est beaucoup plus compliqué. Parce qu'on va partir sur plusieurs jours de réanimation, avec une incertitude quant aux pronostics » (IDE 1)

7. Les spécificités d'une extubation chez un patient suicidant

L'extubation étant un soin réalisé quotidiennement dans les unités de réanimation, j'ai souhaité comparer une extubation dite « classique » et une extubation chez un patient suicidant afin d'en caractériser les spécificités. Malheureusement, pour des causes que je développe dans la partie « Limites du dispositif », je dispose seulement de la réponse de Marion. Pour elle, l'extubation d'un patient suicidant, ne revêt pas de caractéristiques particulières : « C'est comme une extubation **classique** » (IDE 2). Elle émet tout de même une variable en expliquant que cette fois-ci le patient étant éveillé la plupart du temps, et en capacité de parler : « Il va falloir assurer la liaison avec le **psychique** » (IDE 2). A part ça, Marion le dit : « Pas de caractéristiques particulières » (IDE 2). Seul point divergent, c'est la surveillance accrue accordé aux patients suicidants. En effet, Marion explique qu'il est nécessaire de ne pas laisser d'objets potentiellement dangereux aux alentours de la personne. Mais elle rappelle, qu'en réanimation la **surveillance est accrue** : « On est quasiment toutes les 2h dans la chambre » ; « S'il tente quelque chose grâce au scope, on va agir très rapidement » (IDE 2).

8. Les ressentis du professionnel de santé lorsque le patient suicidant exprime son regret de ne pas être mort et les stratégies d'adaptation mises en place

A l'issue de leurs expériences vécues auprès de patients ayant évoqué leur regret de ne pas être mort, les deux professionnels m'ont partagé avec humilité leurs histoires. A travers elles, ils m'ont exprimé leurs ressentis. Ainsi, deux sentiments communs sont venus éclairer leur propos : **l'impuissance et la frustration**. Marion n'exprime pas clairement le mot « impuissance ». En revanche, à travers ses propos et leur tonalité, son **impuissance** est bien réelle. Elle évoque ses difficultés devant la souffrance d'un patient ayant réalisé 8 tentatives de suicide sans succès et son incertitude quant aux résultats de l'aide qu'elle lui a apportée : « J'ai eu l'impression sur le moment de l'avoir un peu aidé. Ça se trouve 24h après, il avait complètement oublié ce que j'avais dit, je ne sais pas » (IDE 2). Au cours de la deuxième histoire qu'elle me décrit, plusieurs propos viennent éclairer, à la fois son **impuissance** mais aussi sa **frustration**. Elle me conte l'histoire d'une jeune fille qui, selon ses dires « avait tout pour

elle en plus » (IDE 2). Ces mots ne seraient-ils pas témoins d'une **incompréhension** ? Marion m'explique avoir pris le temps aux côtés de cette jeune fille sans avoir, encore une fois, la certitude que le temps passé auprès d'elle ait fait gage de dé clic. Et c'est avec émotion qu'elle me décrit leurs échanges : « Et le seul truc qu'il lui ait fait donner une étincelle d'envie, c'était quand je lui ai parlé de voyage. Et là dans ses yeux, oui, pourquoi pas voyager quoi ? » (IDE 2). A travers ses deux récits, la **frustration** de ne pas savoir si ses actions ont été bénéfiques est un point qui revient souvent. C'est d'ailleurs à la fin, dans les deux cas, que Marion se questionne sur son utilité. Question à laquelle, elle le dit, elle n'a pas de réponse. C'est d'ailleurs, à plusieurs reprises, qu'elle laisse ses propos en suspens. Puis, vient alors une lueur d'**espoir**, celle qu'éventuellement ses patients s'en sont sortis : « Peut-être qu'elle va y repenser » (IDE 2). Quand, tout à coup, la **frustration** de ne pas savoir et l'**impuissance** de n'avoir aucun contrôle refait surface : « Peut-être pas » (IDE 2).

Sébastien, de son côté, ne m'évoque pas une histoire en particulier mais plutôt des situations, dans lesquelles ce sont des personnes âgées qui ont fait le choix de mettre fin à leurs jours délibérément, avec l'idée claire que leurs vies étaient désormais terminées. Il aborde donc le suicide chez un public différent que celui j'avais imaginé. Et c'est avec moins d'émotions qu'il me partage, non pas une expérience unique mais plutôt des cas réguliers auxquels il a assisté. Au cours de nos échanges, bien qu'il eût été confronté à de multiples cas de tentative de suicide, pour cause, son expérience, Sébastien, contrairement à Marion, verbalise le mot « **impuissance** ». En fait, il explique qu'il ressent une forme d'**impuissance** par rapport à ce que les patients expriment dans le cas concret que je cite. Notamment parce que c'est un moment qu'on ne peut pas dédramatiser. Sébastien explique également qu'en tant que soignant, il n'a pas les compétences, ce qui l'amène également à ressentir une forme d'**impuissance**. Par ailleurs, tout comme Marion, Sébastien souffre d'un sentiment de **frustration**. Il déclare notamment ne pas avoir les bagages pour faire face à ce genre situation, ce qui semble le déranger, mais moins que sa collègue. Car, à la différence de celle-ci, Sébastien a élaboré davantage de stratégies d'adaptation. En tous les cas, c'est ce qui ressort de ses propos. De la sorte, il adopté une certaine **prise de distance** qui lui a permis d'analyser plusieurs facteurs. Il explique notamment que nous avons tous une sensibilité aux soins différente et qu'il est important d'avoir conscience que nous ne sommes qu'un maillon de la chaîne de soins. De même, avant même de me faire part de ses ressentis devant une telle situation, Sébastien soulève des questions, notamment sur la fin de vie, sur le suicide assisté ou encore sur la liberté. Comme si cette prise de distance lui avait permis de conscientiser et d'avoir déjà quelques réponses. De la même manière, il dit avoir tendance à se **protéger** de par sa fonction mais aussi par son rôle qui le rattache à une chaîne hospitalière. Cette protection n'est autre qu'une **protection par persuasion**. En tous les cas, ses propos laissent à le penser. A de nombreuses reprises, il semble se persuader « Je sais que derrière, la chaîne hospitalière va fonctionner » ou encore « ça ne se reproduira peut-être jamais » (IDE 1). Tout comme Marion

d'ailleurs, qui semble vouloir elle aussi se rassurer : « Mais après moi j'ai fait ce que j'ai pu. Ce que je pouvais quoi » (IDE 2). Enfin, une dernière stratégie d'adaptation semble être exploitée par les deux infirmiers. Il s'agit de la **tentative de compréhension**. En effet, devant leurs ressentis, tous les deux semblent avoir cherché à comprendre, à trouver des raisons qui expliqueraient ces propos qui leur semblent injustifiés. Sébastien interroge notamment le contexte familial, professionnel, de santé. Il essaye de percevoir la souffrance. Quant à Marion, elle cherche une raison de comprendre : « Ou alors, si, il s'en rend compte, mais en fait, il a perdu la notion de vie ou alors il en veut plus du tout [...] ou alors je dis ça parce que je suis accroché à la vie » (IDE 2).

9. Les causes à l'origine de ces émotions

Au travers des échanges que j'ai pu avoir avec les deux professionnels que j'ai interviewés, plusieurs causes sont venues mettre en lumière les ressentis qu'ils m'avaient évoqués face à un patient suicidant éprouvant le regret de ne pas être mort. Je tiens à préciser qu'ils ont répondu indirectement à cette question avant même que je la pose. C'est donc au travers de l'intégralité de notre discussion que j'ai identifié les diverses raisons qui les ont menés à ces ressentis. De la sorte, j'ai repéré deux types de causes. Les causes intrinsèques à la réanimation, soit, celles qui y sont liées. Et les causes extrinsèques à la réanimation, soit, des raisons indépendantes.

Dans la catégorie « causes intrinsèques à la réanimation », j'ai repéré 3 raisons principales sur lesquelles les deux infirmiers s'accordaient. Parmi ces trois raisons, deux d'entre elles reviennent souvent. Il s'agit de la **temporalité** et de la **culture du service**. En effet, à plusieurs reprises, Sébastien dit qu'en service de réanimation, « on n'est pas dans la même temporalité » (IDE 1). Il explique notamment qu'« une fois que le côté fonctions vitales est conservé, ces personnes-là ne vont pas rester dans le service » (IDE 1). Pour lui, « il y a une certaine temporalité dans le sens où il faut être disponible à un moment donné » (IDE 1). Indirectement, Marion exprime la même chose. Elle me précise qu'en réanimation, la prise en charge dure en moyenne quelques jours, ce qui en fait l'une de ses limites. Par ailleurs, dans la situation qu'elle me conte, elle le dit : « Mais j'avais 15-20 minutes de mon temps pour lui parler parce qu'après elle changeait de service » (IDE 2). Tous deux subissent donc cette première raison. La deuxième cause qui revient souvent, c'est la **culture du service**. Cette culture, Marion, l'aborde de nombreuses fois : « En réanimation, on aime sauver les gens » ou encore « En réanimation, nous, on a envie de soigner la personne et qu'elle s'en sorte » (IDE 2). Pour Sébastien, c'est plus qu'une culture. Cela apparaît comme une obligation : « Il faut sauver quel que soit la personne » (IDE 1), quitte à aller à l'encontre de cette dernière. Chose qu'il conscientise parfaitement.

Enfin, le dernier point sur lequel ils s'accordent, c'est leur manque de connaissances relatives à la psychiatrie, et pour cause, la spécificité du service dans lequel ils exercent. De la sorte, les deux infirmiers n'hésitent pas à se dévaloriser. Sébastien compare les infirmiers de réanimation à des « pompiers de service », précisant qu'ils sont juste là « pour parer aux fonctions vitales immédiates » (IDE 1). Marion quant à elle, clame ces failles : « Sauf que nous les infirmières de réanimation, souvent on est nulles. On est nulles là-dedans. Qu'est-ce qu'on est nulles... » (IDE 2).

Concernant la catégorie des « causes extrinsèques à la réanimation », j'ai repéré des causes propres à chacun. Sébastien évoque à deux reprises le **cadre législatif** qui les oblige à devoir porter assistance à toute personne en danger. Devant ce devoir, il explique ne pas avoir d'autre choix que d'appliquer la réglementation. Ainsi, il justifie son rôle malgré ses ressentis. De la même manière, il évoque brièvement **la société**. Pour lui, « Ça en dit long que la société ne veuille pas éditer une loi sur le suicide assisté » (IDE 1). Ainsi, il l'a qualifié de « société du secours » (IDE 1), raison qui expliquerait peut-être la volonté de toujours vouloir sauver. La dernière raison que j'ai identifiée à travers son discours, c'est **le patient**. Il explique avoir affaire à une pluralité de profils différents. Dès lors, « avec certains individus, tu vas avoir un échange constructif » (IDE 1), tandis que d'autres « ne sont pas forcément prêt à se confier tout de suite » (IDE 1). Cette diversité de profils engendrerait ainsi une variable à laquelle s'ajoute le balancement entre « pulsion de mort -pulsion de vie » (IDE 1). Cela favoriserait peut-être l'incompréhension ou encore toute sorte de sentiments parfois compliqués à gérer. Marion quant à elle, reste très droite dans ses réponses, ne laissant que peu de place aux hypothèses. De la sorte, j'ai pu identifier seulement une autre cause extrinsèque à la réanimation : **la motivation des soignants**, à part entière. En effet, maintes fois, elle partage sa motivation à ne pas en découdre : « Tu veux lui montrer qu'en fait, il y a d'autres solutions » (IDE 2). Et elle explique que « les personnes qui veulent mourir vont à l'encontre de notre motivation » (IDE 2), provoquant sans doute la naissance de certaines émotions, voire de certains sentiments, comme le sentiment d'impuissance.

