



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

Le soignant tout puissant : la douleur de l'impuissance



Formateur référent mémoire :
Kelig DUCLOS-AUGERS

HUITEMA Emmanuelle
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 21 avril 2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier**

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

Le soignant tout puissant : la douleur le l'impuissance

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 ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat 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 21 avril 2022

Identité et signature de l'étudiant : Huitema Emmanuelle

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics. Art. 1er : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

“Il faut, si l’on veut vivre, renoncer à avoir une idée nette de quoi que ce soit. L’humanité est ainsi, il ne s’agit pas de la changer mais de la connaître.”

G. Flaubert, Correspondance.

REMERCIEMENTS

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

Je souhaite remercier Kelig DUCLOS-AUGERS pour son accompagnement tout au long de la rédaction de ce mémoire, de ses conseils et de son écoute.

Merci à Clément COURSELAUD, mon référent pédagogique pour son accompagnement, sa disponibilité, son aide et ses conseils.

Merci à Julien, infirmier en réanimation, qui m'a donné des contacts pour les entretiens avec des professionnels, et sans qui je n'aurais certainement pas trouvé des infirmiers aussi rapidement.

Merci aux infirmiers interrogés d'avoir répondu à mes questions.

Merci à ma maman, à ma sœur Marine et à Xavier, pour le temps qu'ils ont pris pour lire et relire ce mémoire.

Merci à Léa de m'avoir accompagné et aidé pour la rédaction de l'abstract depuis son hôtel à Manchester.

Merci à mes amies de promotion Lisa, qui à toujours été présente depuis le premier jour et tout au long de ces trois années, merci aussi à Margot, Agathe, Marine, Bertille, avec qui j'ai beaucoup rit et qui m'ont permis de décompresser durant les périodes difficiles de la formation.

Merci à Alysse pour l'aide à la correction des fautes et aux après-midi passées à travailler chacune notre mémoire alors qu'il faisait si beau et chaud dehors.

Merci également à tous mes proches, qui m'ont soutenue tout au long de ces trois ans et m'ont apporté beaucoup de courage et d'amour, merci à Axel d'avoir été là pour moi, pour m'écouter, me rassurer et me soutenir

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. De la situation d'appel à la question de départ	1
1.1. Les situations d'appels	1
1.2. Argumentation du choix du thème	3
1.3 . Du questionnement à la problématique	4
2. Le cadre conceptuel	5
2.1. La relation soignant-soigné	5
2.1.1. Histoire culturelle de l'infirmière : évolution de la relation	5
2.1.2. Les soins curatifs, le consentement du patient	7
2.1.3. Les soins palliatifs, un élargissement de la médecine	8
2.2. Souffrance du patient	9
2.2.1. Souffrance physique	9
2.2.2. Souffrance psychique	11
2.3. Sentiment d'impuissance du soignant	12
2.3.1. Les Attentes de la société par rapport au soins : le soignant tout puissant	12
2.3.2. Le transfert d'expérience personnelle : le fantasme de réparation	14
2.3.3. L'héroïsation des soignants face à la Covid-19	15
3. L'ENQUÊTE DE TERRAIN	17
3.1. Méthodologie de l'enquête.	18
3.3.1. Choix de l'outil de l'enquête.	18
3.3.2. Ciblage et choix de la population à interroger.	18
3.3.3. Les objectifs de l'enquête.	18
3.3.4. Les limites de l'enquête.	19
4. ANALYSE DES ENTRETIENS	20
4.1. Présentation des infirmiers interrogés	20
4.1.1. Données sociales de la population interrogée.	20
4.1.2. Expériences et compétences.	20
4.2. La pression psychologique et sociale	21
4.3. Sentiment d'impuissance et contrôle d'émotions du soignant	22
4.3.1. Son rapport à la mortalité	22
4.3.2. La posture soignante	22
4.3.3. La gestion des émotions	23
4.3.4. Personnalité et gestion des émotions	24
4.4. L'impact de la pandémie dans la prise en soin de patient incurable	25
4.4.1. Impact émotionnel	25
4.4.2. Limites de la prise en soin	25

4.4.3. Les ressources d'aide	26
5. LA DISCUSSION	26
5.1. La naissance multifactorielle du sentiment d'impuissance	26
5.1.1. La peur d'échouer dans la prise en soin	26
5.1.2. La mise à mal des valeurs infirmières	28
5.2. La casquette soignante : force ou limite	28
5.2.1. La vision de la mort	29
5.3. Les ressources face au sentiment d'impuissance	30
5.3.1. Le temps : ce que l'on gagne de l'expérience	30
5.3.2. Extérioriser ses émotions : la recette pour relâcher la pression psychologique	31
5.4. Cheminement vers le questionnement de recherche	31
BIBLIOGRAPHIE	34
SOMMAIRE D'ANNEXES	36
ANNEXES	37

INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, nous sommes amenés à effectuer un travail d'initiation à la recherche en lien avec les unités d'enseignements:

3.4 «Initiation à la démarche de recherche»,

5.6 «Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles»

6.2 «Anglais».

Ce travail de fin d'étude s'amorce sur deux situations que j'ai vécues lors de mon stage en chirurgie orthopédique. Un stage particulier puisque le service a dû s'adapter à la crise sanitaire qui touche le monde entier depuis 2 ans. Normalement composé de trois secteurs, l'un d'entre eux a été fermé à la chirurgie pour y accueillir les patients infectés au virus de la Covid et ayant besoin de soins particuliers. La première a eu lieu dans le secteur de chirurgie. La seconde s'est déroulée dans ce secteur Covid dans lequel je suis restée plusieurs semaines. Toutes deux traitent du sentiment d'impuissance que les soignants peuvent ressentir lors d'une prise en charge qui implique une souffrance physique et psychique du patient. Afin d'exploiter ces situations de départ, j'ai commencé ma démarche de recherche en étayant les principaux concepts à l'aide de lectures, puis grâce à des entretiens avec des infirmiers. J'ai pu ainsi faire des liens entre mes lectures et la réalité du terrain ce qui m'a permis de mieux répondre à mon questionnement de départ et par la suite d'en découler vers un questionnement définitif de recherche.

1. De la situation d'appel à la question de départ

1.1. Les situations d'appels

Situation d'appel n°1 :

La première situation se déroule en cours du semestre 4 en chirurgie orthopédie. Je prends en soin Monsieur V, 87 ans hospitalisé pour une fracture du col du fémur post-chute à domicile. Il a dû patienter 3 jours avant d'être pris au bloc opératoire. C'est un Monsieur atteint de la maladie d'Alzheimer avec antécédents d'épilepsie, mais d'après sa famille, autonome à domicile avant sa chute. Depuis son arrivée dans l'unité, à J+9 de son opération, Monsieur V présente une dégradation de l'état général avec agitation et agressivité vis à vis des soignants, il refuse de s'alimenter, les réponses neurologiques sont très faibles, il ne communique plus, ne répond pas aux ordres simples mais est tout de même éveillé, il est devenu totalement dépendant. Après discussion avec le médecin, cette dégradation serait liée à l'anesthésie générale qui aurait altéré une partie de son

cerveau, un relai sur des soins palliatifs serait alors plus adapté. Sa femme et sa fille viennent le visiter, c'est la première fois qu'elles vont le voir depuis son entrée à l'hôpital, elles ont été mises au courant de l'altération des capacités de Monsieur V. Lors de notre tour de l'après-midi, Monsieur V est très mal installé, il glisse beaucoup et se retrouve régulièrement la tête dans les barrières, à chaque passage nous devons donc le réinstaller. De plus, nous remarquons qu'il grailonne beaucoup, il désature à 79% puisqu'il a retiré ses lunettes à oxygène, son faciès paraît douloureux, nous décidons donc de l'aspirer à l'aide du matériel à aspiration. Avec l'infirmière et l'aide-soignante, nous faisons notre maximum, chacune à notre tâche pour rendre Monsieur V confortable et qu'il soit présentable également pour sa famille. Malgré la tentative d'aspiration, Monsieur V restait encore encombré, il toussait toujours, et paraissait toujours souffrant, avec un faciès crispé mais nous ne sommes pas parvenu à le rendre plus confortable.

Toutes les explications de la situation ont été transmises à la famille, sous le choc encore, un soutien psychologique leur a été apporté dans cette étape douloureuse. Cette situation renvoie à une certaine culpabilité pour l'équipe soignante de ne pas parvenir à soigner le patient. Le sentiment d'impuissance que l'on ressent lors de notre tentative pour rendre Monsieur V confortable mais que l'on n'y parvient pas nous renvoie à la réalité des soins et de la mort.

Situation d'appel n°2 :

Cette seconde situation se déroule également lors de mon stage de semestre 4, en chirurgie orthopédique. Le service présente un secteur Covid mis en place depuis la pandémie dans l'établissement. Je prends en charge les soins d'une patiente, Mme B, 81 ans, hospitalisée pour infection chronique au Covid-19 (J+42) liée à une leucémie lymphoïde chronique. Cela fait environ un mois et demi que Madame B est hospitalisée dans divers services hospitaliers, elle a effectué beaucoup de transferts dans différents établissements. Elle souffre d'insuffisance respiratoire et d'une bronchite chronique depuis 42 jours. Une patiente avec un statut "réanimation négative", ce qui signifie qu'elle ne souhaite pas de soins de réanimation, cela prend également en compte la non-volonté d'acharnement thérapeutique (ni examens- ni soins trop importants) étant donné son âge et ses antécédents. Malgré tout, beaucoup de soins et d'examens sont effectués. Madame B exprime clairement son agacement face aux soins. Pour autant, ce soir-là, le médecin référent de Mme B décide d'un transfert au CHU pour effectuer une transfusion de plasma d'un patient guéri du Covid-19 pour le lendemain matin. C'est à nous de l'annoncer à Mme B. Cette dernière a très mal réagi à cette annonce et s'est énervée contre nous. La Covid-19 est un nouveau virus, qu'on ne connaît pas, qu'on ne maîtrise pas, il est donc encore plus délicat à soigner. Cette colère nous renvoie à un sentiment d'impuissance et d'échec dans la prise en soins.