V. Discussion

1. La prise en charge d'un patient suicidant, une prise en charge classique ?

Avant même d'avoir réalisé mes entretiens, j'avais imaginé des réponses. Certaines se sont vérifiées, d'autres non. J'avais notamment imaginé qu'à la question : quelles sont les spécificités d'une extubation ? Les professionnels me listeraient l'ensemble des aspects techniques à ne pas négliger. Ça n'a pas loupé, c'est ce qu'il s'est produit. Néanmoins, au fil de nos échanges et arrivé à la question : l'extubation d'un patient suicidant revêt-elle des spécificités ? Je pensais obtenir une réponse tout

autre que celle apporté par Sébastien. En effet, je pensais, dans les deux cas, assister à un déclic. Une réaction qui me ferait dire : ça y est, ils ont compris là où je voulais en venir. Avec du recul, je n'arrive toujours pas à cerner si j'ai réussi, à travers mon entretien à les surprendre ou si c'est eux qui m'ont surpris, de par leurs réponses. Qu'importe, selon les deux infirmiers de réanimation que j'ai interrogés, la prise en soin d'un patient suicidant ne diffère pas tellement d'une prise en charge classique, à ma grande surprise. En effet, Marion est la seule à avoir émis une différence. Elle a tout de suite conscientisé le fait qu'un patient suicidant n'a pas forcément de pathologie métabolique de base. Dès lors, elle a su me répondre que leur prise en soin devait se tourner vers le psychologique. Pour autant, elle n'a pas manqué de remettre en question leur capacité à le faire. Quant à Sébastien, il a d'abord soulevé un point intéressant pour finalement me dire que la prise en soin d'un patient suicidant était en fait identique à une prise en charge classique. Propos donc que j'avais imaginé mais dont j'espérais secrètement qu'il se produirait l'inverse afin de bousculer mes idées préconçues. Reprenons les propos de Sébastien étape par étape. Lorsqu'il m'a introduit sa réponse, il m'a d'abord précisé que chez certains soignants, la prise en soin de ce type de patients pouvait engendrer un jugement de valeur dont l'origine s'expliquait par de l'incompréhension. L'incompréhension de la pathologie. Ce point n'est pas négligeable, car il fait écho à mon cadre théorique. En effet, lorsque nous avons abordé le ressenti du patient suicidant à savoir la perte d'élan vital, les propos du Dr Gourion et du Professeur Lôo m'avaient aidé à démontrer toute la complexité de cette maladie. J'avais d'ailleurs mis en avant l'un de leur propos : « Si la dépression est l'un des troubles les plus difficiles à comprendre, c'est sans doute que l'essentiel est invisible pour les yeux » (Gourion & Lôo, 2007, p.14). Dès lors, l'incompréhension de certains soignants face à ce type de patients peut s'expliquer. Néanmoins cela n'explique pas la raison pour laquelle Sébastien n'émet aucune différence de prise en charge. Au contraire même. Cela me fait davantage poser question. Surtout lorsqu'il s'est lancé à m'établir par avance, la liste des points techniques qui feraient l'objet de sa surveillance. A savoir, la posture du patient et la surveillance de sa conscience. La technique c'est la notion, qui, dans les propos de Sébastien, a eu une grande importance au cours de cet entretien. Et l'obnubilation de la technique par les infirmiers de réanimation faisait d'ailleurs partie des idées préconçues que je me faisais lorsque j'ai abordé mon mémoire. Mais aujourd'hui, alors que j'entame ma discussion et après tant de recherches, la réponse de Sébastien, axée, encore une fois sur la technique, ne me laisse pas indifférente. Au contraire elle fait appel à l'une de mes lectures que j'avais pourtant mise de côté lors de l'élaboration de mon cadre théorique car au moment où je l'ai lue, je n'y voyais pas l'intérêt. Aujourd'hui, face à un tel dilemme, je souhaite donc revenir sur cette fameuse lecture, et plus précisément sur les propos d'un psychologue clinicien, Raphaël Minjard, lorsqu'il dit : « l'emprise du biologique et du technologique fait parfois obstacle à la rencontre sensible entre patients et soignants » (2019, p.111). Je crois que cela résume bien ce que j'ai analysé du discours de Sébastien.

En aucun cas, je ne juge sa pratique. Au contraire elle m'a permis de me rendre compte, que le milieu de la réanimation a peut-être une influence sur la manière de prendre en soin les patients. Point qui fait d'ailleurs appel à que j'avais exposé au sein de mon cadre théorique, le risque de la dépersonnalisation du malade.

Aujourd'hui, je comprends donc, que les propos de Sébastien sont peut-être influencés par ses priorités qui elles-mêmes sont influencées par le milieu de la réanimation médicale. Pour autant, selon moi, la prise en charge du patient suicidant n'est pas la même qu'une prise en soin classique. Ce constat, je l'affirme grâce à l'ensemble de mes recherches qui m'ont permises de comprendre que la dépression est une maladie qui touche à la fois le corps et l'esprit. Détail qui selon moi revêt d'une grande importance dans l'orientation de notre prise en charge et dans l'élaboration du projet de soin.

2. La différence de la temporalité

La différence de temporalité, est une notion qui prend forme suites aux propos de Sébastien, l'un des infirmiers interrogés. A trois reprises, ce dernier m'a précisé que les infirmiers de réanimation étaient dans une temporalité différente de celle de leurs patients. De ce fait, il s'avérait pour lui, compliqué d'avoir un échange constructif avec des patients suicidants qui réclamaient à son sens, davantage de temps. Cette notion, bien que je l'aie côtoyé au cours de mon stage et lue au détour d'articles, je ne l'ai que très peu abordé dans mon cadre théorique. Mais assez pour comprendre qu'il y avait en réalité deux temporalités : celle perçue par le patient et celle du soignant. Armand Kazek a notamment expliqué, pour le patient, le défi de percevoir un temps qui semble figé sur le moment présent à l'instar du soignant, qui court contre le temps. Car selon Michel Delage, la lutte pour la vie n'attend pas. Et je me suis arrêtée là. Mais l'importance accordée par Sébastien devant cette notion, m'a obligé à l'éclaircir de nouveau. J'ai donc complété mon cadre théorique grâce aux propos de Raphaël Minjard, psychologue clinicien. Ce dernier reprend entre autres les idées que j'avais mises en avant lors de mon cadre théorique, à savoir les deux types de temporalités. Il réexplique ainsi, que pour le patient, le temps ne défile pas au même rythme notamment car « il est pris dans la confusion des mouvements d'éveils et d'endormissement, de reviviscence sensorielle induisant à la fois de la confusion et convoquant en même temps à une réorganisation psychique » (2019, p.110). Alors que pour les soignants, la temporalité qui prime est celle du biologique, celle de « la capacité du corps à faire face à ce qui lui arrive ». Or, pour Sébastien, il y a une certaine temporalité selon laquelle il faut être disponible à un moment donné. Pour ma part, je pense qu'il faut être disponible. Mais je pense surtout, qu'il faut que les deux parties soient disponibles, à savoir, le soignant mais aussi le patient. Or, nous venons de le voir, le patient en réanimation ne l'est pas. Tout comme le soignant dont les

priorités sont celles d'assurer les fonctions vitales. Priorités vitales qui ont une grande place dans le discours de Sébastien, tout au long de son entretien. Pour cause peut-être, l'habitude des situations d'urgences qui font le quotidien des infirmiers de réanimation selon Marion. Qu'importe, Sébastien précise malgré tout que nous pouvons essayer d'être rassurants, de ramener ces personnes-là à une certaine temporalité mais qu'il se peut que nous soyons confrontés à l'impossibilité de le faire, pour des raisons de différence de temporalité. Premièrement car les patients ne sont pas toujours prêts. Mais aussi car les patients quittent la réanimation lorsque leurs fonctions vitales sont maintenues. Dès lors, je m'aperçois que la temporalité est un point dont j'avais sous-estimé l'importance. A vrai dire, je n'avais jamais envisagé le fait qu'on ne puisse pas agir, ou du moins qu'il y avait un temps pour faire les choses. Pour autant devant la mise en évidence d'une telle différence, il convient d'accepter que je ne puisse pas toujours agir et qu'il y a parfois un temps, un professionnel ou encore un service dédié à chaque étape du parcours de soins. A ce propos Sébastien précise l'importance ne pas oublier qu'il est un maillon de la chaîne de soins et que derrière lui, la chaîne hospitalière prend le relais. Argument qui fait miroir avec l'un des conseils apportés par Séverine Delieutraz : celui de se resituer en tant que soignant, parmi d'autres soignants.

3. Sauver à tout prix, la culture du service de réanimation ?

Lors de l'élaboration de mon cadre théorique, j'avais identifié l'une des causes pouvant être à l'origine du sentiment d'impuissance que j'avais ressenti lors de ma situation d'appel. Grâce aux propos de Blandine Vigneras, je m'étais aperçue que la société conférait les soignants au rang de personnes admirables. En outre, il arrivait que l'infirmière puisse ressentir de l'impuissance devant des situations ne répondant pas à ces principes de soins. C'était un peu ce qui c'était passé lors de la prise en soin de Mme X. L'infirmière et moi-même étions satisfaites et soulagées que l'extubation se soit bien passée, et nous attendions secrètement qu'il en soit de même pour la patiente. Pour autant, c'est le contraire qui est arrivé. Et l'objectif de ce mémoire, c'est en partie de comprendre pourquoi j'avais ressenti une telle impuissance afin de mieux l'apprivoiser. Au regard, de mon cadre théorique j'avais donc eu une première réponse, mais elle était incomplète. En effet, au cours de mes entretiens, je me suis aperçue qu'il y avait en réalité une pluralité de causes qui avaient pu, ce jour-là, faire naître en moi ce sentiment d'impuissance. Sébastien et Marion ont sans difficultés réussi à me citer diverses causes à l'origine de leurs émotions devant des situations qui s'apparentaient à la mienne. Devant leurs propos j'ai identifié deux types de causes. Les causes intrinsèques à la réanimation et les causes extrinsèques à la réanimation. Etant donné que ma situation d'appel s'est déroulée au sein de ce service, j'ai jugé qu'il était davantage intéressant de se pencher sur les causes intrinsèques à ce dernier.

Parmi elles, la différence de temporalité, le manque de connaissances relatives à la psychiatrie et la culture du service. C'est cette que je souhaite ici exposer. La culture du service de réanimation, est un point que j'avais brièvement abordé au sein même de mon introduction, sans m'en rendre compte. En effet, j'avais comparé les infirmiers de réanimation à des soldats, formés au combat contre la mort. C'était peut-être le signe précurseur de mon acculturation à ce lieu de stage. Aujourd'hui, je pense avoir légèrement exagéré mes propos. Pour autant je n'étais pas loin de la vérité. Car tout au long de leur entretiens, Marion et Sébastien m'ont partagé leur détermination à vouloir sauver la vie des gens. Selon Marion, cette motivation s'expliquerait notamment par leur environnement de travail. En effet, à plusieurs reprises, Marion m'explique qu'en réanimation, les soignants aiment sauver les gens. Quant à Sébastien, sauver la vie des autres, c'est une priorité mais c'est surtout son devoir. Et ce coûte que coûte. Il le dit d'ailleurs lui-même : « On va aller à l'encontre de ces personnes ». Paradoxalement, cela me fait penser à l'une des définitions que j'ai exposée au sein de mon cadre théorique : « Etymologiquement et culturellement, la ré-animation, en ce qu'elle redonne le souffle, est aussi celle qui redonne la vie » (Séguret, 2012, p.575). Aujourd'hui, avec du recul, c'est ce qu'il s'est passé avec Mme X. Cette patiente, j'aurai voulu la sauver et que l'on me garantisse qu'elle vive à tout prix. Mais c'est cette obnubilation de vouloir sauver qui a fait naître en moi ce sentiment d'impuissance. Pour autant, à trop vouloir sauver, nous pouvons en souffrir. Comme l'a dit Nicolas Meunier-Beillard, la lutte contre la mort s'avère être un objectif à haut risque : tant pour les patients qui peuvent se transformer en objet de soin mais aussi pour les professionnels qui sont renvoyés trop souvent à l'échec de leur mission.