1.2. Argumentation du choix du thème

Ce sont deux situations qui m'ont beaucoup touchée, et marquée. En tant que soignant, nous sommes constamment confrontés au sentiment d'impuissance.

C'est lors de mon stage en secteur Covid que j'ai ressenti pour la première fois un fort sentiment d'impuissance, qui m'a réellement troublée et remise en question. Ayant moi-même été en secteur Covid durant la crise sanitaire lors de mon stage de semestre 4, je comprends alors la fatigue physique et psychologique des soignants. Passer 12h vêtu d'une surblouse, masque FFP2, charlotte, cagoule, surchaussures, gants, tablier. Les journées sont intenses car les patients nécessitent beaucoup de soins, les prescriptions se multiplient car les médecins ne maîtrisent pas encore cette pathologie. Le contact avec les patients est différent, eux aussi ont peur, nous sommes leurs seuls repères dans l'instant présent, ils cherchent chez nous de la réassurance.

En tant qu'étudiant on est souvent caché par l'infirmière qui nous encadre et notre responsabilité est d'abord la sienne. Mais dans ce secteur, qui ne disposait que d'une infirmière et 2 aides-soignantes pour 10 lits, j'avais une part d'autonomie et de responsabilité dans l'équipe soignante. Être face à la dégradation de l'état de santé de ses patients sans comprendre le mécanisme et sans pouvoir faire plus dans la limites de nos compétences et de nos ressources provoque ce sentiment d'impuissance, de frustration. Des patients de tout âge, de 25 à 90 ans, des gens ayant des cancers ne pouvant pas se faire soigner à cause de leur infections au Covid, des personnes immunodéprimées. On se pose alors beaucoup de questions "Pourquoi je n'y arrive pas?" "Qu'est ce que je peux apporter de plus?" j'ai l'impression d'avoir tout donné" "Suis-je compétente dans ce que je fais?". Cette méconnaissance de la pathologie et de ses traitements engendre une frustration terrible et un sentiment d'échec, on a l'impression que de ne pas maîtriser la maladie nous entraîne à faire des erreurs. Puis j'ai compris que c'était le processus physiopathologique de la maladie, et que des moyens humains médicaux et matériels, plus importants sont nécessaires pour la soigner, il faut donc passer la main, transférer les patients en réanimation en espérant que nos collègues les accompagneront au mieux.

Puis ce sentiment je l'ai ressenti dans de nombreuses autres situations dans d'autres services, lorsqu'on prend de l'autonomie on a plus de risque d'être confronté à l'impuissance soignante.

Mais cette période de doute m'a poussée à me poser davantage de questions sur ce fameux sentiment que les soignants ressentent lorsqu'ils sont face à des situations de soins difficiles. Il est nécessaire de se questionner afin de ne pas être surpris et ainsi mieux appréhender les situations de soins.

1.3. Du questionnement à la problématique

Etant donné que ce sujet de sentiment d'impuissance chez le soignant m'avait beaucoup impacté lors de la formation d'infirmière, il me paraissait évident de réaliser mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers sur ce sujet.

Je me suis alors penchée sur les causes de l'apparition de ce sentiment en analysant les différentes situations que j'avais rencontrées, dans le but de trouver des points communs et des liens à exploiter. J'en suis venue à une cause commune : la souffrance du patient, qu'elle soit physique ou psychologique.

Lors des situations je me suis posée diverses questions :

Pourquoi est-ce que je ressens une telle pression lors d'une prise en charge d'un patient douloureux?

Pourquoi je me sens coupable quand je suis face à un échec thérapeutique ? Est ce que je dois remettre mes propres capacités en cause?

Comment la relation soignant-soigné joue-t-elle un rôle dans la survenue de ce sentiment d'impuissance lors d'une prise en charge difficile?

Quel est l'impact de la société sur l'image des soignants?

Qu'est ce que le soignant "tout puissant" ? Comment émerge-t-il ?

Comment la pandémie de Covid-19 a impacté les émotions des soignants?

Quel rapport ont les soignants avec la mort ? Et leur propre mortalité ?

Mots clés : relation soignant-soigné, impuissance, souffrance physique et psychologique, mortalité, soignant tout puissant

Question de départ :

En quoi la souffrance physique et psychologique des patients peut entraîner un sentiment d'impuissance chez le soignant

2. Le cadre conceptuel

2.1. La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est au cœur de la profession d'infirmière et un concept à part entière dans le prendre soin d'un patient, que ce soit en situation curative et palliative. La relation soignant-soigné impact directement les émotions de l'infirmier, tout comme celles du patient.

2.1.1. Histoire culturelle de l'infirmière : évolution de la relation

Pour comprendre l'histoire de la relation soignant-soigné il faut remonter à l'histoire de la profession d'infirmière. Nicole JEANGUIOT (2006), directeur des soins, nous retrace l'historique de la profession.

Depuis le Moyen Age, les communautés religieuses se sont consacrées aux services des pauvres, des vieillards et des malades par esprit de charité et bénévolat dans les hospices et les hôtels-dieu. Les religieuses et religieux y assurent des soins spirituels et corporels aux malades. Les diaconesses, voilà le premier nom qu'on donnera aux futures infirmières; des femmes religieuses qui se consacrent aux activités soignantes. Puis des congrégations hospitalières verront le jour dans le but de consacrer leurs activités aux soins des malades. A la veille de la Révolution française, l'infirmière est une employée subalterne dans les hôpitaux, c'est une garde-malade qui a pour activités de consoler les malades, prévenir leurs besoins, exerce des activités domestiques et spirituelles. La relation qui se crée entre elle et les malades peut se comparer à une relation de maternage. L'infirmière se dévoue au confort physique et spirituel des malades, qui eux se sentent entourés, accompagnés et en sécurité à leur côté.

Suite à la séparation de l'Eglise et de l'État, les religieuses continuent à assurer les soins dans les hôpitaux mais à titre gracieux, individuel ou en civil.

C'est en 1842 que l'on commence à observer les prémices de la formation infirmière, lorsque le pasteur Vermeil organise des cours; les diaconesses de Reuilly, avec une formation religieuse et professionnelle comportant des stages, puis avec l'école Saint Vincent de Paul qui enseignera aux soignantes que leur profession repose sur les principes de charité et d'obéissance à la hiérarchie

ecclésiastiques. Les activités resteront longtemps des soins de la vie courante et les soins au corps lors du décès, les savoirs infirmiers restent pour l'instant indéterminés. La relation restent donc longtemps une relation de maternage, un ensemble de soin corporels donnés aux malades dans un climat protecteur et affectif, cela évoque les comportements d'une mère à l'égard de son enfant, créant ainsi une relation de confiance entre le soignant et les soignés, permettant au malade d'exprimer ses affects.

A la fin du XIX^{ème} siècle, suite à la séparation de l'Eglise et de l'Etat et aux lois Combes, loi du 7 Juillet 1904, interdisant l'enseignement en France à toutes les congrégations religieuses, de ce fait, les religieuses quittent peu à peu les hôpitaux. C'est là que va naître la profession infirmière dans un contexte de laïcité en France. De plus, les progrès de la médecine, le développement de nouveaux traitements, l'évolution des techniques médicales et chirurgicales vont conduire la formation infirmière à se professionnaliser. Bien qu'il faut garder cet esprit de bienveillance et d'empathie envers les malades, les infirmières suivent alors des cours dans les premières écoles avec des médecins tels que Bourneville ou Duchaussoy, deux grandes figures de la formation d'infirmière voulant révolutionner la façon de soigner en donnant une place et une valeur aux soins. Les jeunes femmes apprendront l'anatomie du corps humain, la physiologie, les techniques de soins, les thérapeutiques ainsi que les règles d'hygiène et d'asepsie (notamment depuis la révolution pastoriennne). Pour assister le médecin, l'infirmière doit se doter de connaissances et de compétences. Cette professionnalisation donnera une reconnaissance envers le métier d'infirmière, une prise au sérieux de la fonction. Les infirmières auront une parole ayant plus d'impact auprès du patient sans oublier toutes ses valeurs soignantes, le relation soignant-soigné voit alors le jour petit à petit.

Comme nous l'explique Nicole JEANGUIOT (2006), dans sa recherche en soins infirmiers, tout au long des années, des figures emblématiques viendront apporter leur touche personnelle à l'évolution du métier. Florence NIGHTINGALE, infirmière dans les années 1850 et protagoniste anglaise dans le domaine de la santé, à eu l'idée de conceptualiser un modèle de la profession d'infirmière en tant que profession autonome, qui ne sont pas asservie aux médecins. Elle étudie les besoins des patients et établit les liens entre le soin, la personne et l'environnement. Elle tente de casser cette image religieuse en démontrant que les soins ne reposent pas sur un idéal de charité et de philanthropie mais sur des connaissances et des compétences à acquérir. C'est à cette femme que l'on doit la notion spécifique à l'infirmière de "nursing", ce sont l'ensemble des soins infirmiers dispensés aux malades, tels que les soins d'hygiène, de confort mais aussi des soins de prévention

des risques (altération de l'état cutané, risque sur la circulation sanguine), et des conseils en matière de santé. Une évolution du métier qui apportera une valeur supplémentaire à la parole de l'infirmière. Se détacher de l'image "d'assistante du médecin" et de s'autonomiser en tant que soignant. Ce qui lui donne plus d'autorité envers le patient ainsi qu'envers les autres professionnels de santé. D'avoir ses propres connaissances dans son propre domaine donne plus de reconnaissance à l'infirmière.

En 1922, sous l'impulsion de Léonie CHAPTAL, une philanthrope française, le décret du 27 juin 1922, institue un brevet de capacité professionnelle qui sera délivré aux infirmières hospitalières et crée le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières. Les études et les diplômes étant une étape importante en tant que professionnels qui leur permet de se faire entendre et écouter dans la société.

Il a fallu trente deux ans, de 1946 à 1978, aux infirmières pour obtenir la définition d'une profession conforme à leur pratique des soins : une infirmière placée sous l'autorité du médecin mais indépendante dans ses propres activités professionnelles avec une part de responsabilité dans la prise en soin de ses patients. L'infirmière a su se valoriser et créer sa propre profession reconnue. De part l'évolution de la profession on observe l'évolution des relation soignant-soigné, en partant d'une relation dite de maternage, l'infirmière a créé à travers ses connaissances, ses compétences et ses valeurs des relations qui se diversifient : la relation éducative avec l'aspect préventif et d'éducation de la profession à travers ses savoirs, la relation coopérative avec l'alliance entre le soignant et le patient grâce à ses valeurs d'accompagnement et d'aide, la relation de dépendance lorsque le soignant est face à un patient dépendant, la protection, le prendre soin de la personne sont des qualités que le soignant va mettre en oeuvre pour le patient. On retrouve également la relation d'autorité, qui a été valorisée avec l'augmentation des savoirs de l'infirmière, et la reconnaissance de la profession en créant un diplôme pour qualifier les professionnels, ce qui donne de la voix à l'infirmière face au patient. La relation de confiance, qui a toujours été plus ou moins présente étant donné les valeurs de l'infirmière : empathie, écoute, bienveillance, humanisme, accompagnement, etc...

2.1.2. Les soins curatifs, le consentement du patient

Selon l'encyclopédie française, les soins curatifs sont des "*Soins visant à apaiser la souffrance/douleur d'un malade et, si possible, à le guérir.*". En effet, depuis 2002, d'après l'article L.

1110-5. de la loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé datant du 4 Mars 2002 (loi Kouchner) :

“Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.”

De plus, cette même loi, requiert lors de tout acte médical la verbalisation du consentement libre et éclairé du patient, comme nous l'explique la loi Kouchner dans l'article L. 1111-4 ; *“Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.”*

2.1.3. Les soins palliatifs, un élargissement de la médecine

Depuis 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les soins palliatifs comme des soins visant à :

“améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.”

Il est important de considérer la mort comme un processus normal, et les soins palliatifs aspirent à améliorer la prise en charge des patients en fin de vie ou en situation d'incurabilité.

C'est en 1999, suite à la création de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 que fut instauré le droit d'accéder à des soins palliatifs capables de calmer la douleur, d'apporter les soins de confort et de soulager la détresse du malade et de ses proches lorsque le médecin prévoit la mort à l'issue de quelques mois. Puis, quelques années après, la loi Léonetti du 22 avril 2005 a bouleversé la fin de vie en précisant les droits des malades et en réglementant les obligations des médecins envers la prise en soin de leurs patients.

Cette loi permet aux patients en situation d'incurabilité d'accéder aux soins palliatifs grâce à une équipe mobile de soins palliatifs. Elle possède 2 buts essentiels : Tout d'abord, leur attribuer le pouvoir de décider eux-mêmes des conditions de leur fin de vie : en édictant ou en renouvelant des directives anticipées si possible seul ou avec l'aide de la personne de confiance. Puis, un second but

étant la lutte contre l'obstination déraisonnable, en instaurant l'arrêt de tout traitement mettant en péril la qualité de vie du patient, ce dernier a également le pouvoir de décider d'un arrêt partiel ou total de son alimentation et de son hydratation techniquement administrées.

La décision d'une prise en charge palliative se fait par le médecin, avec l'avis de l'équipe soignante, d'une équipe mobile de soins palliatifs et évidemment, celle du patient, si c'est possible ou des proches, dont la personne de confiance. Elle se fait lorsque les soignants sont face à un cas d'incurabilité, et que les traitements mis en place apportent plus de préjudices que de bénéfices au patient.

Puis en 2016, suite à la loi Leonetti Claeys du 2 février, l'usage de thérapeutiques visant une sédation profonde jusqu'au décès en phase terminale est autorisé. Dans le but de mieux répondre à la demande de mourir dans la dignité par une meilleure prise en charge de la souffrance.

Pour autant, les soins palliatifs ne doivent pas être vu comme un échec thérapeutique. Claire KEBERS, psychothérapeute dans les soins palliatifs, explique dans son ouvrage (2005), la peur qu'ont les soignants de cet échec thérapeutique, ils ont peur d'être les coupables de la finalité du patient et donc du passage vers une prise en soin palliative. Ces propos rejoignent ceux de Elisabeth ZUCMAN (2016), médecin de rééducation et réadaptation fonctionnelle, dans son article : *“La peur de souffrir et la peur de mourir ont fait de la mort « une réalité invisible »”* (p 54)

Pourtant, cette incurabilité a impacté la pratique des soins de façon considérable et a permis l'élargissement du champ de la pratique médicale avec la création d'une prise en soin très différente de celle que l'on pratiquait depuis des années.

2.2. Souffrance du patient

Le mot souffrance dans le LAROUSSE a pour définition *“Fait de souffrir, état prolongé de douleur physique ou morale”*. Il est trompeur de se représenter séparément le vécu corporel et le vécu psychique, quel qu'il soit, la personne demande de l'aide et un accompagnement. Les deux peuvent être liés, parfois une douleur physique cache en réalité une souffrance morale. Suite à ma lecture d'Emmanuelle GILLOOTS (2006), psychopraticienne dans son article j'ai pu écrire sur les deux types de souffrance énoncées.

2.2.1. Souffrance physique

La souffrance physique est une sensation éprouvante ressentie dans une partie du corps. La douleur physique est provoquée par des influx nerveux qui cheminent suivant les voies nerveuses, de la périphérie (peau, organes) vers le système nerveux central. Ce qui entraîne des réponses musculaires, motrices, hormonales, émotionnelles et comportementales plus ou moins rapides. Il existe deux circuits de transmission des influx douloureux.

Le premier circuit exploite des fibres nerveuses entourées d'une gaine de myéline. Lors d'un stimulus de pression ou de température, les fibres nerveuses s'activent grâce à des capteurs de pression au niveau de la peau. Ses capteurs s'activent aussi bien dans un mode non douloureux, comme une caresse, que sur un mode douloureux, comme un pincement ou un écrasement. Grâce à une vitesse de conduction rapide les messages sont transmis avec précision quant à la nature de la sensation, sa localisation ainsi que son intensité. Les zones corticales utilisées par le message douloureux sont somatotopiques, ce qui signifie que les neurones qui les composent sont organisés pour traiter l'information en provenance de zones précises du corps.

Le deuxième circuit de la douleur utilise des fibres non myélinisées, à conduction lente, qui vont s'activer plus ou moins en fonction de l'intensité du stimulus. Les informations transmises sont non précises et engendrent l'activation de zones cérébrales non spécialisées. Les influx seront traités dans une zone non somatotopique qui, par conséquent, ne transmettra pas d'indication de localisation. Avant d'atteindre le cortex, ces influx vont activer des zones plus profondes comme l'amygdale, responsable du comportement de veille et de vigilance, ainsi que le bulbe rachidien, responsable des fonctions vitales telles que le rythme cardiaque et respiratoire, la température corporelle.

Différentes réponses sont perçues suite à cet influx douloureux : La réponse réflexe, la réponse neurovégétative (pâleur, rougeur, accélération du rythme cardiaques et respiratoires, vomissements), la réponse musculaires (contractions réflexe autour d'une zone douloureuse).

L'évaluation de la douleur en situation de soins est primordiale, de nombreuses échelles pour tous types de patient (enfants, personnes âgées, nourrissons) en fonction de leur pathologie, de leur état de conscience, de leur capacité de communication. Ce qui permet d'évaluer le degré de douleur et donc la solution antalgique à utiliser, selon 3 paliers d'intensité croissante avec une administration par voies différentes : per-os, intraveineuse, trans-dermique, intra-musculaire...