4. La réanimation, une spécialité ?

Nous l'avons vu dans mon cadre théorique : la réanimation est un service à part. D'ailleurs, la description réalisée par Philippe Labro à son encontre, nous a démontré à quel point cet univers était particulier. Nous avons fait le constat qu'au cœur de ce dernier, la vie danse avec la mort. Et pour cause, la SFAR le définit comme étant le lieu d'accueil des plus grandes défaillances vitales. Ainsi, Michel Delage explique l'intérêt d'agir vite et bien devant l'incertitude de l'urgence. L'urgence, c'est l'un des termes employés par Marion, l'une des infirmières interrogées, lorsque je lui ai demandé de me décrire le profil type d'un infirmier de réanimation. Selon elle, les soins d'urgence sont des soins qu'ils sont amenés à rencontrer quotidiennement. Dès lors, elle explique que faire preuve de sang-froid est l'une des qualités fondamentales pour un professionnel exerçant au sein de ce service. Elle rappelle également qu'un infirmier de réanimation doit savoir prendre en charge des patients dont l'état est critique d'où la nécessité de faire preuve d'assurance. Mais l'urgence, ce n'est pas la première

chose évoquée par les professionnels interviewés. En effet, le critère qui revient le plus dans leurs discours, c'est la technique. D'après eux, un infirmier de réanimation est un infirmier qui possède avant tout, une appétence et une habileté pour les soins techniques, bien qu'il ne faille pas oublier leurs compétences relationnelles. Alors que Sébastien me rappelle l'image que conférons aux infirmiers de réa, à savoir celle d'un technicien pur ; Marion s'attarde à me décrire la manipulation de machines type respirateur, hémofiltration, hémodialyse. Propos qui font écho à ceux du Dr René Robert, lorsqu'il décrit la réanimation par la pluralité des tuyaux, reliant le patient à des machines de suppléance artificielle. Propos qui font aussi écho à l'importance des moyens humains et techniques dont nous avons développé les chiffres. Pour autant, malgré la multitude des moyens, les infirmiers de réanimation partent avec une formation universelle à tout infirmier. Ce constat, je le fais grâce aux propos de Marion, qui a introduit sa réponse par la précision de ce détail. Comme si elle considérait important de me le notifier. Elle a d'ailleurs continué sur sa lancée, en précisant que la composante technique attrayante à la réanimation relevait d'un cap à passer. Ces phrases ne m'ont pas laissé indifférentes car elles ont fait écho à l'une de mes lectures dont j'avais fait le choix d'écartier lors de l'élaboration de mon cadre théorique. Pour autant, il me semble intéressant de croiser les propos de Marion avec ceux de Lailia Aissani. Cette infirmière diplômée d'état a émis l'hypothèse qu'être infirmier en réanimation pourrait faire l'objet d'une spécialité. Elle rappelle ainsi la définition de la réanimation, proposée par le dictionnaire Larousse en 2006 : « Spécialité médicale correspondante ». Puis elle précise que la circulaire de la DHOS datant de 2003 est le seul texte officiel relatif à la formation d'un infirmier de réanimation et préconise d'ailleurs que : « compte tenu de la spécificité de la prise en charge des patients admis en réanimation, les infirmières affectées dans ces unités doivent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi » (Cité par Lailia Aissani, 2006). Enfin, elle fait le constat qu'un patient hospitalisé dans une unité de réanimation recevra la même prise en charge qu'il importe qu'il se trouve en France ou à l'étranger. Pourtant, selon le pays, la formation du soignant qui lui administrera les soins n'est pas la même. Certains estiment, en effet, qu'une formation ou spécialité est nécessaire et bénéfique. Là tout de suite, le lien avec ma question de départ ne saute pas aux yeux. Mais en vérité, l'hypothèse amenée par Lailia Aissani en amène d'autres. En effet, Marion et Sébastien, ont tous les deux tendance à dévaloriser leur rôle dans la prise en charge d'une IMV. Marion considère en effet que les infirmières de réanimation sont « nulles » dans la prise en soin de patients suicidants. Sébastien quant à lui affirme n'avoir qu'un rôle de « pompier de service » et n'avoir aucun rôle à jouer dans la prise en soin d'un patient suicidant. Et pourtant, nous l'avons vu dans mon cadre conceptuel : chaque année, « environ 700 000 personnes sont hospitalisées pour ce motif » (Observatoire National du suicide, 2014). De la sorte, la dévalorisation de Sébastien et Marion pose question. Comment se fait-il qu'ils s'estiment « nuls » lors de la prise en charge d'une IMV, dès lors que la prise en soin de ces patients fait partie de leur quotidien ? L'origine de mon impuissance peut-

elle s'expliquer par un manque de connaissance ? De temps ? D'appétences ? De compétences ? Ou de priorités ? Est-elle témoin du besoin grandissant d'acquérir le statut de spécialité ?

5. Vers une question de recherche :

Pour rappel, ma question de départ était la suivante : Dans quelle mesure l'expression d'une perte d'élan vital par une patiente suicidante qui vient d'être extubée contribue-t-elle à l'émergence d'un sentiment d'impuissance chez une IDE exerçant en réanimation ? Au terme de cette discussion, je suis revenue sur 4 points, qui sont les suivants :

J'ai d'abord questionné la prise en charge du patient suicidant. Est-elle réellement une prise en charge classique ? L'emprise du biologique et de la technique peuvent-ils interrompre la rencontre entre un soignant et son patient ?

Dans un deuxième temps, j'ai souhaité discuter de la différence de temporalité. Ainsi j'ai conscientisé qu'il y a un temps pour chaque étape du parcours de soin. Que les priorités des infirmiers de réanimation sont celles d'assurer les fonctions vitales.

Puis, selon une suite logique, j'ai abordé un point phare de mes entretiens et de mon cadre théorique, l'une des causes à l'origine de mon sentiment d'impuissance : la culture du service de réanimation. Car la culture du service de réanimation est la pièce manquante du puzzle. Celle que je n'avais pas abordé au sein de mon cadre théorique, ou très peu. Celle qui s'assoit aux côtés des autres causes à l'origine de ce sentiment, à savoir : l'histoire de ma profession et l'image conférée aux soignants par la société.

Enfin, j'ai émis l'hypothèse de reconnaître la réanimation comme étant une spécialité. Non seulement car j'ai démontré toute la complexité de ce milieu au sein de mon cadre théorique mais aussi car Marion a pris soin de me préciser qu'un infirmier de réanimation partait avec une formation universelle à tout infirmier et qu'il était amené à rencontrer des situations particulièrement complexes.

Au terme de cette discussion, j'ai donc abordé quatre points. Points qui ont permis d'éclairer ma question de départ et d'ouvrir d'autres portes à ma réflexion. Mais en vérité, ces 4 points ont un point commun. Tous me mènent à la conclusion que l'environnement de travail de la réanimation n'est pas indifférent à ce que j'ai pu ressentir. Dès lors, il s'avère, selon moi essentiel de me poser la question de recherche suivante :

Dans quelle mesure l'environnement de travail de la réanimation peut-il impacter la prise en soin du patient suicidant ?

VI. Conclusion

J'arrive au terme de ce mémoire d'initiation à la recherche et l'heure de réaliser la rétrospective de ces 9 mois a sonné. Pour être honnête, lorsque j'ai appris que ma dernière année de formation consisterait en la rédaction d'un mémoire, je m'en suis réjouie. En réalité, j'ai vite compris la charge de travail qui s'imposait à moi, mais j'y voyais surtout le plaisir d'écrire. Pour autant, avant même de commencer, je me suis retrouvée en difficulté. La difficulté de trouver le sujet qui me correspondrait. Une chose était sûre, je voulais rédiger un mémoire avec de l'émotion. Pour autant, loin de moi, l'idée de traiter de la fin de vie, de la mort, ou pire encore, du suicide. Mais, ne jamais dire jamais. Il a fallu attendre mon stage de semestre 5 pour que mes deux plus grandes peurs soient réunies. Je me suis alors retrouvée impuissante face à une patiente suicidante m'exprimant son regret de ne pas être morte, alors que nous avons fait en sorte qu'elle vive. Dès lors, j'ai suivi mon intuition. Celle d'explorer ce qui se cachait derrière ce sentiment qui m'avait mis à mal. Puis, tout est allé très vite.

La rédaction de la première partie de mon mémoire, à savoir, l'introduction, ma situation d'appel, l'intérêt professionnel et mon questionnement ne m'ont guère posé soucis.

Ensuite est venu le temps de rechercher des données théoriques. Bien que j'y ai mis du temps, cette étape a été captivante. Mon plan a changé de nombreuses fois. J'ai eu l'impression de m'y perdre, d'effacer plus que de n'écrire et finalement j'ai choisi de dérouler ce cadre conceptuel tel une pièce de théâtre. L'immersion en réanimation a donc fait l'objet de ma première partie. La présentation des personnages à savoir la définition du patient suicidant a permis d'entamer le deuxième acte. Puis, afin de clôturer cette pièce, je me suis intéressée à ce qui avait interrogé douloureusement mes velléités soignantes : le sentiment d'impuissance.

Ensuite, j'ai dû réaliser deux entretiens semi-directifs auprès de deux professionnels. C'est un travail que j'ai apprécié car il a permis la mise en lumière de notions restées dans l'obscurité. En revanche, l'analyse de ces derniers m'a donné du fil à retordre. Étant pourvue d'une personnalité littéraire, j'ai éprouvé des difficultés à ranger des informations dans des cases. Contrairement à d'autres, c'est cette partie que j'ai trouvée la plus difficile. Car bien que ce n'est pas celle sur laquelle j'ai passé le plus de temps, elle m'a demandé beaucoup d'adaptabilité, de rigueur et de prise de recul.

Passé l'analyse de ces entretiens, je suis arrivée à la discussion, partie que j'attendais impatientement. L'idée que je puisse enfin exprimer mon avis tout en croisant celui des professionnels et des auteurs commençait à me démanger. Mais l'angoisse de l'approche de la fin s'est vite fait ressentir. J'ai eu du mal à me faire confiance, à prendre des risques. J'ai de multiples fois effacé puis réécrit, pour finalement arriver à ce résultat, dont je suis fière.

Aujourd'hui, j'arrive au terme de ce mémoire, fruit d'un travail de 9 mois. Ce travail met un

terme à ces trois années de formation mais il marque l'avancée vers ma nouvelle carrière professionnelle. Grâce à lui, j'ai développé un regard critique et acquis de nombreuses connaissances sur mon sujet. J'ai aussi renforcé mon identité professionnelle et fait évoluer ma pratique. Sur un plan davantage personnel, ce mémoire m'a appris à regarder plus loin, à prendre du recul, à persévérer, à m'écouter, à me faire confiance et à me dépasser. C'est donc avec nostalgie que je termine cet écrit mais avec la certitude que c'est le début d'une belle aventure.

Inserm. (2019). *Dépression mieux la comprendre pour la guérir durablement*.

<https://www.inserm.fr/dossier/depression/>

Inspection générale des affaires sociales. (2009). *La mort à l'hôpital*.

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/mort_alhopital-rm2009-124p.pdf

Institut Rafaël. (2018). Les mécanismes de défense des soignants. <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>

Jacquelin, A. (2017) *Vivre c'est respirer et respirer c'est vivre*. Passerelle de vie.

<https://www.passerelledevie.fr/vivre-cest-respirer-respirer-cest-vivre/>

Jonquet, O. (2003). Le souffle dans la Bible. *La lettre du pneumologue*, 6(1), 3.

<https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/6696.pdf>

Kazek, A. (2015). La transparence et l'espace-temps en réanimation. *L'information psychiatrique*, 91, 809-817. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-10-page-809.htm>

Labro, P. (1996). *La traversée*. Gallimard

Lanker, N. (2020, 13 novembre). *La ruche des blouses blanches*. Infirmiers.com.

<https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/ruche-blouses-blanches.html>

Larousse. (s.d).

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/respirer/68687#:~:text=1.,Il%20a%20cess%C3%A9%20de%20respirer>

Légifrance (2022). Code de la santé publique. Légifrance.

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006198868/>

Minjard, R. (2019). Être là pour penser la continuité ; un psychologue en réanimation. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 136, 107-119

Le Manuel MSD. (2020). Respirateurs. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/les-faits-en-bref-troubles-pulmonaires-et-des-voies-a%C3%A9riennes/insuffisance-respiratoire-et-syndrome-de-d%C3%A9tresse-respiratoire-aigu%C3%AB/respirateurs>

Le Petit Larousse Illustré. (2007). Larousse.

Meunier-Beillard, N. (2015). Vulnérabilités croisées chez les professionnels et les patients de réanimation. In K. Chahraoui, A. Laurent, A. Bioy, J.P. Quenot & G. Capellier (Dir.), *Vulnérabilité psychique et Clinique de l'extrême en réanimation* (p. 41-48). Dunod. <https://www.cairn.info/vulnerabilite-psychique-et-clinique-de-l-extreme--9782100721405-page-41.htm>

Moron, P. (2005). *Le suicide : Généralités*. Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-suicide--9782130549468-page-7.htm>

Observatoire National du Suicide. (2014). Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. DREES. <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/rapportons2014-mel.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2021). *Orientations de l'OMS pour aider le monde à atteindre l'objectif de réduire d'un tiers le taux de mortalité par suicide d'ici à 2030*. <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide#:~:text=En%202019%2C%20plus%20de%20700,en%20charge%20li%C3%A9es%20au%20suicide>.

Phaneuf, M. (2012). *La souffrance des soignants un mal invisible... Jalons pour une réflexion*. <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/01/La-souffrance-des-soignantes-.pdf>

Robert, R. (2017). Réanimation : un modèle d'intranquillité, ou comment être soigné dans un univers inconfortable et bruyant ? In R. Frydman & M. Flis-Trèves (Dir.), *L'intranquillité* (p97-101). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-intranquillite--9782130786474-page-97.htm>

Ruszniewski, M. (2014). Les mécanismes de défense. In D. Jacquemin & D. De Broucker (Dir.), *Manuel de soins palliatifs* (pp. 543-551). Dunod.