De plus, la souffrance physique c'est aussi l'inconfort, l'altération de l'état de santé du patient, d'un de ses organes, sans douleur, mais l'idée de ne pas pouvoir mobiliser pleinement toutes ses capacités pour exercer une activité quelconque. La douleur et l'inconfort sont deux concepts

distincts. Un patient éprouvant de l'inconfort ne vivra pas toujours de la douleur. L'inconfort peut se caractériser par des symptômes relativement courants tels que : la dyspnée, l'encombrement bronchique, la constipation ou à l'inverse la diarrhée, les atteintes buccales, des nausées et vomissements, etc... Lors d'une prise en soin d'un patient, on peut être confronté à ce type de symptômes qui vont occasionner un inconfort chez le patient. Il ne pourra pas exercer amplement ses activités car il se sentira bloqué par un de ces symptômes. L'accompagnement soignant est primordial, la recherche de solution, avec le patient si possible pour le rendre confortable grâce à des soins de nursing méticuleux, des soins curatifs: aspiration, laxatifs, oxygénothérapie, antinauséux, antifongiques tout comme des soins corporelles : soins de bouches, hydratation, toilettes, etc... Dans les cas d'une fin de vie, l'inconfort étant permanent et inchangé malgré les efforts des soignants, parfois, une sédation est envisagée pour maintenir le patient dans un sommeil et qu'il soit confortable.

Enfin, dans la souffrance physique on retrouve la fatigue, une sensation accablante et prolongée d'épuisement réduisant ainsi la capacité de travail physique et mental. Dans le cas des maladies graves à un stade avancé, elle est inévitable, le repos ne va pas l'atténuer. Un symptôme quotidien et permanent est très pénible psychologiquement pour le patient, souvent vécue avec détresse elle peut entraîner une instabilité émotionnelle pouvant aller de l'irritabilité au repli sur soi. Elle se caractérise par un manque d'énergie, un besoin de repos, une incapacité à maintenir le niveau d'activité habituel, difficulté à se concentrer, sensation d'épuisement, somnolence, augmentation de la gêne physique, etc...

Ainsi, les soins à apporter pour apaiser cette souffrance physique sont de l'ordre du nursing, ils seront adapter aux besoins et au rythme du patient, lui éviter les efforts inutiles. Il est intéressant de proposer des thérapies de médiations corporelles telles que les massages, la relaxation, l'hypnose mais aussi favoriser le repos. Sans oublier un soutien psychologique apporté au patient et à sa famille dans ses situations ou l'asthénie marque l'évolution défavorable de la maladie.

2.2.2. Souffrance psychique

La souffrance psychique est la douleur ressentie sans atteinte d'un tissu ou d'un organe du corps humain. Pour autant, elle sollicite les mêmes parties du cerveau que la douleur somatique. Elle se

manifeste par l'anxiété, la dépression, l'agitation, un repli sur soi, de la colère, perte de plaisir et d'envie, un désintérêt. Comme facteur de risque de cette souffrance morale on retrouve l'isolement, le sentiment de solitude, l'absence de vie sociale et/ou affective, sentiment d'échec, des altérations soudaines de l'état de santé physique, l'annonce d'une maladie grave, la présence de douleurs chroniques et invalidantes, etc...

Si l'on reprend les différents circuits de l'influx douloureux expliqués dans la partie précédente, le second circuit, le circuit lent est celui qui est mobilisé pour les douleurs psychiques. Avant d'atteindre le cortex, les influx activent des zones profondes comme l'amygdale et le bulbe rachidien mais vont également stimuler les zones limbiques émotionnelles et mémorielles. On observe alors des réponses hormonales, affectives, émotionnelles et comportementales.

2.3. Sentiment d'impuissance du soignant

2.3.1. Les Attentes de la société par rapport au soins : le soignant tout puissant

La puissance à une signification très forte, c'est ce qui impose une autorité sur quelque chose. D'après Blandine VIGNERAS (2014), médecin hospitalier, les soignants sont souvent vus comme des personnes "toutes puissantes" sous l'influence de la société, des personnes soignées mais aussi d'eux-mêmes, ce qui renvoie également à une faille, un sentiment de doute ce qui rend le soignant vulnérable face à la situation.

La société

C'est grâce aux progrès conséquents de la médecine dans la maîtrise de la vie et dans la guérison des maux que les soignants, médecins et autres professionnels de santé ont permis de repousser l'échéance de la mort. La société donne ce caractère assez héroïque aux professionnels de santé, ce qui donne également cette image de soignant tout puissant. Les attentes de la société donnent aux soignants une force sur la vie, un pouvoir et une autorité sur la santé mais elles fragilisent également beaucoup les soignants lorsqu'ils sont face à un échec thérapeutique. Il va rechercher un responsable, l'idéalisation de la médecine et des soignants conduit ces derniers à refuser les limites, la réalité de la mort.

La personne soignée

Bien souvent fragilisée par sa maladie, la personne soignée est vulnérable et donc en position d'attente face au corps médical. Elle donne sa confiance et tous ses espoirs de guérison aux soignants. Cette confiance et cet espoir entraînent chez le soignant un certain pouvoir, une force. Comme l'explique Blandine VIGNERAS (2014) dans son article, c'est là toute l'importance de la relation soignant-soigné :

“la dissymétrie de cette relation persiste selon différents axes : du savoir/du non savoir, du donner/du recevoir, de la position debout/à la position couchée, d'une réponse dans le temps/à l'immédiateté, du présent/de l'anxiété sur l'avenir, d'une situation quotidienne/à une situation unique, de gestes automatiques habituels/à un état d'alerte, de tension, de devoir/de dissymétrie de la relation”, (p 13)

Devant la méconnaissance de la personne soignée sur la médecine et son système, le soignant est dans une position de force. Mais au vu de la confiance parfois aveugle que donnent les personnes soignées au corps médical, lors d'un échec thérapeutique, ce dernier peut vite ressentir une culpabilité de décevoir le patient et ses proches, le sentiment d'avoir échoué dans la tâche que le patient lui avait confié. De plus, la colère des patients ou des familles fragilise le soignant, il y a une exigence de l'utilisateur à l'égard des professionnels de santé.

Le soignant

Les progrès de la médecine, des technologies, des connaissances acquises tout au long de la profession contribuent à apporter ce sentiment de puissance aux soignants, une force mise au service de la vie. Cette "supériorité" s'observe notamment de part la position debout du soignant envers le patient, qui lui est assis ou allongé dans son lit. En outre, la fragilité du patient renvoie le soignant à sa propre fragilité, d'être confronté au handicap ainsi qu'à la mort et par conséquent à sa propre finitude. Lors d'une dégradation de l'état de santé d'un patient, le soignant peut être vulnérable car il peut vivre cette évolution défavorable comme un échec de la prise en charge, ce qui engendre chez lui une remise en question, cela fragilise son équilibre. D'après Elisabeth ZUCMAN (2016) dans son écrit, les soignants s'attribuent le devoir de soigner et guérir les maux des malades. En tant que médecin, l'auteur nous exprime des émotions qu'elle à elle-même ressenties durant sa formation, et que *“la non-guérison est ressentie comme la trahison d'un impératif que nous nous serions imposé à nous-mêmes ”. (p50)*

Selon Séverine DELIEUTRAZ (2012), infirmière en pédopsychiatrie, on devient soignant car on aspire à soigner les maux, c'est ce qui nous anime, dans le “je veux soigner” les soignants se trouvent dans une position rassurante, car ils sont en capacité d'agir à l'inverse du patient qui lui, est en perte de

maîtrise. Or on ne peut pas soigner tous les maux. Lorsque le soignant est face à une impasse thérapeutique et que le patient est en attente de sa guérison, cela le renvoie à sa propre incapacité à le soulager. Les soignants sont face à la confrontation journalière du combat pour la vie et de l'acceptation de la mort. Toutes les émotions sont alors refoulées, comme nous l'exprime Claire KEBERS (2005), *"Allez la vie continue, au travail!"* (p90) Les soignants craquent et se défendent autant que possible contre ce sentiment d'impuissance.

2.3.2. Le transfert d'expérience personnelle : le fantasme de réparation

Lors d'une prise en charge, il n'est pas impossible que les soignants aient d'autres motivations qui les animent que celles de d'habitudes et pour lesquelles ils font ce métier. Il y a l'identification inévitable au patient lorsqu'on est soignant. Parfois, ce dernier va effectuer un transfert d'expérience avec le patient, suite à une histoire personnelle l'ayant touché. Comme nous le dit Severine Delieutraz (2012), la personne en souffrance, peut provoquer chez le soignant des comportements de maternage. A travers leurs comportements, les soignants peuvent être dans un certain fantasme de réparation de soi à travers l'autre. Cela peut être accompagné de failles narcissiques ou d'une culpabilité que le soignant tente de cacher.

C'est pourquoi, comme nous l'explique Séverine Delieutraz, il est important de réfléchir sur nos motivations lorsque nous voyons que nous prenons très à cœur, peut être trop à cœur, la prise en charge d'un patient. C'est une possibilité à ne pas écarter mais il est important de la déceler lorsqu'elle est présente, car en cas d'échec thérapeutique cela peut nous renvoyer à une incapacité de soigner et à notre impuissance face aux maux de nos patients.

2.3.3. Le rapport à la mortalité (à sa propre mortalité ?)

Se confronter à la mort n'est pas simple, même lorsque l'on est soignant. Sans cesse dans un combat pour la vie, la réalité de la mort est parfois difficile à accepter. La mort c'est la finalité de notre existence, c'est l'inconnu, ça peut donc faire peur. Le soignant a peur d'échouer dans la prise en charge thérapeutique, en situation d'incurabilité il peut se sentir coupable de cet "échec". Il va avoir peur de l'annoncer au patient, aux proches, peur que ses derniers le pointent du doigt et lui remettent la faute. Habitué à porter un masque d'impassibilité qui l'empêche de dévoiler ses émotions, le soignant se l'interdit et lutte alors contre ses sentiments. Face à la mort, il est difficile de

contenir ce que l'on ressent. Le soignant redoute alors cette étape et a peur de ses propres sentiments qui lui feraient perdre son masque. Selon Claire KEBERS (2005), affronter la mort est une crainte qui constitue *“un obstacle potentiel à l'annonce d'un diagnostic et surtout d'un pronostic catastrophique”* (p 54) au malade et à ses proches, et parfois un obstacle à la discussion, une peur des questions que peuvent poser les personnes soignées. D'autant plus que dans ses situations où la mort est induite, le soignant peut se comparer, lui, vivant, face à cette personne dont la fin de vie est proche et ainsi se poser des questions inévitables telles que *“Ne suis-je pas moi aussi mortel?”*.

2.3.4. L'héroïsation des soignants face à la Covid-19

Dans la Revue de l'infirmière (2020), Jean-Pierre BOUCHARD, psychologue français, reprend cette idée d'héroïsation dans son article Covid-19 : les soignants entre héroïsation et marginalisation. Débutant en Chine en Novembre 2019, la vague infectieuse du coronavirus Sars-coV-2 submerge la planète par le biais des contacts humains, des déplacements massifs, rapides et mondialisés. La population mondiale s'inquiète de plus en plus et repose ses espoirs sur les soignants et la médecine, elle attend d'eux qu'ils la protègent de ce nouveau virus à la fois inconnu et terrifiant ainsi que de la mort. Le personnel médical et paramédical lutte contre cet ennemi mortel qui déferle sur le monde entier. Soutenus et héroïsés, une pression quant à leur irréprochabilité se fait ressentir. Certains craignent qu'ils soient de possibles agents de contamination, d'autres les accablent suite à la mort de leurs proches. Une situation sanitaire et de travail ainsi qu'une pression sociale qui à des répercussions sur le psychisme des soignants.

Une population apeurée

La population, qui à d'abord eu des difficultés à prendre conscience de la gravité de la situation sanitaire, s'est ensuite inquiétée de plus en plus. L'évolution de la pandémie mondiale est devenue le feuilleton le plus regardé. Relayé par les médias et les réseaux-sociaux de manière locale, nationale et internationale, tout le monde ne parle plus que de cela. Des sources qui alimentent souvent les interrogations et les craintes, ce qui influence les comportements. La maladie, la contagion, la mort, ses craintes tournent en boucle dans les têtes d'un grand nombre de citoyens. Le confinement planétaire, une situation inédite dans certains pays, comme la France, avec comme seul lien avec le monde extérieur des informations visuelles, audiovisuelles ou bien écrites concernant la propagation du virus, sa contagion interhumaine, l'importance de la distanciation physique pour l'éviter, le

décompte quotidien des morts. Il existe même un site internet avec, en temps réel, le nombre de personnes infectées, le nombre de personnes mortes de la covid-19, le nombre de personnes guérites, avec cela des statistiques, des calculs sur le taux de létalité. Des images quotidiennes internationales et parfois surréalistes de la vague mortelle du virus. Tous les jours, les médias relaient des images sordides de corps sans vie de personnes décédées du covid-19, en précisant le manque de place, le manque de moyens matériels et humains dans les hôpitaux. Ils pointent alors les personnes vulnérables, le danger que cela représente pour elles. Et tous les jours, à tout moment de la journée on ne parle que de ça, on attise les angoisses, les craintes. Un danger invisible mais bien réel qui crée une insécurité sanitaire et qui fait peur à un grand nombre. ce qui à engendrer deux types de réactions à l'égard des professionnels de santé : un soutien et une admiration importante, ou parfois, leur mise à l'écart.

Les différentes réactions de la population face à cette peur de la covid-19

Les soignants luttent alors depuis le début de la pandémie tous les jours contre cet ennemi. Malgré le manque de moyens matériels (gel hydroalcooliques, masques, surblouses, test de dépistage...) et le manque de moyens humains, qui a d'ailleurs nécessité la mobilisation d'étudiants et de soignants retraités, les soignants font face à cette vague infectieuse. Les urgences débordent, les lits en réanimation saturent, des secteurs covid sont ouverts pour augmenter le nombre de lits, des transferts de patients sont effectués à travers le pays car il n'y a pas assez de lits dans certains établissements. Des choix sont effectués concernant les prises en soins de patients par rapport au nombre de places disponibles. Les soignants se battent tous les jours sans relâche pour satisfaire les soins qu'ils apportent à la population. Spectatrice de cet engagement, les habitants des différentes nations comprennent et soutiennent l'implication des soignants, les admirent pour leur dévouement. Ils sont perçus comme leur protection face à cette pandémie, les soldats qui les protégeront dans cette guerre sanitaire. De cette façon, les manifestations de soutien, de reconnaissance et d'admiration sont alors multiples. Durant le confinement en Mars 2020, tous les soirs, à 20h, la population à travers le monde entier applaudissait à son balcon et à sa fenêtre comme marque de reconnaissance et de soutien aux soignants. De plus, Dr Tedros, directeur général de l'OMS à également proclamer fièrement 2020 comme étant l'année internationale du personnel infirmier et des sages-femmes, il à également souligné que ces *“deux profession de la santé sont inestimables pour la santé des gens partout dans le monde”*.

Souvent qualifiés de héros durant cette période de pandémie, les soignants sont touchés et apprécient cette gratitude. Cependant, toute cette confiance que donne la population en direction des soignants crée une certaine forme de narcissisme chez le soignant, ce qui peut entraîner un

sentiment de soignant “tout puissant” qui va guérir tous les maux et sauver l’humanité. Mais face à la réalité humaine, le rapport à la mort et à cette épidémie incontrôlable, le système de santé et ses professionnels ont subi un affront sans précédent qui les ramène à la dure réalité de la vie et de la prise en soin de patient. Malheureusement on ne peut pas sauver tout le monde, des gens meurent, parfois dans nos bras, sans qu’on ne puisse faire quelque chose. Ce qui nous ramène à notre impuissance de soigner tous les maux et à notre réalité de soignants. Vivre un décès dans les soins ne signifie pas que nous sommes responsables.

A l’inverse des réactions et manifestations positives à l’égard des soignants on découvre un mouvement de marginalisation du personnel soignant. Souvent de la part de leur voisinage. Les soignants sont vus comme un facteur de contagion. Dans la revue de l’infirmière (2020), on découvre que de nombreux infirmiers / aides-soignants ont reçu des mots dans leur boîte au lettre, sur leur portes, dans leur copropriété. Des mots écrits par leur voisinage, les menaçant ou en les injuriant. Des incitations à quitter leur domicile, à ne pas sortir dehors, à fermer les cabinets libéraux en ville, à ne pas garer leurs voitures proches des autres ou encore: “ à quitter la ville et à faire vos courses dans une autre ville le temps de l’épidémie [...] Vous serez de nouveau les bienvenus dans la ville quand tout sera terminé” (p32). Les gens sont terrifiés et justifient alors leurs propos par un sentiment d’insécurité de se savoir proche de soignants potentiellement en contact avec des personnes contagieuses.

De plus, les soignants sont soumis à un stress important, à une charge de travail très lourde durant cette épidémie. Ils sont confrontés à la vulnérabilité des patients ainsi qu’à leur propre vulnérabilité; l’exposition à l’infection, le manque de moyens matériels, la charge de travail. Préparés à toutes sortes de crises sanitaires (attentats, catastrophes naturelles), les soignants n’étaient pas préparés à une épidémie mortelle d’un virus méconnu. Il leur à fallu être réactif, s’adapter, réorganiser leur environnement de travail. Confrontés à la souffrance et à la mort des patients, le personnel soignant ressent lui aussi une souffrance éthique et psychique. Comme le décrit l’article rédigés par Cynthia FLEURY et Valérie GATEAU, deux docteurs en philosophie, dans revue Soins (2020), ce sont des professions déjà très touchées par le burn-out, les instances dirigeantes ont alors mis en place des cellules de soutien psychologique pour les soignants.

3. L'ENQUÊTE DE TERRAIN

En vue du cadre théorique développé précédemment, et dans le but de confronter les apports littéraires à la réalité du terrain, j'ai rencontré des infirmières de réanimation qui ont accepté de répondre à mes questionnements.

3.1. Méthodologie de l'enquête.

3.1.1. Choix de l'outil de l'enquête.

Avant tout entretien, l'anonymat et la confidentialité ont été garantis auprès des infirmières interrogées, et sont enregistrés avec leur accord. L'usage du tutoiement a été suggéré d'emblée par les professionnelles pour permettre de favoriser un rapport de proximité entre soignants au cours des entretiens, ce qui a contribué à instaurer un climat de confiance.

Le choix du mode d'entretien s'est porté sur un type semi-directif suivant un guide (Annexe 3), afin de favoriser un échange ouvert. Ce guide a permis de conserver une trame, et de revenir parfois sur certains termes à aborder ou approfondir. Les infirmières ont pu répondre librement grâce à des questions ouvertes.

3.1.2. Ciblage et choix de la population à interroger.

Il s'agit d'une étude concernant des infirmières de réanimation, un milieu professionnel éprouvant où l'on est souvent confronté à des situations thérapeutiques difficiles. Une étude comparative par rapport à leur ancienneté et à leur caractère. L'objectif étant de comparer le vécu des situations de soins difficiles des infirmières en fonction de leur niveau d'expérience et de leur personnalité.