Séguret, S., Hubert, P. et Golse, B. (2012). Analyse des pratiques en réanimation pédiatrique: Travail d'une psychologue dédiée à l'équipe soignante. *La psychiatrie de l'enfant*, 55, 575-605. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2012-2-page-575.htm>

Société Française d'anesthésie et de réanimation. (2021). *La réanimation et la surveillance continue*. <https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medicale-sur-la-reanimation/>

[Styron, W. \(2006\). *Face aux ténèbres : Chronique d'une folie*. Gallimard](#)

Tamburini, S. (2021). *Les effectifs infirmiers en établissement de santé*. MACSF. <https://www.macsf.fr/exercice-hospitalier-et-salarie/exercer-a-l-hopital/les-effectifs-infirmiers-en-etablissement-de-sante>

Terra, J. & Pacaut-Troncin, M. (2008). Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : convergences et spécificités. *Perspectives Psy*, 47, 321-329. <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2008-4-page-321.htm>

Trentesse, A. (2016). *90% des Français ont une bonne image des infirmiers*. Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/90-pourcent-francais-ont-bonne-image-infirmiers.html>

Van Damne, P. (2002). Dépression et régression. *Gestalt*, (23), 109-126. <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2002-2-page-109.htm>

Vignerat, B. (2014). *Puissance et faiblesse des soignants : mythe ou réalité ?* https://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_151932-puissance-et-faiblesse-des-soignants-mythe-ou-realite.pdf

Sommaire des Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Retranscription de l'entretien avec l'IDE 1

Annexe III : Retranscription de l'entretien avec l'IDE 2

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I : Guide d'entretien

Question de départ : Dans quelle mesure l'expression d'une perte d'élan vital par une patiente suicidante qui vient d'être extubée contribue-t-elle à l'émergence d'un sentiment d'impuissance chez une IDE exerçant en réanimation ?

Guide d'entretien :

| Questions | Objectifs |
|--|---|
| Quel est votre parcours professionnel ? | Introduire l'entretien par une brève présentation |
| Si vous deviez me décrire un infirmier de réanimation, que me diriez-vous ? | Définir le profil d'un infirmier de réanimation selon un infirmier de réanimation |
| A quoi êtes-vous vigilant lorsque vous extubez un patient ? | Identifier les points de vigilance lors d'une extubation |
| Que ressentez-vous lorsque vous extubez un patient ? | Identifier les ressentis du soignant lors d'une extubation |
| Quelle est la première idée qui vous vient à l'esprit lorsque vous apprenez que vous allez accueillir un patient suicidant ? | Identifier les ressentis et les préoccupations d'un professionnel à l'annonce de l'accueil en réanimation d'un patient suicidant |
| Quelles sont les spécificités de prise en charge d'un patient suicidant ? En quoi diffère-t-elle d'une prise en charge classique ? | Repérer les spécificités de la prise en charge d'un patient suicidant en réanimation |
| Que redoutez-vous dans ces prises en charge de patients suicidants ? | Repérer les craintes ressenties lors de la prise en charge d'un patient suicidant |
| L'extubation d'un patient suicidant revêt-elle des caractéristiques particulières ? Lesquelles ? | Caractériser les spécificités d'une extubation chez un patient suicidant |
| Vous est-il arrivé à l'issue d'une extubation que le patient suicidant exprime son regret de ne pas être mort ? Pourriez-vous me raconter cette expérience ? Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ? | Repérer les ressentis du professionnel de santé lorsque le patient suicidant exprime son regret de ne pas être mort et identifier les stratégies mises en place |
| Selon vous, quelles sont les raisons de la naissance de ces émotions ? | Repérer la ou les causes à l'origine de ces émotions |
| Avez-vous quelque chose à ajouter ? | Clôturer l'entretien |

Annexe II : Retranscription de l'entretien avec l'IDE

ESI : Tout d'abord, je vais te laisser te présenter et me parler de ton parcours professionnel.

IDE 1 : Alors, moi je suis déjà un vieil infirmier. Je travaille depuis 23 ans bientôt. J'ai travaillé un petit peu à Paris au départ puisque j'ai été formé là-bas : j'ai fait du pool pendant quelques mois. Après, j'ai fait un peu de cancérologie, de la rééducation, de la néphrologie... pendant à peu près 3-4 ans. Ensuite, j'ai fait 7 ans de réanimation médicale, de la dialyse, des urgences et de la réanimation polyvalente. Tout ça pendant 4 ans. Et là, je suis à nouveau en réanimation médicale depuis 8 ans. Voilà.

ESI : C'était ton choix, la réanimation ?

IDE 1 : Oui, mon choix se porte sur la réanimation parce que pour moi, c'est un carrefour de compétences, de savoirs et puis d'intérêts. J'ai essayé de retourner dans d'autres services plus conventionnels, mais ça me plaît moyennement. S'il y avait un service dans lequel je serai assez à l'aise, c'est sans doute aux urgences. Et puis faire une spécialité, j'y ai déjà songé, mais non. En fait, j'aurai bien aimé faire la formation d'infirmier anesthésiste pour le savoir, mais pas pour appliquer le travail en lui-même, voilà.

ESI : D'accord, et si tu devais me décrire un infirmier de réanimation, qu'est-ce que tu me dirais ?

IDE 1 : C'est un infirmier qui apprécie l'aspect clinique du métier. L'aspect relationnel aussi puisqu'en fait, bien qu'on imagine qu'il reste un technicien pur, il y a une grande part de soins relationnels qui nécessitent beaucoup d'empathie puisque tout se joue sur un temps très court. Donc il y a une certaine forme d'intensité par rapport à d'autres contextes de soins. Et c'est porteur de sens, je trouve. Et puis il y a le côté technique qui est très important... Après, on en fait le tour au bout d'un moment. Et enfin, il y a le côté de la réflexion médicale et paramédicale, qui nécessite beaucoup de remise en question et une posture de vigilance en permanence. Donc le sentiment de routine est finalement assez faible je trouve puisque en fait, il y a des situations qui sont toujours nouvelles avec un renouvellement de patients qui permettent de se confronter à des problèmes différents et c'est ça la richesse. Et l'infirmier de réanimation, il va apprécier ce côté-là de remise en question et le fait d'aller chercher les savoirs au bon moment et de les revisiter. Et ça, ce n'est pas évident.

ESI : D'accord, je vois. Et lorsque tu es amené à extuber un patient, à quoi es-tu vigilant ?

IDE 1 : Alors bien entendu au préalable, on a évalué son niveau de vigilance, de compréhension des problèmes et de douleur éventuelle. Et puis quand on extube, il y a tous les aspects techniques. C'est ça que tu attends que je te décrive ?

30 ESI : Je te laisse parler volontairement.

IDE 1 : D'accord. Alors, il y a les protocoles d'extubation : sur un plan technique pur, on cherche à savoir si la personne est capable d'avoir une amplitude respiratoire et une force musculaire suffisante pour faire l'effort en dehors d'une aide inspiratoire. Est-ce qu'elle a une force de toux suffisante ? Est-ce qu'elle est capable de déglutir ? Est-ce qu'elle est capable de se mouvoir aussi car il faut une tonicité générale. Et puis, on vérifie qu'un test de fuite ait été réalisé pour détecter une potentielle inflammation de la trachée. On est assez vigilant, hein ? On regarde aussi le taux de CO₂ dans le sang et les rapports des gaz du sang. En fait, on rentre dans les détails d'ordre médicaux. Et puis après il y a le travail de concertation avec toute l'équipe : aides-soignants, kinés, médecins et infirmiers. Alors parfois, on se retrouve à faire l'extubation seul avec l'aide-soignant ou le kiné si on estime qu'il n'y a pas de risques.

35

40 Sur des intubations au long cours, on sait qu'il y a un risque d'œdème laryngé, de difficultés respiratoires immédiates avec une force musculaire atténuée, alors dans ce cas l'extubation a lieu avec l'équipe médicale. Après ça, on va potentiellement faire un relais avec une VNI. Mais avant tout ça, bien entendu, il faut s'assurer que le patient ne soit pas trop encombré. Il faut qu'il ait été drainé suffisamment. On va le « posturer », le mettre en position demi-assise. On n'arrête pas forcément

45 l'alimentation, ça dépend du contexte. Voilà, en fait c'est un ensemble de paramètres. Et puis, sur la période post-extubation, on reste vigilant les quelques minutes qui suivent. L'œil du kiné, l'œil de l'aide-soignant peuvent détecter une hyperventilation. Alors, la question des volumes respiratoires, elle est évaluée avant avec l'aide inspiratoire. Donc, on sait que si les volumes sont insuffisants, c'est péjoratif pour l'extubation. Après, est-ce qu'ils vont retrouver la phonation tout de suite ? Ce n'est pas

50 sûr. Parfois, il leur faut quelques heures. Parfois, il y a un petit œdème qu'on va pouvoir réguler avec des aérosols particuliers. Et puis, dans le pire des cas, on réintube. Donc il faut prévoir un plateau d'intubation qui soit à proximité.

ESI : C'est finalement très technique ce que tu me dis là.

IDE 1 : Oui, c'est finalement très technique, mais derrière tout ça en fait, il y a la relation de confiance

55 continue avec le patient. En fait, il faut avoir tout le listing technique dans sa tête. Mais quand on le fait, on ne le dit pas. On est avec le patient et on va plutôt l'encourager à bien se concentrer sur la

ventilation. On le rassure sur le fait qu'on va l'extuber. Parfois certains manifestent un peu d'inquiétude. Et c'est fort understandable dans la mesure où ils ont été assistés par une aide mécanique pendant quelques jours. Et puis il y a le côté, " est ce que ça va faire mal, est ce que je vais pouvoir parler ? Est-ce que je vais pouvoir manger ?". Tout ça demande aussi des explications. Et puis les rassurer sur leur capacité respiratoire. Parce que c'est surtout ça qui les stresse. Ils se demandent s'ils vont pouvoir être capable de respirer sans la machine. Donc on les accompagne, en leur disant « bah voilà, on vous donne un petit peu d'oxygène en cas de besoin mais probablement que vous n'en aurez pas besoin ». Et puis si jamais ça se passe mal, on fera un petit peu de VNI". Au pire des cas, on les ré-intube, mais ça, on ne leur dit pas, ce n'est pas stratégique.

ESI : D'accord et qu'est-ce que vous ressentez lorsque vous extubez un patient ?

IDE 1 : Disons que c'est toujours un acte positif. L'extubation appelle les soins de rééducation. Donc, les patients vont vers du mieux-être, ils vont sortir du service. Donc c'est plutôt la fin d'un processus qui est positif. Même si parfois d'expérience, les avis, les comportements des patients à ce moment-là sont plutôt la prise de conscience post-traumatique, c'est -à -dire, « je suis plus capable de ça, mais qu'est ce qui m'arrive ? Je souffre ». Et finalement on va leur dire, que le plus gros boulot est fait puisqu'ils étaient intubés, ventilés, endormis, et qu'ils ont réussi à juguler un choc septique, une détresse respiratoire, une intoxication médicamenteuse, un syndrome hépato-rénal. Bref, à partir du moment où on extube, ça veut dire que le chemin de la guérison a été pris, donc c'est toujours positif. Mais quand on leur dit ça, parfois ils sont en train de dire : « Vous êtes bien gentil, mais vous n'êtes pas à ma place. Je suis en train de souffrir. Vous avez vu, je suis complètement hypotonique, j'ai perdu mes muscles, j'ai perdu le goût, l'odorat... » Donc il y a tout un travail de réassurance et d'écoute.

ESI : Oui, donc, c'est plutôt un sentiment de satisfaction. Pour vous.

IDE 1 : C'est plutôt un sentiment de satisfaction pour nous. Pas forcément pour le patient. Mais on essaie de lui transmettre et de lui faire conscientiser quelque part. Parce que j'imagine la brutalité de la situation : quand on arrive en réanimation et qu'on vous dit, dans le meilleur des cas : on vous informe que vous allez être intubé pour quelques jours, et qu'après, il y a le coma. Soit un blanc temporel qui s'instaure, durant lequel on ne sait pas ce qui se passe dans la tête des gens... Et puis, dans le pire des cas, c'est une situation brutale où vous êtes dans le coma d'emblée. Donc, quand on se réveille, ce n'est pas ON / OFF hein ! Le processus de réveil, on sait qu'il se fait sur 2 ou 3 jours.

ESI : D'accord. Je change un petit peu de sujet, mais quelle est la première idée qui te vient à l'esprit lorsque tu apprends que tu vas devoir accueillir un patient suicidant ?