3.1.3. Les objectifs de l'enquête.

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

Objectifs	But
Identifier le profil des infirmiers interrogés.	Analyser les différents profils d'infirmiers par rapport au contrôle des émotions en situations de soins
Identifier l'enjeu sociétal posé sur les soignants dans les soins curatifs et le ressenti des professionnels de santé à ce sujet.	Comprendre le lien entre la pression exercée sur les soignants et la vulnérabilité de ces derniers face à une impasse thérapeutique.
Évaluer la posture du soignant lors d'une prise en soin difficile.	Comprendre les émotions du soignant et comment il parvient à les gérer.
Identifier l'impact de la Covid-19 sur la prise en soin des patients ainsi que l'impact émotionnel sur les soignants et sur leur pratique du métier.	Comprendre l'impact d'une nouvelle pathologie mortelle sur la profession des soignants, leur pratique et leurs ressentis.
Identifier la gestion des sentiments personnels du soignant face à une situation incurable.	Identifier une corrélation entre leur personnalité/caractère ainsi que leur ancienneté et le vécu de leur sentiment face à une situation de soin incurable.
Identifier une corrélation entre leur représentation de la mort et le vécu de leur sentiment face à une situation de soin incurable.	Comprendre leur rapport à la mort en situation personnelle et professionnelle et comprendre le lien par rapport au contrôle des émotions
Identifier les traits de caractères des soignants et en quoi sont-ils une aide ou une limite dans les situations de soins.	Identifier les forces et les faiblesses que peut avoir un soignant face à des situations de soins délicates.

3.1.4. Les limites de l'enquête.

Les infirmiers interrogés proviennent tous deux de service de réanimation, médicale et chirurgicale. Ce sont des services très axés sur des cas graves et d'urgence, ils ne sont donc pas représentatifs de tous les services. Cependant, ce sont des services très spécifiques et caractéristiques face au sentiment d'impuissance, puisque ce sont des situations régulièrement rencontrées en service. Ils ont également un recul face aux situations de soins critiques et d'urgence mais ont tous deux abordés des situations qui les ont marqués et les ont fait se sentir impuissants.

4. ANALYSE DES ENTRETIENS

4.1. Présentation des infirmiers interrogés

4.1.1. Données sociales de la population interrogée.

Les deux infirmiers interrogés seront nommés IDE 1 et IDE 2. Les deux entretiens se sont déroulés sur leur temps de repos, un en présentiel et l'autre en visioconférence. Au regard des carrières, de l'ancienneté du diplôme, on remarque une diversité en termes d'expérience, 2 ans pour l'IDE 1 et 23 ans pour l'IDE 2.

4.1.2. Expériences et compétences.

Selon la théorie de la compétence, Patricia Benner (2003) a identifié 5 niveaux de compétence clinique : novice, débutant, compétent, performant et expert. Des compétences qui s'acquièrent grâce à deux types de connaissances différentes. D'une part avec le savoir théorique, qui se caractérise par les liens établis lors de situations cliniques et la mobilisation de connaissances scientifiques acquises. D'autre part avec le savoir-faire, lorsque l'infirmier a fait face à suffisamment de situations réelles, il acquiert une expérience dans le domaine et donc un savoir faire qui lui permettra de passer au niveau de compétence supérieur.

Ainsi, grâce à cette théorie de Patricia Benner, j'ai pu classer les infirmiers selon leur niveau d'expérience et de compétence en fonction de leur ancienneté de diplôme ainsi que celle dans le service actuel concerné. Cela permet aussi d'évaluer l'impact émotionnel que peut avoir une situation de soins difficile sur le soignant.

	IDE 1	IDE 2
Lieu d'exercice	Réanimation chirurgicale	Réanimation médicale
Ancienneté de diplôme	2 ans	17 ans
Ancienneté dans le service	2 ans	16 ans
Niveau de compétence	Compétent	Expert

L'IDE 1 perçoit les actes en termes d'objectifs et peut déterminer quels aspects d'une situation sont importants et lesquels il peut ignorer, il est capable de faire face aux situations imprévues et acquiert l'expérience de terrain suffisante pour savoir gérer ses émotions dans le cas d'une situation de soin difficile.

L'IDE 2 qui a énormément d'expérience comprend à présent de manière intuitive les situations rencontrées et appréhende plus rapidement le problème et l'impact qu'il peut avoir sur son ressenti émotionnel.

Pour autant, l'impact émotionnel peut dépendre de plusieurs facteurs autres que l'expérience et la compétence infirmière, comme la personnalité propre à l'individu, son vécu personnel d'expériences antérieures par exemple ou encore ses mécanismes de défenses. Des facteurs que je vais développer dans la suite de ce mémoire.

4.2. La pression psychologique et sociale

Dans un contexte de soin difficile, les infirmiers sont relativement d'accord sur le fait qu'ils ressentent une pression sociale et psychologique. Les deux infirmiers sont en accord pour dire que cette pression est quotidienne dans les services de réanimation chirurgicale et médicale. De plus, elle est causée par 3 facteurs différents.

Analysée d'une manière quantitative, la détresse des familles est le facteur principal de cette pression psychologique induite aux soignants. Puis à égalité, on retrouve la charge de travail avec les demandes conséquentes des médecins et les soins complexes qu'on observe dans ce type de secteur et enfin le patient, la communication avec ce dernier.

Ensuite, les deux infirmiers m'ont tout deux expliqués que cette pression dépendait beaucoup du contexte de la situation. L'état du patient, sa douleur, sa souffrance, pouvaient accentuer cette pression psychologique, de même que le service en lui-même, la réanimation est souvent un milieu stressant.

Enfin, toutes les situations sont différentes et parfois dans certains contextes elles vont davantage impacter émotionnellement le soignant et donc créer cette pression psychologique.

Cette pression psychologique et sociale a une incidence directe le soignant. L'impact négatif prédomine sur l'impact positif, puisque cela va influencer le relationnel avec le patient et les familles, les soignants seront obnubilés par leurs tâches et laisseront naturellement le relationnel, c'est un moyen de se concentrer sur la situation pour parvenir à la gérer. À l'inverse, on retrouve un impact positif, puisque cela les pousse à être toujours à 100%, toujours concentrés, à être à jour concernant les protocoles, la répétition des actes leur permet au fur et à mesure de l'expérience de gagner en confiance et de ne pas se laisser submerger par cette pression.

4.3. Sentiment d'impuissance et contrôle d'émotions du soignant

4.3.1. Son rapport à la mortalité

Deux rapports différents sont observables à la vue des deux entretiens effectués. L'angoisse et la difficulté émotionnelle qu'engendre la mort chez les soignants, tant dans la vie professionnelle que personnelle, c'est un événement douloureux et angoissant, l'IDE 1 évoque son rapport à la mortalité depuis l'enfance et la source d'angoisse que cela a été pour lui. À l'inverse, et particulièrement en milieu professionnel, le rapport à la mortalité est identifié comme une notion d'acceptation ou le soignant "*relativise beaucoup*", comme le dit l'IDE 2. De plus, l'IDE 1, malgré ses angoisses face à la mort, explique qu'il arrive bien à gérer ses émotions face à la mort à l'hôpital. Les deux rapport se valent, et durant les deux entretiens malgré la prédominance de la notion d'angoisse face à la mort, les deux soignants insistent sur la notion d'acceptation de la mort en milieu professionnel. Cette acceptation se justifie de par le profil du patient décédé et notamment son âge, la mort d'une personne âgée est moins douloureuse que celle d'un patient jeune selon les deux interlocuteurs. De plus, l'état clinique du patient va induire une acceptation plus facilement ou non pour le soignant, si la mort est attendue, l'IDE 2 explique que c'est moins douloureux que lorsque c'est un accident brutal.

Enfin, grâce à ces entretiens on relève des indicateurs qui permettent le contrôle des émotions face à la mort et l'acquisition d'une attitude d'acceptation de celle-ci, tels que la juste distance relationnelle, afin de ne pas être impacté de façon trop importante face au décès d'un patient. Ne pas connaître personnellement et ne pas se lier d'amitié avec un patient est une manière de se

protéger de la souffrance émotionnelle pour les soignants, comme l'exprime l'IDE 2 : *“Quand c'est des gens qu'on ne connaît pas c'est plus facile de passer outre”*. Tout autant que la force mentale qu'apporte cette casquette de soignant, comme le dit l'IDE 1, *“ dans ma casquette et mon uniforme de soignant je pense que ça m'aide plutôt que dans mon uniforme de civil.”*. Les soignants se créent une sorte de protection psychologique grâce à l'uniforme de soignant, ce qui leur permet de ne pas être heurté brutalement par le décès des patients.

4.3.2. La posture soignante

Lors d'une prise en soin difficile, on observe deux grandes postures que les soignants développent. Les émotions empathiques prédominent, se sont des humains, ils ne sont pas insensibles c'est pourquoi lorsqu'ils ressentent ce sentiment d'impuissance, ce dernier heurte leur propre personne et leur valeur de soignant, ensuite on remarque un sentiment d'espoir qui est relativement dominant dans les situations de soins délicats, l'espoir de guérison. Enfin on retrouve le transfert émotionnel avec la famille, le soignant peut imaginer que c'est un membre de sa famille qui est à la place du patient par rapport à l'âge de ce dernier, sa pathologie, ce qui va engendrer une vague d'émotions qui peut être très importante et difficile à gérer. De plus, on observe que le soignant va alors avoir une posture de soignant très professionnelle grâce à sa casquette de soignant d'où se distingue principalement une capacité à relativiser dans ce type de situation, ils savent qu'ils donnent beaucoup d'énergie pour le patient, et beaucoup de leur personne pour son confort, pour le soigner, pour le sauver, donc ils essayent de ne pas se projeter ni de trop s'impliquer face au patient, ils expliquent également que parfois ils ont beau tout donner pour le patient, la médecine à ses limites et parfois il n'y a juste plus rien à faire et cela ne dépend pas d'eux. C'est une manière de se rassurer et de ne pas être submergé par ce sentiment d'impuissance. Ensuite, sous cette casquette de soignant se trouve une qualité de persévérance des soignants, comme je le disais au dessus, ils donnent énormément de leur personne, dans un travail de collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale, tous donnent beaucoup d'énergie, cela permet de surmonter ce sentiment d'impuissance. Tout tenter pour être sûr de ne pas passer à côté d'un élément important, et ne pas regretter la prise en soin. Enfin la notion d'éthique est également illustrée lorsqu'ils se questionnent sur l'avenir de certains patients dans leur service, l'intérêt des soins et quelle vie offrent-ils à un patient difficilement soignable.

4.3.3. La gestion des émotions

Lorsqu'une situation touche émotionnellement le soignant, en priorité on remarque que son premier instinct sera de relâcher ses émotions par différents moyens, tels que le débrief avec les autres, en

parler, être écouté. La communication est très importante dans ce type de situation, cela leur permet, comme nous l'explique l'IDE 1 *"de faire passer ses émotions à chaud avec l'équipe médicale et l'équipe paramédicale"*, de plus, pour l'IDE 2 cela permet de *"relativiser"*. Cette communication peut se faire avec différents acteurs selon les deux infirmiers interrogés. En majorité, les soignants se confient à des acteurs intra-hospitaliers *"avec l'équipe paramédicale, avec les médecins, nos chefs"*, ou encore des psychologues présents dans les deux services concernés pour écouter les soignants. Les deux interlocuteurs expriment bien l'importance du relationnel dans les équipes dans ce type de contexte : *"le relationnel avec les collègues ça compte pour beaucoup"*. Il arrive qu'ils se confient également à des acteurs extra-hospitaliers comme la famille, des amis proches qui sont dans le métier mais qu'ils voient en dehors de leur temps de travail. Une autre méthode pour relâcher ses émotions évoquée dans l'entretien, notamment par l'IDE 2 est de prendre un temps pour soi-même : *"j'ai mon sas de décompression en voiture"*, c'est un moment qu'il prend pour repenser à la situation mais lorsqu'il rentre chez lui, il n'y repense plus.

L'expérience joue un rôle important et majoritairement positif dans la manière de gérer les émotions chez les soignants. Les deux infirmiers se comparent avec les jeunes diplômés, et expliquent que *"le recul est difficile à prendre"*. De plus, la confrontation régulière à des situations difficile permet de mieux gérer ses émotions lorsque de nouvelles situations surviennent : *"l'expérience peut aider dans le contrôle des sentiments parce que voilà, on sait ce qu'il peut se passer, on est moins surpris"*, l'implication est moins importante, les soignants prennent plus de recul pour moins souffrir. Pour autant, l'IDE 1 note que parfois cette expérience et cette prise de recul pour éviter de souffrir peut avoir un effet négatif sur le soignant : *"une trop grande expérience, des fois, peut nous construire une carapace qui fait qu'on devient, presque, insensible"*.

Bien souvent, les soignants expliquent que pour gérer au mieux ses émotions c'est souvent à proximité de la situation, dans les minutes ou heures qui suivent. Parfois, comme pour l'IDE 2, à distance, lors de son trajet en voiture par exemple.

4.3.4. Personnalité et gestion des émotions

La personnalité des soignants a un rôle très important dans les contextes de soins difficiles, on remarque plusieurs réactions qui sont ressources pour gérer la situation tels que des mécanismes de protection innés. l'IDE 1 explique qu'il met instinctivement ses émotions en pause lors des situations d'urgence par exemple : *"je mets ma casquette professionnelle, soin curatif"*, pour autant, dans le cas contraire, lors des situations de soin plus *"calmes"*, il précise qu'il a plus le temps de se poser, de réfléchir et donc ses émotions sont plus présentes. L'IDE 2, de son côté, utilise l'humour pour gérer ce type de situation, c'est son moyen de défense *"pour décompresser, pour dédramatiser certaines"*

situations.”. De plus, on remarque dans les deux cas la présence du stress, un stress positif, une réaction biologique et psychique qui leur permet de gérer la situation : l’IDE 1 explique “ *ça ne me paralyse pas, ça me fait revérifier 4 fois la prescription 4 fois le culot pour être sûr*”. De son côté, l’IDE 2 le définit comme un “*stress moteur*”. Enfin, comme ressources on retrouve l’expérience et donc la confiance en soi des deux soignants avec leur niveau d’expérience respectifs : “ *mon expérience en réanimation a forgé ce caractère là.*” précise l’IDE 1.

Pour autant, malgré que les deux protagonistes ont un caractère et des réactions qui leur permettent de gérer des situations de soin difficiles et d’urgence, ils ont tous les deux évoqués une réaction qui peut être une limite dans les prise en soin délicate, le stress négatif. l’IDE 2 évoque notamment lorsqu’il était jeune infirmier et que ce stress n’était pas moteur ; “*y’a une perte de moyen forcément,*”. Il aborde encore une fois ici la notion d’expérience, et l’importance dans la capacité à gérer ses émotions : “*quand il y a des choses qu’on a pas vu ou peu vu, on ne se sent pas forcément à l’aise donc forcément c’est pas trop moteur*”. De son côté, l’IDE 1, ressent parfois une perte de lucidité lors des situations d’urgence : “*t’as pas le temps de réfléchir, t’as pas le temps de te concentrer et du coup t’es un peu moins lucide*”.

4.4. L’impact de la pandémie dans la prise en soin de patient incurable

4.4.1. Impact émotionnel

La pandémie a eu beaucoup de répercussions sur le métier des soignants, bousculant leur quotidien. Les deux infirmiers nous ont tous les deux exprimés leur ressenti lors de la situation. Deux sentiments se sont particulièrement dégagés dans leurs discours. La peur à été un sentiment très présent dans les services de réanimation lors des premières vagues de contamination à la Covid-19. “*La peur d’être contaminé*” explique l’IDE 2 ainsi que “*la peur de contaminer nos familles*”, un climat “*très anxiogène*” décrit-il. L’IDE 1 se remémore la réactions de certains de ses collègues : “*y’en a qui ne voulait même plus manger, sur les rotations de pause, certains préféraient presque aller manger dehors ou dans une salle isolée pour être sûr de ne pas être en contact*”, il précise malgré tout que cela n’a pas été source de tension dans les équipes. Comme autre impact émotionnel on retrouve la difficulté psychologique face aux patients et aux familles, ils en sont tous les deux revenu à ce sentiment d’impuissance qui était très présent, c’était difficile pour eux de voir les patients se dégrader malgré leurs efforts et de devoir expliquer aux familles, d’essayer de leur faire comprendre la gravité de la situation. C’était aussi très compliqué de voir les patients souffrir, mourir sans qu’ils puissent voir leurs proches, de trouver des moyens pour que les familles communiquent malgré les restrictions par rapport aux visites à l’hôpital à l’époque.

4.4.2. Limites de la prise en soin

L'impact émotionnel important est en corrélation avec les nombreuses difficultés liées à la prise en soin des patients Covid positif. Tout d'abord, à ses débuts, la méconnaissance de la maladie a été la première difficulté à gérer : *“c'est quelque chose qu'on n'a pas appris à l'école, on n'a pas eu de cours sur le Covid,”* explique l'IDE 1. Les soignants n'ont pas reçu de formation et ont dû apprendre à soigner les personnes atteintes du Covid au fur et à mesure. Ensuite, L'IDE 2, travaillant en service de réanimation médicale à également évoqué une lassitude de la situation avec la répétition des cas, *“des prises en charge qui se répétaient qui se ressemblaient.”* ainsi que la contrainte de s'habiller, de se déshabiller plusieurs fois par jour, tout cela suscitait une lassitude et de l'énerverment de la part des soignants dans ce service particulièrement touché et déstabilisé par la pandémie. Comme autres limites abordées, on retrouve la brutalité de la situation, l'afflux de malades, la gravité de la maladie, la dégradation rapide de l'état de santé des patients a beaucoup déstabilisé les soignants. L'IDE 2 travaillant en service de réanimation médicale à été témoin de cet afflux important lorsqu'ils ont reçu des patients venant de Paris suite à la saturation des services de réanimation dans cette région. De plus, comme évoqué juste avant, l'angoisse de la contamination à été une autre limite dans la prise en charge comme nous le dit l'IDE 1 *“un sentiment de peur et d'appréhension d'être contaminé par les patients”*. Enfin, l'IDE 2 nous à abordé la naissance d'un sentiment nouveau: le sentiment de rancœur face aux personnes non-vaccinées, comme il nous l'explique, c'était un sentiment tout à fait inédit pour le soignant, il n'avait jamais ressenti envers des patients auparavant, une sorte de rengaine par rapport à la fatigue émotionnelle que le personnel hospitalier subissait depuis le début de la pandémie.