IDE 1 : Bah je trouve ça dommage encore. Je me dis mince, pourquoi ? Pourquoi porter atteinte à sa vie ? Voilà ça, c'est le premier sentiment qui me traverse.

90 ESI : Et tu fais un lien entre le sentiment dont tu me parles et l'endroit où tu travailles?

IDE 1 : En fait, c'est un peu le même sentiment que je vais avoir à l'extérieur. Je trouve ça dommage. C'est toujours dommage dans le sens où la personne porte atteinte à sa vie. Ça veut dire qu'elle va mal, qu'il y a une souffrance derrière. Donc oui, je trouve ça triste mais c'est tout. En tant que professionnel, tu te dis, dans le meilleur des cas, j'espère que ce ne sont que des médicaments qui ont peu de retentissement et qu'au bout de 24-48 heures, cette personne sera sauvée, qu'on l'aura extubé le lendemain, et qu'elle sera pris en charge par une aide psychologique ou psychiatrique plus adaptée. Parce que nous, on est juste là pour faire les pompiers de service. En fait, on est là juste pour parer aux fonctions vitales immédiates. Parce qu'en fait on n'a aucun rôle dans la prise en charge de l'IMV. Après il y a les IMV plus complexes qui vont avoir des atteintes cardiaques, des atteintes rénales, des atteintes hépatiques et là c'est plus compliqué.

95
100

ESI : D'accord, et est-ce que selon toi, il y a des spécificités dans la prise en charge d'un patient suicidant ?

IDE 1 : Oui, oui. Alors en fait, de manière sous-jacente, tu pourrais soulever le problème du respect ou le problème du jugement. Certaines injustices peuvent être véhiculées chez certains soignants à se dire " mince, encore une IMV...Qu'est-ce qu'ils viennent nous embêter alors qu'on s'occupe des patients dont la maladie leur tombe dessus. Par exemple, ça, ça peut être un jugement de valeur. Mais derrière, en fait c'est une incompréhension de l'IMV. De toute façon, c'est quelqu'un qui est en souffrance et qui a besoin donc pour moi y'a pas d'ambiguïté. Ensuite sur la prise en charge... Pour moi, c'est la même chose. Ces personnes-là sont posturées en PLS, on les surveille quelques heures, on les stimule pour qu'elles restent relativement vigiles à 10 de Glasgow et on ne les intube pas. Mais pour autant, ils sont dans un état un peu lointain sur le plan relationnel. Donc tu vas être un peu limité. Ce n'est pas à ce moment-là que ça se joue quoi.

105
110

ESI : Oui je vois. Et, est ce qu'il y a quelque chose que tu redoutes dans la prise en charge de ces patients?

115 **IDE 1** : Oui, un aspect technique, tout simplement. Une IMV qui va vomir lors de l'intubation. Là pour le coup, d'une situation simple, on va passer à une situation très compliquée. Parce que si tu veux sauver cette personne, tu l'intubes et c'est réglé. On sait qu'on va sécuriser ses voies aériennes. On sait que d'une manière ou d'une autre, les médicaments toxiques vont être évacués. Ça va peut-être prendre 24/48 heures, mais tu sais que tu vas sauver la personne parce qu'il n'y a pas de raison en fait.

120 Par contre, si la personne commence à inhaler massivement, ou qu'elle fait une inhalation avec un SDRA, là c'est beaucoup plus compliqué. Parce qu'on va partir sur plusieurs jours de réanimation, avec une incertitude quant aux pronostics. Donc ça sur un plan médical, paramédical, c'est plus complexe... Elle se met en danger. Elle se met en danger tout le temps, mais de notre connaissance, on sait qu'il y a un petit peu plus de chance dans un sens que dans l'autre.

125 **ESI** : Oui, si on réfléchit comme ça, ce n'est pas faux. Et est ce qu'il t'est déjà arrivé à l'issue d'une extubation, que le patient suicidant exprime son regret de ne pas être mort ? Si oui, est ce que tu peux me raconter cette expérience ?

IDE 1 : Il y a le cas de figure du contexte de l'âge. Parce qu'en fait le patient suicidant, ça peut être n'importe quel âge. Il y a souvent des jeunes, il y a des gens qui ont 30 ans, mais il y a aussi beaucoup

130 de gens à 70 ans, 75 ans qui le font en se disant " Bah voilà, moi, la vie c'est terminé, je pars". En fait, c'est un choix avéré de se dire : il n'y a pas de soins palliatifs dignes de ce nom en France ou en tout cas, de possibilité de quitter la vie de manière choisie, donc ils le font d'eux même et ça ne marche pas forcément. Dans ce contexte-là, oui, il m'est déjà arrivé d'extuber des personnes âgées qui expriment leur regret. Parce que derrière, il y a une souffrance aussi. Il y a une souffrance de vie, une souffrance

135 liée à la vieillesse, ou à l'isolement. Donc on va aller à l'encontre de ces personnes. C'est un peu surprenant, mais parfois en discussion de staff, on va dire : telle personne a fait une IMV parce que c'était son choix mais finalement on va la réanimer contre son choix parce que nous avons le devoir de porter assistance à toute personne en danger. Donc, on est pris dans un cercle sans fin et c'est complexe. Là, tu touches au problème du suicide assisté. Après, il y a aussi le cas de figure d'une

140 personne de tout âge qui se réveille, qui ne va pas être dans une situation de critique, de critiquer le geste. Mais après, quand tu vois les dossiers : elle prend les médicaments et puis rapidement après, elle appelle les secours, donc il y a une force de vie, une pulsion de vie qui fait l'inverse. Pulsions de mort - pulsions de vie. C'est quand même particulier d'appeler juste les secours 1h après avoir ingéré des médicaments. Ça veut dire : j'appelle à l'aide quand même. Et puis quand on discute avec eux,

145 parfois les gens sont fermés. C'est encore trop violent. Ils sont dans le post-traumatique et il n'y aura rien qui sortira avec nous ou très peu. D'autres vont verbaliser un appel à l'aide. Et à ce moment-là, ça

ne se reproduira peut-être pas. Ça ne se reproduira peut-être jamais en fait. C'est pour ça qu'on ne sait pas. Donc il faut les sauver quel que soit la personne. Ça peut être aussi juste contextuel, à un moment donné.

150 ESI : Oui, mais si on reprend le premier cas de figure. Le cas où la personne de 70 ans arrive en réanimation parce qu'elle a fait une tentative de suicide. Elle est extubée et elle émet le fait que c'était son choix. Toi, tout à l'heure, tu m'as dit que lorsque vous extubiez quelqu'un, c'était plutôt positif. Quand tu fais face à un regret de la part de ton patient, qu'est-ce que tu ressens finalement ?

155 **IDE 1** : Mais en fait il faut bien prendre conscience qu'on est un maillon de la chaîne de soins. Donc avant ça, soit la personne a appelé, soit la personne a été découverte dans un contexte de prise médicamenteuse, soit la famille ou l'entourage a pris conscience qu'elle ne répondait pas à l'appel et donc elle a fait une recherche et elle a déclenché les pompiers ou le SMUR pour intervenir. Et derrière tout ça en fait, moi je suis un maillon qui intervient déjà sur une prise en charge qui est à continuum. Après, sur le plan relationnel, je vais essayer d'être à l'écoute, essayer de percevoir s'il y a une souffrance. Et puis, quel est le contexte professionnel, familial ? Un contexte de santé, un contexte financier ? Voilà, on peut sonder rapidement. Sur un plan purement technique, je vais les extuber, parce que de toute façon, on ne va pas les laisser intubés, c'est le moment. Et puis ça va aussi permettre de parler avec eux, de voir s'ils ont conscience de ce qui s'est passé. Donc je le vois toujours comme un moment tout de même positif. Notamment parce que je me dis : " on est sorti de la zone rouge. Il est plus en danger de mort."

160

165

ESI : D'accord, donc, ce que te renvoie l'autre, tu ne vois pas ça comme un échec ?

IDE 1 : Non, après, je vais avoir tendance à me protéger de par ma fonction. Je vais leur dire : " bah écoutez, nous, notre rôle, c'est ça. C'est de porter assistance aux personnes en danger ". Je ne vais pas rentrer dans le débat de : " est ce que vous avez fait le choix de vivre ou de ne pas vivre ?". Ça, c'est plus complexe et ce n'est pas en réanimation qu'on peut le résoudre en fait. Alors, parfois tu vas avoir des flots de paroles. Et là, tu vas entrer en discussion. Mais là aussi, c'est complexe parce qu'on n'a pas forcément non plus l'étiquette ni le bagage pour bien orienter les personnes. Dans le sens où tu peux leur apporter une aide morale, une aide émotionnelle mais c'est compliqué. Et puis en fait, ils savent que de manière générale, t'es là aussi pour surveiller leurs fonctions vitales et ils ne sont pas forcément prêts à se confier tout de suite.

170

175

ESI : Oui, et puis on est un peu impuissants. Face au côté technique, on est capable, mais face au côté psychique, ce qui est à trait à la personne...

180 **IDE 1** : Pas forcément. On n'est pas dans la même temporalité. Mais c'est curieux parce qu'en fait, au départ, je me souviens qu'au début de ma carrière, j'avais tendance à... Je pense qu'en fait, on n'est pas dans la même temporalité, c'est juste qu'avec certains individus, tu vas avoir un échange constructif et ils vont donner leurs motifs, leurs mobiles de de l'IMV. Donc tu discutes avec eux, tu prends une partie de cette violence. T'essayes d'être rassurant, t'essaye psychiquement de les ramener une normalité entre guillemets. Mais moi, je pense qu'il y a une certaine temporalité dans le sens où il faut être disponible à un moment donné. Donc, derrière, une fois que le côté fonctions vitales est conservé, ces personnes-là ne vont pas rester dans le service. Si je te parle de Monsieur X qui est extubé ce matin après avoir fait une IMV hier, on sait qu'à 15h il a quitté le service pour aller dans un autre service. Soit en médecine, soit en psychiatrie. Donc t'as un peu discuté avec lui, tu lui as donné un petit coup de pouce pour le ramener à la vie, on a passé un moment difficile, mais maintenant, le devenir... toutes ces questions : comment allez-vous ? Comment allez-vous rebondir par rapport à ça ? Et comment vous allez vous confier ou pas ? Malheureusement ce n'est pas systématique...

185

190

ESI : D'accord. Eh bien, as-tu quelque chose à ajouter ?

IDE 1 : Non rien du tout.

ESI : ...

IDE 1 : En fait, on est tous différents, avec une sensibilité différente par rapport au soin. En fait, il y a une dimension de secours qui n'arrive pas à temps. Les gens qui se suicident et qui réussissent leur suicide entre guillemets, c'est tragique. En fait, ils n'appellent pas et ils font en sorte qu'il n'y ait personne qui viennent les secourir, donc ils se mettent dans un endroit isolé. C'est terrible hein ? Et l'impuissance, c'est... Et puis après, quelle est ta représentation personnelle de la liberté ? Ça interroge, plein de choses ton sujet. Parce qu'en fait, la liberté, c'est quoi ? Nous, on est dans une société du secours. Justement, ça en dit long que la société ne veuille pas éditer une loi sur le suicide assisté. Pourquoi ? Parce qu'en fait on est quand même dans une société assez autoritaire, même si on se dit qu'on est une démocratie, on est une société assez autoritaire. Donc finalement, on ne peut pas octroyer à l'individu le droit de se suicider ou de mettre fin à ses jours à un moment donné. Pourquoi ? Parce qu'il y a plein de gens pour qui c'est censé. Ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas forcément malades, que derrière ils n'ont pas mûrement réfléchi au problème. C'est compliqué, hein ? Mais après,

195

200

205

en tant que soignant. Moi je n'ai pas les compétences. Oui, je vais ressentir de l'impuissance par rapport à ce qu'ils expriment dans le cas concret que tu donnes. Mais je vais mettre un peu de distance en interrogeant le contexte familial, social, savoir s'ils se font suivre aussi. Et puis, parfois, c'est compliqué parce que si tu dis " oui, bon, il faut relativiser. Vous avez passé un mauvais moment ", ce n'est pas la peine. C'est quand même irrévérencieux. Tu ne peux pas dédramatiser à ce moment-là. C'est trop frais quoi, c'est trop violent. Donc, oui, il y a une certaine forme d'impuissance dans ce sens-là. Mais, je sais que derrière, la chaîne hospitalière va fonctionner puisqu'ils vont être pris en relais. Mais, c'est vrai, qu'on se situe à un instant clef où ils reviennent à la vie, ils sont capables de parler. Et il y a différentes étapes, tu peux avoir la sidération, la personne qui n'a pas envie de parler à ce moment-là, la personne qui commence à avoir un peu de d'autocritique et qui te dit " effectivement je me suis raté ", mais c'est peut-être juste une expression, à un moment donné.

ESI : Oui, c'est vrai.

IDE 1 : Enfin, moi, j'ai une personne de ma famille qui s'est suicidée et elle a réussi. Elle a réussi, malheureusement, parce que... Parce qu'il y a un concours de circonstances, il y a le hasard en fait. Le hasard qui fait que soit t'as une main secourable qui arrive et qui te tire du fossé à ce moment-là. Et peut-être que la personne va te dire : " Mince, je me suis loupée". Mais au moins elle est revenue à la vie. Et puis, il y a l'autre cas de figure où finalement, le hasard fait qu'il n'a personne à venir te secourir. Et là, tu meurs, c'est quand même terrible...

ESI : Oui, c'est terrible...

Annexe III : Retranscription de l'entretien avec l'IDE 2

ESI : Tout d'abord, je vais te laisser te présenter et me parler de ton parcours professionnel.

5 **IDE 2** : Ok, alors je m'appelle Marion (nom d'emprunt) et j'ai été diplômée le 13 juillet. Ensuite, j'ai été embauché au CHU de Rennes le 16 juillet, en réanimation médicale. C'était en 2018 et depuis j'y suis toujours.

ESI : Très bien. C'était ton choix la réanimation médicale ?

IDE 2 : Oui, j'ai voulu faire ça depuis le début de ma formation. En fait j'avais un frère qui était déjà infirmier en réanimation, il me racontait ce qu'il faisait et du coup ça m'a donné envie.

ESI : Ok. Si tu devais me décrire un infirmier de réanimation, que me dirais-tu ?

10 **IDE 2** : Alors, déjà, un infirmier de réanimation part avec une formation qui est universelle à tout infirmier. Sauf qu'il va avoir en plus, des choses à gérer qui ne sont pas en formation. Donc il va falloir apprendre sur le tas des choses qu'il n'a pas apprises au cours de son cursus. Des choses techniques : la prise en charge d'un patient intubé, la communication avec lui... Du coup, il y a une sorte de cap à passer par rapport à ça : le respirateur, l'hémodilution, l'hémodialyse... Et puis, un infirmier de réanimation doit également pouvoir prendre soin d'un patient qui est dans une situation critique. Sans oublier la communication ! Parce qu'en étant curarisé et sédaté, communiquer ce n'est pas si simple. Et puis il y a les soins d'urgence aussi, qui sont quasiment quotidiens. Des fois, il faut avoir du sang froid pour pouvoir gérer tout ça. Voilà.

ESI : Très bien. En parlant de patients intubés, à quoi es-tu vigilante lorsque tu extubes un patient ?

20 **IDE 2** : Hé bien, il y a plusieurs critères en fait, pour réussir une extubation. Bien sûr, il faut que la personne soit bien éveillée et consciente. Il faut que ces sécrétions ne soient pas trop abondantes. Il ne faut pas non plus que le patient ait besoin d'amines trop importantes, au risque de se dégrader. Bien entendu, il ne faut pas qu'il y ait des médicaments qui le sédatent. Et enfin, il faut qu'ils réussissent une épreuve de sevrage ventilatoire. En gros, on enlève toute l'aide inspiratoire apportée par le respirateur. Et puis, après, on essaie de le mettre au clair avec la situation, mais des fois ils n'arrivent pas à comprendre. Voilà. Une fois que tout est validé, on va voir s'il y a un médecin qui est disponible

dans la galerie. On met en place un BAVU, des lunettes O2 ou alors un masque en fonction de la FiO2 qu'il y avait sur le respirateur. Ah oui, on peut aussi faire un test de fuite avant, mais pas toujours. Et donc après ? Go !

30 ESI : D'accord, et lorsque tu extubes un patient, qu'est-ce que tu ressens ?

IDE 2 : Alors, quand c'est un patient qu'on a vu pendant plusieurs mois chez nous et que c'est pour aller vers le mieux, qu'il va passer par la phase VNI, eh bien oui, on est ravi de pouvoir enlever ce tube qui le gêne depuis des jours. Parce que souvent, ils sont réveillés depuis un certain temps, avec un tube au milieu de la bouche. Et ça doit être horrible lorsque nous venons aspirer dans leur bouche, presque
35 à les faire vomir. Sans compter que nous devons refaire les filets de la sonde d'intubation tous les jours, ce qui leur cause parfois des blessures à force que la sonde appuie sur la lèvre. Donc, oui, quand tu enlèves cette sonde d'intubation ça doit leur faire tellement du bien. Donc je suis ravie de le faire et de participer à ça. En fait, pour nous, l'extubation est souvent liée à la sortie qui va approcher. Les patients vont vers du mieux, ou en tout cas vers des soins moins intensifs. Ils seront aussi plus
40 tranquilles après parce que franchement, je pense qu'on est des soignants chiants : on a une surveillance constante, on rentre dans la chambre toutes les heures voire toutes les 2h. Ça doit être insupportable quoi. Et en même temps, peut-être rassurant. Parce que du coup, eux ils doivent angoisser de ne plus pouvoir bouger, de subir un peu toute cette situation.

Et puis, après, il y a les extubations terminales. Là c'est moins drôle. Mais moi je n'en ai jamais vécu.
45 Enfin, il faut quand même enlever ce tube qui les maintient en vie, dans une situation déraisonnable. Et donc il faut arrêter là. Voilà. Mais, en même temps, je me dis que toutes les extubations sont belles parce qu'on permet aux patients de s'arrêter à un moment où des fois, ils auraient voulu qu'on s'arrête là pour eux quoi.

ESI : D'accord. Et quelle est la première idée qui te vient à l'esprit lorsque tu apprends que tu vas
50 accueillir un patient suicidant ?

IDE 2 : La tristesse, je pense.

ESI : Parce que ?

IDE 2 : Ben la tristesse pour lui en fait. Me dire qu'il est si perdu, si mal. Et donc se dire qu'il a pu aller jusque-là. Pas de la pitié hein ! Mais de la tristesse, ouais.

55 ESI : D'accord, et par rapport à ça, y a-t-il des spécificités de prise en charge pour un patient suicidant ? Si oui, en quoi diffère-t-elle d'une prise en charge classique ?

IDE 2 : Ben déjà, un patient suicidant n'a pas forcément de pathologie métabolique de base. Du coup, ça va plus se tourner vers une prise en charge psychologique, psychiatrique. Sauf que nous les infirmières de réanimation, souvent on est nulles. On est nulles là-dedans. Qu'est-ce qu'on est nulles...

60 Du coup, il faut demander de l'aide à nos collègues de psychiatrie. Mais avant ça, nous, on a une psychologue dans le service qui peut aussi aider ces autres patients. Certains vont refuser. Mais le tout, c'est de proposer. Parce qu'on peut les aider, on veut les aider. Mais peut être que pour eux, ce n'est pas le moment. Mais nous, il faut qu'on mette en place tout ce qui est possible pour eux. Après, il ne faut pas chercher à leur faire la morale, ça sert à rien. Alors, on marche sur des braises. Il faut y aller
65 petit à petit quoi...

ESI : Et il y a quelque chose que tu redoutes dans ces prises en charge ?

IDE 2 : Oui. De mal dire certaines choses. D'être mal comprise des fois. Si je dis quelque chose et qu'il l'interprète mal. Et puis, si moi par exemple, je fais attention à ce que je dis, mais que certains collègues sont moins dans l'empathie ou alors qu'ils ne font pas attention parce qu'ils n'ont pas lu le dossier,
70 qu'ils parlent d'une certaine façon au patient sans s'en rendre compte, le patient peut comprendre ce qu'il veut. Et ça arrive. Et derrière il faut rattraper quoi. Et des fois, c'est même des médecins ! Certains ne se rendent pas compte mais ils soignent plutôt le corps que l'esprit...

ESI : C'est intéressant ce que tu dis. Et si je mets en lien extubation et patient suicidant est-ce que pour toi, cette dernière revêt des caractéristiques particulières ?

75 IDE 2 : Pour moi, c'est comme une extubation classique, mais comme il va pouvoir parler, il va falloir assurer la liaison avec le psychique. Mais non, il n'y a pas de caractéristiques particulières... À part s'il veut vraiment essayer de se suicider, alors, là, on ne va pas laisser un truc dangereux à côté de lui. Mais de toute manière, on a une surveillance constante, on est quasiment toutes les 2h dans la chambre, donc au final, s'il tente quelque chose grâce au scope, on va agir très rapidement.

80 ESI : Oui, surveillance constante, typique de la réanimation. Et ça t'es déjà arrivé qu'à l'issue d'une extubation un patient exprime son regret de ne pas être mort ? Si oui, est ce que tu peux me raconter cette expérience ?

IDE 2 : Oui mais ce n'était pas juste après l'extubation. En fait, c'était un patient qui avait tenté, 7-8 fois de se suicider. Et à chaque fois, il n'y arrivait pas. C'était par voie médicamenteuse. C'était un homme et souvent les hommes ne prennent pas les médicaments, ils ont des manières beaucoup plus radicales. Ce sont souvent les femmes qui prennent des médicaments. Et puis il m'a dit " mais moi je veux mourir" et du coup je suis resté parler avec lui dans la chambre. Je lui avais dit qu'il fallait qu'il aille voir quelqu'un, que peut être que la psychologue du service l'aiderait. Franchement, c'était vraiment comme s'il avait déjà plongé au fond de l'océan quoi. Et pour le remonter, c'était hyper dur. Mais d'après moi, j'ai fait ce que j'ai pu. Ce que je pouvais quoi, mais sûrement que j'ai servi à rien. J'ai eu l'impression sur le moment de l'avoir un peu aidé. Ça se trouve 24h après, il avait complètement oublié ce que j'avais dit, je ne sais pas. Mais sur le moment il m'a dit merci.

Sinon, il y avait une jeune. Ah ça fait bizarre. Elle avait tout pour elle en plus. Physiquement c'était une très jolie jeune fille. Elle expliquait qu'elle se sentait perdue, que sa vie ne rimait à rien. Et qu'il n'y avait rien qui la raccrochait à la vie. J'avais essayé de chercher avec elle. C'était une personne très solitaire. Et le seul truc qu'il lui a fait donner une étincelle d'envie, c'était quand je lui ai parlé de voyage. Et là, dans ses yeux, oui, pourquoi pas voyager quoi ? Et là je lui dis, ben faut que tu te cherches là-dedans. Mais j'avais 15, 20 minutes de mon temps pour lui parler parce qu'après elle changeait de service. Peut-être qu'elle va y repenser et peut être que j'aurais été utile sur ça, peut-être pas...

100 ESI : Et qu'est-ce que t'as ressenti dans ces moments-là ? Au moment où les gens t'ont fait part de leur regret de ne pas être mort ?

IDE 2 : Je ne peux pas dire que c'est énervant, mais c'est un peu ça. En plus en réanimation, nous, on a envie de soigner la personne et qu'elle s'en sorte. Et quand elle nous dit "vous auriez dû me laisser crever quoi", ben, il faut dire " je comprends".

105 ESI : D'accord, mais, toi à l'intérieur, tu t'es dit quoi ?

IDE 2 : Eh bien, pas grand-chose en fait. Je ne sais pas comment dire. Tu laisses, t'écoutes. Et après tu essayes de trouver des phrases qui vont lui permettre de rentrer en confiance avec toi. Parce que tu n'es pas là pour juger de ça en fait, t'es pas une personne qui est là pour dire : toi tu vas mourir et toi tu vas vivre. Tu comprends ?

110 ESI : Ouais, mais tout à l'heure tu as dit " c'est énervant, surtout en réanimation ". Pourquoi tu as dit ça ?

115 **IDE 2** : En réanimation, on aime bien sauver les gens. C'est genre... On se dit : " on va le sauver quoi !
". Et les personnes qui veulent mourir vont à l'encontre de notre motivation. Et donc si quelqu'un te
dit " je suis déçue, il faut que je recommence ". Au fond de toi, t'es un peu en mode " bah non ". Sauf
que tu ne lui dis pas. Tu gardes ça en toi mais tu veux lui montrer qu'en fait, il y a d'autres solutions.
Qu'on va pouvoir l'aider. Mais pas nous puisque nous, en réanimation, notre prise en charge, elle va
durer quoi, quelques jours ?

ESI : Ouais ça doit être frustrant. Tu vis ça comme un échec ?

120 **IDE 2** : Non. Je me dis juste que pour le patient, ça va être long. En fait, ça va être long d'être soigné. Il
va falloir qu'il se rende compte de ce qu'il a fait. Qu'il travaille sur ça. Qu'il se rende compte de son
geste. Parce qu'il ne s'en rend pas compte puisqu'il veut recommencer. Ou alors, si, il s'en rend compte,
mais en fait, il a perdu la notion de vie ou alors il en veut plus du tout. Mais il peut peut-être espérer
trouver une petite étincelle de vie. Ou alors je dis ça parce que moi je suis accroché à la vie mais non,
ce n'est pas un sentiment d'échec, non...

125 ESI : Est-ce que tu as d'autres choses à me rajouter ?

130 **IDE 2** : Et bien oui. Peut-être le fait que des fois, la réanimation, ça a ses limites. Il faut savoir aussi,
dans certaines situations, s'arrêter. Et en fait, nous infirmiers, on n'a pas ce choix. Des fois on subit la
décision des médecins. Et on continue. On continue, parce qu'ils ont, ce que l'on appelle " les réunions
collégiales ". Ça permet de juger si une situation devient déraisonnable. Des fois tu te dis que c'est
tellement infime. Et ça devient lourd quoi. Et on continue, on continue la prise en charge jusqu'à ce
qu'il remplisse tous les critères. Et tu fais du mieux que tu peux, même si tu as conscience que tu vas
trop loin. C'est un peu ça la réanimation. Des fois, c'est un peu un sentiment de... Je ne sais pas
comment dire, tu ne te sens pas à ta place. Tu te sens en désaccord avec le service. J'ai des collègues
qui sont partis de la réanimation parce qu'il pouvait plus supporter ce sentiment... La réa pour de la
135 réa... Voilà.

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

| Objectif 1 : Définir le profil d'un infirmier de réanimation | | |
|--|--------------------|---|
| Catégories | Thèmes | Items |
| Compétences | Techniques | <ul style="list-style-type: none"> - « Technicien pur » - « Il y a le côté technique » - « Des choses techniques : la prise en charge d'un patient intubé » - « Le respirateur, l'hémofiltration, l'hémodialyse » - « On a une surveillance constante » |
| | Relationnelles | <ul style="list-style-type: none"> - « L'aspect relationnel aussi » - « Il y a une grande part de soins relationnels qui nécessitent beaucoup d'empathie » - « Sans oublier la communication ! » - « Communiquer ce n'est pas si simple » |
| | Soins d'urgences | <ul style="list-style-type: none"> - « Et puis il y a les soins d'urgence aussi, qui sont quasiment quotidiens » |
| Posture | Remise en question | <ul style="list-style-type: none"> - « Beaucoup de remise en question et une posture de vigilance en permanence » - « Chercher les savoirs au bon moment et de les revisiter » - « Remise en question » |
| | Réflexivité | <ul style="list-style-type: none"> - « C'est un carrefour de compétences, de savoirs et puis d'intérêts » - « C'est un infirmier qui apprécie l'aspect clinique du métier » - « La réflexion médicale et paramédicale » - « Il y a des situations qui sont toujours nouvelles avec un renouvellement de patients qui permettent de se confronter à des problèmes différents et c'est ça la richesse » |
| | Assurance | <ul style="list-style-type: none"> - « Tout se joue sur un temps très court. Donc il y a une certaine forme d'intensité par rapport à |

| | | |
|--|--------------|--|
| | | <p>d'autres contextes de soins »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Un infirmier de réanimation doit également pouvoir prendre soin d'un patient qui est dans une situation critique » - « Il faut avoir du sang froid » |
| | Adaptabilité | <ul style="list-style-type: none"> - « Il va avoir en plus, des choses à gérer qui ne sont pas en formation » - « Il va falloir apprendre sur le tas des choses qu'il n'a pas apprises au cours de son cursus » - « Il y a une sorte de cap à passer par rapport à ça » |

Objectif 2 : Identifier les points de vigilance lors d'une extubation :

| Catégories | Thèmes | Items |
|------------------------------|---------------------|--|
| Approche multidimensionnelle | Dimension technique | <ul style="list-style-type: none"> - « Il y a tous les aspects techniques » - « Il y a les protocoles d'extubation » - « Une amplitude respiratoire et une force musculaire suffisante » - « Est ce qu'elle a une force de toux suffisante ? Est ce qu'elle est capable de déglutir ? Est ce qu'elle est capable de se mouvoir aussi car il faut une tonicité générale » - « Listing technique » - « Il faut qu'il ait été drainé » - « On va le "posturer", le mettre en position-demi assise » - « En fait, c'est un ensemble de paramètres » - « C'est finalement très technique » - « Il faut que ses sécrétions ne soient pas trop abondantes » - « Il ne faut pas non plus que le patient ai besoin |

| | | |
|--|-------------------------|--|
| | | <p>d'amines trop importantes »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Il ne faut pas qu'il y ait des médicaments qui le sédatent » - « Il faut qu'ils réussissent une épreuve de sevrage ventilatoire » |
| | Dimension cognitive | <ul style="list-style-type: none"> - « On a évalué son niveau de vigilance » - « Il faut que la personne soit bien éveillée et consciente » |
| | Dimension médicale | <ul style="list-style-type: none"> - « Taux de CO2 dans le sang et les rapports des gaz du sang » - « On rentre dans les détails d'ordre médicaux » |
| | Dimension psychologique | <ul style="list-style-type: none"> - « On a évalué son niveau de [...] compréhension des problèmes » - « Certains manifestent un peu d'inquiétude. Et c'est fort understandable » - « Ils se demandent s'ils vont pouvoir être capables de respirer sans la machine » - « Mais ça on ne leur dit pas, ce n'est pas stratégique » - « On essaie de les mettre au clair avec la situation » |
| | Dimension préventive | <ul style="list-style-type: none"> - « Test de fuite » - « Détecter une potentielle inflammation » - « Vigilant" (2) -« Il y a un risque d'œdème laryngé, de difficultés respiratoires immédiates » - « Faire un relais avec une VNI » - « Il faut que le patient ne soit pas trop encombré » - « Détecter une hyperventilation » |

| | | |
|-----------------------------|-------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - « On sait que si les volumes sont insuffisants, c'est péjoratif pour l'extubation » - « Parfois, il y a un petit œdème qu'on va pouvoir réguler avec des aérosols particuliers » - « Il faut prévoir un plateau d'intubation qui soit à proximité » - « Au risque de se dégrader » - « On va voir s'il y a un médecin qui est disponible dans la galerie » - « On met en place un BAVU, des lunettes O2 ou alors un masque en fonction de la FIO2 » - « On peut aussi faire un test de fuite avant » |
| | Douleur | <ul style="list-style-type: none"> - « On a évalué son niveau de [...] douleur éventuelle » - « Et puis il y a le côté, est ce que ça va faire mal ? » |
| Approche pluridisciplinaire | Travail en équipe | <ul style="list-style-type: none"> - « Il y a le travail de concertation avec toute l'équipe » - « L'œil du kiné, l'œil de l'aide-soignant » - « L'extubation a lieu avec l'équipe médicale » |
| Attitudes soignantes | Réassurance | <ul style="list-style-type: none"> - « On va plutôt l'encourager » - « On le rassure » -« Et puis les rassurer sur leur capacité respiratoire » |
| | Accompagnement | <ul style="list-style-type: none"> - « Il y a la relation de confiance continue avec le patient » - « On est avec le patient » - « Tout ça demande aussi des explications » - « Donc on les accompagne » |

Objectif 3 : identifier les ressentis du soignant lors d'une extubation

| Catégories | Thèmes | Items |
|------------|--------------|---|
| Ressentis | Satisfaction | <ul style="list-style-type: none">- « Acte positif »- « Le chemin de la guérison a été pris, donc c'est toujours positif »- « Sentiment de satisfaction »- « Donc je le vois toujours comme un moment tout de même positif »- « On est ravi »- « Je suis ravie de le faire et de participer à ça » |
| | Soulagement | <ul style="list-style-type: none">- « L'extubation appelle les soins de rééducation »- « Les patients vont vers du mieux-être, ils vont sortir du service »- « C'est plutôt la fin d'un processus qui est positif »- « Le plus gros boulot est fait »- « On est sortis de la zone rouge. Il n'est plus en danger de mort »- « L'extubation est souvent liée à la sortie qui va approcher »- « Les patients vont vers du mieux »- « Ils seront plus tranquilles après » |
| | Empathie | <ul style="list-style-type: none">- « Parce que j'imagine la brutalité de la situation »- « On ne sait pas ce qui se passe dans la tête des gens »- « Pouvoir enlever ce tube qui le gêne depuis des jours »- « Et ça doit être horrible » |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - « Ça doit leur faire tellement de bien » - « Je pense qu'on est des soignants chiants » - « Ça doit être insupportable quoi » - « Et en même temps, peut-être rassurant » - « Ils doivent angoisser de ne plus bouger, de subir un peu toute cette situation » - « Je me dis que toutes les extubations sont belles parce qu'on permet aux patients de s'arrêter à un moment où des fois, ils auraient voulu qu'on s'arrête là pour eux quoi » |
|--|--|---|

Objectif 4 : Identifier les ressentis et les préoccupations d'un professionnel à l'annonce de l'accueil en réanimation d'un patient suicidant :

| Catégories | Thèmes | Items |
|----------------|-----------------|--|
| Ressentis | Incompréhension | <ul style="list-style-type: none"> - « Pourquoi ? Pourquoi porter atteinte à sa vie ? » - « Ça veut dire qu'elle va mal, qu'il y a une souffrance derrière » |
| | Tristesse | <ul style="list-style-type: none"> - « Je trouve ça dommage encore »(2) - « Je me dis, mince » - « C'est toujours dommage dans le sens où la personne porte atteinte à sa vie » - « Je trouve ça triste » - « La tristesse, je pense » - « Ben la tristesse pour lui en fait. Me dire qu'il est si perdu, si mal. Et donc se dire qu'il a pu aller jusque-là » - « Pas de la pitié hein ! Mais de la tristesse, ouais » |
| Préoccupations | Le devenir | <ul style="list-style-type: none"> - « En tant que professionnel, tu te dis, dans le |

| | | |
|--|--|--|
| | | meilleur des cas, j'espère que ce ne sont que des médicaments qui ont peu de retentissement et qu'au bout de 24-48 heures, cette personne sera sauvée, qu'on l'aura extubée le lendemain, et qu'elle sera prise en charge par une aide psychologique ou psychiatrique plus adaptée » |
| | Remise en question de leur rôle dans cette situation | - « On a aucun rôle dans la prise en charge de l'IMV » |

Objectif 5 : Repérez les spécificités de la prise en charge d'un patient suicidant en réanimation :

| Catégories | Thèmes | Items |
|---------------------------------|--|--|
| Spécificités de prise en charge | Prise en charge classique | <ul style="list-style-type: none"> - « C'est quelqu'un qui est en souffrance et qui a besoin » - « Pour moi y'a pas d'ambiguïté » - « Ensuite sur la prise en charge...Pour moi c'est la même chose » - « On les surveille quelques heures, on les stimule pour qu'elles restent vigiles » |
| | Prise en charge psychologique et psychiatrique | <ul style="list-style-type: none"> - « Un patient suicidant n'a pas forcément de pathologie métabolique de base. Du coup, ça va plus se tourner vers une prise en charge psychologique, psychiatrique » - « On a une psychologue dans le service qui peut aider ces autres patients » |
| Attitude soignante | Jugement de valeur | - « De manière sous-jacente, tu pourrais soulever le problème du respect ou le problème du jugement » |

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - « Certaines injustices peuvent être véhiculées chez certains soignants » - « Qu'est-ce qu'ils viennent nous embêter alors qu'on s'occupe des patients dont la maladie leur tombe dessus » - « Ça peut-être un jugement de valeur » |
| | Incompréhension | - « En fait c'est une incompréhension de l'IMV » |
| | Volonté de résoudre le problème | <ul style="list-style-type: none"> - « Il faut demander de l'aide à nos collègues de psychiatrie » - « Le tout c'est de proposer » - « Parce qu'on peut les aider, on veut les aider » - « Mais nous il faut qu'on mette en place tout ce qui est possible pour eux » - « Alors, on marche sur des braises. Il faut y aller petit à petit quoi... » |

Objectif 6 : Repérer les craintes ressenties lors de la prise en charge d'une prise en charge d'un patient suicidant :

| Catégories | Thèmes | Items |
|----------------------------------|---|--|
| Craintes intrinsèques au patient | Interprétation | <ul style="list-style-type: none"> - « De mal dire certaines choses. D'être mal comprise des fois. Si je dis quelque chose et qu'il interprète mal » - « Le patient peut comprendre ce qu'il veut » |
| Craintes extrinsèques au patient | Qualité de la prise en charge pluri professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> - « Certains ne se rendent pas compte mais ils soignent plutôt le corps que l'esprit... » - « Certains collègues sont moins dans l'empathie ou alors ils ne font pas attention parce qu'ils n'ont pas lu le dossier, qu'ils parlent |

| | | |
|--|---------------------|---|
| | | d'une certaine façon au patient, sans s'en rendre compte » |
| | Imprévus techniques | <ul style="list-style-type: none"> - « Un aspect technique » - « Une IMV qui va vomir lors de l'intubation » - « Si la personne commence à inhaler massivement, ou qu'elle fait une inhalation avec un SDRA » - « Incertitude quant aux pronostics » - « Sur un plan médical, paramédical, c'est plus complexe » |

Objectif 7 : Caractériser les spécificités d'une extubation chez un patient suicidant :

| Catégories | Thèmes | Items |
|------------------------------------|---------------------------|---|
| Spécificités de la prise en charge | Prise en charge classique | <ul style="list-style-type: none"> - « C'est comme une extubation classique » - « Pas de caractéristiques particulières » |
| | Prise en charge psychique | - « Il va falloir assurer la liaison avec le psychique » |
| | Surveillance accrue | <ul style="list-style-type: none"> - « On ne va pas laisser un truc dangereux à côté de lui » - « On a une surveillance constante » - « On est quasiment toutes les 2h dans la chambre » |

| | | |
|--|--|---|
| | | - « S'il tente quelque chose grâce au scope, on va agir très rapidement » |
|--|--|---|

Objectif 8 : Repérer les ressentis du professionnel de santé lorsque le patient suicidant exprime son regret de ne pas être mort et identifier les stratégies d'adaptation mises en place :

| Catégories | Thèmes | Items |
|------------|-------------|--|
| Sentiments | Impuissance | <ul style="list-style-type: none"> - « On est pris dans un cercle sans fin » - « Impuissance » (2) - « C'est tragique » - « C'est compliqué » (3) - « Mais après, en tant que soignant. Moi je n'ai pas les compétences » - « C'était un patient qui avait tenté 7-8 fois de se suicider » - « Et pour le remonter c'était hyper dur » - « C'était vraiment comme s'il avait déjà plongé au fond de l'océan » - « Ça se trouve 24h après, il avait complètement oublié ce que j'avais dit, je ne sais pas » - « Des fois, tu te dis que c'est tellement infime » - « Et tu fais du mieux que tu peux même si t'as conscience que tu vas trop loin » - « Mais surement que j'ai servi à rien » - « Et peut-être que j'aurais été utile sur ça, peut-être pas... » - « Et quand elle nous dit " vous auriez dû me laisser crever quoi", ben il faut dire "je comprends" » - « Et bien pas grand-chose en fait. Je ne sais pas |

| | | |
|------------------------|---------------------------|--|
| | | <p>comment dire »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Au fond de toi, t'es un peu en mode "bah non". Sauf que tu lui ne dis pas » - « Tu gardes ça en toi » |
| | Frustration | <ul style="list-style-type: none"> - « Ce n'est pas en réanimation qu'on peut le résoudre en fait » - « On n'a pas forcément non plus l'étiquette ni le bagage pour bien orienter les personnes » - « Énervant » - « Et en fait, nous infirmiers, on n'a pas ce choix » - « Et ça devient lourd quoi » - « Tu te sens en désaccord avec le service » - « Tu gardes ça en toi mais tu veux lui montrer qu'en fait, il y a d'autres solutions. Qu'on va pouvoir l'aider » - « Sauf que tu ne lui dis pas » |
| | Espoir | <ul style="list-style-type: none"> - « Peut-être qu'elle va y repenser » - « J'ai eu l'impression sur le moment de l'avoir un peu aidé » - « Mais sur le moment il m'a dit merci » - « Peut-être que la psychologue du service l'aiderait » |
| | Incompréhension | <ul style="list-style-type: none"> - « Elle avait tout pour elle en plus » |
| Stratégie d'adaptation | Protection par persuasion | <ul style="list-style-type: none"> - « Je vais avoir tendance à me protéger de par ma fonction » - « Je sais que derrière, la chaîne hospitalière va fonctionner » - « Ça ne se reproduira peut-être pas » - « Ça ne se reproduira peut-être jamais » |

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - « Ça peut être aussi contextuel, à un moment donné » - « Mais c'est peut-être juste une expression, à un moment donné » - « Mais après moi j'ai fait ce que j'ai pu. Ce que je pouvais quoi » |
| | <p>Tentative de compréhension</p> | <ul style="list-style-type: none"> - « C'est un choix avéré » - « Ça veut dire : j'appelle à l'aide quand même » - « Essayer de percevoir s'il y a une souffrance » - « Contexte professionnel, familial, de santé, financier » - « Ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas forcément malades que derrière ils n'ont pas mûrement réfléchi au problème » - « Parce qu'il y a plein de gens pour qui c'est censé » - « Ou alors, si, il s'en rend compte, mais en fait, il a perdu la notion de vie ou alors il en veut plus du tout [...] ou alors je dis ça parce que je suis accroché à la vie » |
| | <p>Prise de distance</p> | <ul style="list-style-type: none"> - « Parce qu'en fait le patient suicidant, ça peut être n'importe quel âge » - « Il faut bien prendre conscience qu'on est un maillon de la chaîne de soins » - « Moi je suis un maillon qui intervient déjà sur une prise en charge qui est à continuum » - « Je ne vais pas rentrer dans le débat » - « On est tous différents, avec une sensibilité différente par rapport au soin » - « Finalement, on ne peut pas octroyer à l'individu le droit de se suicider ou de mettre fin à ses jours à un moment donné » - « Mais je vais aussi mettre un peu de distance » |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| | | <p>en interrogeant le contexte familial, social, savoir s'ils se font suivre aussi »</p> <p>- « Tu n'es pas là pour juger en fait, t'es pas une personne qui est là pour dire : toi tu vas mourir et toi tu vas vivre »</p> <p>- « La réanimation, ça a ses limites »</p> <p>- « Il faut savoir aussi, dans certaines situations, s'arrêter »</p> |
| | Présence / disponibilité | <p>- « Je suis restée parler avec lui »</p> <p>- « J'avais essayé de chercher avec elle »</p> |

Objectif 9 : Repérer la ou les causes à l'origine de ces émotions :

| Catégories | Thèmes | Items |
|--------------------------------------|--------------------|---|
| Causes intrinsèques à la réanimation | Temporalité | <p>- « On n'est pas dans la même temporalité" (2)</p> <p>- « Je pense qu'il y a une certaine temporalité dans le sens où il faut être disponible à un moment donné »</p> <p>- « On sait qu'à 15h il a quitté le service pour aller dans un autre service »</p> <p>- « Une fois que le côté fonctions vitales est conservé, ces personnes-là ne vont pas rester dans le service »</p> <p>- « Mais j'avais 15-20 minutes de mon temps pour lui parler parce qu'après elle changeait de service »</p> <p>- « En réanimation, notre prise en charge, elle va durer quoi, quelques jours ? »</p> |
| | Culture du service | <p>- « Donc il faut les sauver quel que soit la personne »</p> <p>- « Donc on va aller à l'encontre de ces</p> |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| | | <p>personnes »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « On va la réanimer contre son choix » - « En plus en réanimation, nous, on a envie de soigner la personne et qu'elle s'en sorte » - « On se dit : "on va le sauver quoi !" » - « En réanimation, on aime bien sauver les gens. » - « Qu'on va pouvoir l'aider » - « La réa pour de la réa » |
| | Manque de connaissance de la psychiatrie | <ul style="list-style-type: none"> - « Parce que nous, on est juste là pour faire les pompiers de service. En fait on est juste là pour parer aux fonctions vitales immédiates » - « Sauf que nous les infirmières de réanimation, souvent on est nulles. On est nulles là-dedans. Qu'est-ce qu'on est nulles... » |
| Causes extrinsèques à la réanimation | Cadre législatif | <ul style="list-style-type: none"> - « Notre rôle c'est ça. C'est de porter assistance aux personnes en danger » - « Nous avons le devoir de porter assistance à toute personne en danger » - « Réunions collégiales » |
| | La société | <ul style="list-style-type: none"> - « On est dans une société du secours » - « Ça en dit long que la société ne veuille pas éditer une loi sur le suicide assisté » - « On est quand même dans une société assez autoritaire » (2) |
| | La motivation soignante | <ul style="list-style-type: none"> - « Tu veux lui montrer qu'en fait, il y a d'autres solutions » - « Et les personnes qui veulent mourir vont à l'encontre de notre motivation » |
| | Le patient | <ul style="list-style-type: none"> - « Parce que derrière, il y a une souffrance |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>aussi »</p> <ul style="list-style-type: none">- « Il y a une force de vie, une pulsion de vie qui fait l'inverse. Pulsion de mort - pulsion de vie »- « Parfois les gens sont fermés »- « Flots de parole »- « Ils ne sont pas forcément prêt à se confier tout de suite »- « Avec certains individus, tu vas avoir un échange constructif »- « Sidération, la personne qui n'a pas envie de parler à ce moment-là, la personne qui commence à avoir un peu d'autocritique » |
|--|--|--|

NOM : DEVRED

PRENOM : Lou

TITRE DU MEMOIRE : L'impuissance face à la perte d'élan vital

As a caregiver, who has been confronted with the care of a suicidal patient, it has brought back to me certain care velleities. Especially when this patient told me his regret of not being dead. I felt helpless, frustrated and powerless. So, when I came back home, I felt the will to understand the origin of this patient's feelings. This is how I came-up with-the following question: To what extent does the expression of a suicidal patient, who has lost the will to live after being extubated, contributes to the emergence of feeling helpless for nurses working in intensive care?

To answer this question, I looked at the secondary data literature from scientist authors. In this review, I covered the areas of the world of the intensive care, the suicidal patient, the loss of the will to live, the feeling of helplessness, the disillusionment of caregivers and their defense mechanisms. Then, I conducted two interviews with two intensive care nurses. My data analysis allowed me to clarify the lack of information that was missing from previous studies.

After taking a step back, I discovered that the care of a suicidal patient wasn't a typical one. In fact, at each stage of the pathway's care, there was a dedicated department. I also realised, that my patient and I weren't in the same timeframe, due to our different priorities. Moreover, those caregivers were driven by the service culture that led them to treat at all costs, regardless of whether the origin of the organic failure is psychic or not. I noticed that all these results have one thing in common: the world of intensive care. Therefore, I have crystalised my research question as: to what extent can the intensive care environment impact the care of a suicidal patient?

En tant que soignante, avoir été confrontée à la prise en soin d'un patient suicidant a fait ressurgir en moi certaines velléités soignantes. Surtout lorsque ce dernier m'a évoqué son regret de ne pas être mort. Je me suis sentie démunie, frustrée et impuissante. Puis, je suis rentrée chez moi avec l'envie de comprendre l'origine de ces sentiments. C'est ainsi que je suis arrivée à la question suivante : Dans quelle mesure l'expression d'une perte d'élan vital par une patiente suicidante qui vient d'être extubée contribue-t-elle à l'émergence d'un sentiment d'impuissance chez une IDE exerçant en réanimation ?

Pour tenter d'y répondre, j'ai d'abord recherché des données scientifiques auprès d'auteurs. De la sorte, j'ai abordé les notions suivantes : l'univers de la réanimation, le patient suicidant, la perte d'élan vital, le sentiment d'impuissance, la désillusion des soignants et leurs mécanismes de défense. Puis, j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs auprès de deux infirmiers de réanimation. Par la suite, je les ai analysés, et cela m'a permis d'éclairer des notions restées dans l'obscurité.

J'ai d'abord pris du recul. Puis, j'ai découvert que la prise en soin d'un patient suicidant n'était pas une prise en charge classique. Qu'à chaque étape du parcours de soin, il y avait en réalité, un service dédié. Que ma patiente et moi-même n'étions pas dans la même temporalité, pour cause nos différence de priorités. Que les soignants exerçant en réanimation étaient régis à la culture de leur service qui les amenait à vouloir soigner à tout prix, qu'importe si l'origine de la défaillance organique est psychique. Tous ces résultats ont un point commun : l'univers de la réanimation. Je pose donc ici ma question de recherche : dans quelle mesure l'environnement de travail de la réanimation peut-il impacter la prise en soin du patient suicidant ?

KEYWORDS : intensive care, suicidal patient, extubation, loss of will to live, powerlessness

MOTS CLES : réanimation, patient suicidant, extubation, perte d'élan vital, impuissance

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS du CHU de Rennes

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019-2022