4.4.3. Les ressources d'aide

Pour autant, malgré ses difficultés et le fort impact émotionnel du Covid sur les soignants, ces derniers ont réussi à trouver des ressources leur permettant de mieux gérer la situation. L'apprentissage de la pathologie et sa prise en soin, la création au fur et à mesure de protocoles, ont permis au personnel hospitalier de s'adapter. De plus, ils ont eu énormément de soutien de la part d'autres services comme celui du pôle infectieux, qui leur donnait des conseils et partageaient avec eux leurs protocoles. Les deux infirmiers ont aussi salué l'entraide dans les équipes, la solidarité qui les a beaucoup aidé durant cette période, mais également les renforts importants dont ils ont pu bénéficier. Les médecins étaient très présents pour écouter les équipes, parfois les rassurer. Enfin, progressivement, ils se sont rendus compte que les traitements de cette pathologie étaient des pratiques connues, et qu'ils exerçaient déjà avant la crise sanitaire pour les insuffisances pulmonaires

et ventilatoires sévères. On observe qu'il y a donc eu une réelle prise de confiance dans la prise en soin grâce aux thérapeutiques utilisées.

5. LA DISCUSSION

5.1. La naissance multifactorielle du sentiment d'impuissance

5.1.1. La peur d'échouer dans la prise en soin

Le patient : en première ligne de la fragilité du soignant

La relation soignant-soigné qui lie l'infirmier et le patient se base sur différentes relations abordées dans le cadre conceptuel : la relation de maternage, éducative, coopérative, de dépendance, ce qui crée par la suite une relation de confiance entre les deux protagonistes. De cette façon le patient croit en nous, suite à mes expériences de stages je peux témoigner de toute la confiance que me donnent les patients que je prends en soin ainsi que de l'espoir de guérison qu'ils mettent entre les mains de l'équipe médicale et paramédicale. Je rejoins de cette manière Claire Kebers lorsqu'elle parle de la peur de l'échec thérapeutique dans son ouvrage paru en novembre 2005. De même que Elisabeth ZUCMAN (2016). Cette impression de manquer à notre travail reflète la peur et l'appréhension de briser la confiance que nous donne le patient. De plus, lors des entretiens menés, les infirmiers interrogés ont explicitement exprimé leur dévouement envers le patient lors de situations de soins difficiles, l'énergie qu'ils donnaient, l'action de "tout tenter" (ide 1) pour sauver le patient. Mais parfois cela n'est pas suffisant, la médecine à ses limites. De par mes expériences durant ses trois ans de formation et au fur et à mesure des stages, j'ai compris qu'on ne peut pas soigner toutes les pathologie et tout le monde, il faut savoir s'en rendre compte pour ne pas tomber dans l'acharnement thérapeutique. Comme nous le précise la loi Kouchner, toutes personnes à le droit de bénéficier de soins mais il est important d'évaluer le bénéfice et le risque de la prise en soin et des thérapeutiques.

La détresse des familles

La souffrance psychologique des familles face à l'état de santé de leurs proches peut perturber énormément les soignants et les mettre en difficulté. Dans les services comme la réanimation, où j'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage, le contact avec le patient est parfois limité, c'est donc avec les familles qu'on échange beaucoup sur la prise en soin. Ils ont une confiance énorme envers l'équipe soignante, ce qui rajoute une pression psychologique supplémentaire à cette dernière.

Suite aux entretiens on comprend que la relation que l'on crée avec les familles, de les accompagner, de leur expliquer, de les soutenir, de voir leur souffrance peut en effet engendrer une souffrance émotionnelle chez le soignant. Notamment en fonction à l'âge du patient, lorsqu'il est jeune, les deux infirmiers interrogés n'ont pas hésité à exprimer leur grande difficulté à supporter ce type de situation. Plutôt que dans les situations où le décès est attendu, que tout à été tenté au niveau de la prise en charge ou encore que la personne est âgée.

Lors des prises en charge de patient Covid positif dans le secteur Covid où j'ai réalisé mon stage, la prise en charge de la famille était d'autant plus difficile, puisqu'ils étaient apeurés par les images relayées par les médias. C'était difficile de les rassurer complètement lorsque nous même nous sommes dans l'incompréhension de la pathologie, ce qui pouvait nous ramener à un sentiment d'impuissance et d'incapacité.

5.1.2. La mise à mal des valeurs infirmières

Les valeurs soignantes sont le maître mot de la prise en soin d'un patient et peuvent être mises à mal lors de situation de soin difficile. Bien souvent la pression psychologique et la charge de travail nous entraîne à penser de façon très protocolaire. L'incapacité à soigner peut venir parasiter nos soins à la personne. Lors de situations d'urgence ou d'incurabilité, comme nous l'expliquait un infirmier en entretien, le stress prend une place très importante, qu'il soit aidant ou à l'inverse, qu'il représente une limite. Ce qui nous fait oublier, l'espace d'un instant certaines de nos valeurs soignantes. La communication et le relationnel avec le patient, qui est en temps normal primordial, est mis de côté lors des situations stressantes pour l'un des professionnels interrogés par exemple.

De plus, je rejoins Severine Delieutraz (2012) lorsqu'elle explicite : *“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”*(148), et donc lorsque nous sommes face à une impasse thérapeutique nous sommes désarmés face au patient, tout notre arsenal thérapeutique à été exploité et s'est avoué inefficace, cela renvoie à un sentiment d'impuissance étant donné que la situation heurte directement nos valeurs soignantes telles que l'humanisme ou encore l'altruisme. Nos valeurs en tant qu'être humain sont la raison de notre épanouissement personnel, nos valeurs infirmières nous semblent indispensables pour exercer notre profession et pour y être épanouies. Être infirmière requiert énormément d'engagements humains puisque les valeurs personnelles sont tout autant sollicitées que les valeurs professionnelles lors de prise de décisions, des techniques, de la prise en soin... Tout au long de la vie professionnelle, nous sommes amenés à rencontrer des problèmes moraux qui nous questionnent et restent souvent sans réponse puisqu'elle concerne la

souffrance, la vie, la mort, le destin, la maladie... La frustration engendrée par cette perte de maîtrise de nos valeurs nous ramène à ce sentiment d'impuissance extrême.

5.2. La casquette soignante : force ou limite

Grâce aux entretiens nous avons découvert la force mentale que la blouse blanche apporte aux soignants. Ce qui rejoint les dires de Blandine VIGNERAS (2014) au sujet du sentiment de "toute puissance" des soignants. Le blanc est symbole de pureté et de propreté, très symbolique du milieu hospitalier, les patients et la société ont attribué à cette tenue une signification emblématique qui rapporte à la confiance, à la sécurité et au respect. Bien que l'argument prioritaire pour le port de la blouse est l'hygiène étant donné que c'est une barrière qui protège le soignant de potentielles agressions microscopiques, des microbes et des bactéries. La blouse blanche est également un barrage, un moyen de maintenir une juste distance thérapeutique avec le soigné, afin de le protéger sur le plan émotionnel, c'est comme une armure que le soignant enfle chaque jour en arrivant dans son service, il laisse alors dans son vestiaire une part de ses convictions personnelles, de ses préoccupations, pour se consacrer entièrement aux autres. Cette casquette de professionnel soignant donne une force mentale à toute épreuve, elle revalorise le soignant en tant qu'humain, donne confiance en soi, donne de la responsabilité et donc une concentration et une motivation infaillible. Elle permet de gérer ses émotions.

Pourtant, chaque intervenant de la santé sont des humains comme les autres, on leur attribuent souvent une force mentale considérable, une solidité remarquable et une capacité à voir et surmonter les souffrances d'autrui. Mais ils ont bel et bien des failles et des faiblesses. Pour autant le soignant à une capacité à gérer ses émotions car il sait qu'il se doit de ne pas se laisser submerger par ses émotions lors de prises en charge difficiles. Un des infirmiers interrogés l'a fait remarquer plusieurs fois durant l'entretien que cette "casquette d'infirmier" l'aidait à supporter la mort dans son métier "*dans ma casquette et mon uniforme de soignant je pense que ca m'aide plutôt que dans mon uniforme de civil.*"(ide 1).

Par ailleurs, il faut rester vigilant, ne pas se fermer totalement ou refouler entièrement nos émotions, car cela peut être dangereux, risquer de devenir un soignant insensible. Or cela deviendrait complètement contradictoire avec les valeurs de l'infirmier. Attention de ne pas trop se cacher derrière cette blouse blanche et devenir étranger à tout sentiment empathique qui font à l'origine de l'infirmier un soignant de confiance et un soutien pour les patients lors de la prise en soin.

5.2.1. La vision de la mort

D'après Elisabeth Zucman (2016) *“la peur de souffrir et la peur de mourir ont fait de la mort une réalité invisible”* (p 62), pour autant, les infirmiers interrogés ont un rapport avec la mort bien définie, que ce soit dans la vie professionnelle et dans la vie personnelle le rapport est très différent, leur protection de soignant leur permet de beaucoup relativiser sur le sujet et de ne pas trop s'impliquer lors du décès d'un patient. La juste distance relationnelle autant avec le patient qu'avec les proches est primordiale, cela permet de ne pas trop s'attacher émotionnellement. Comme développé précédemment, l'uniforme de soignant est un moyen de se protéger de la vague émotionnelle que peut engendrer un décès. *“Créer une sorte de carapace et du coup professionnellement je n'ai pas de soucis particulier vis à vis de la mort.”*(ide 1) explique un infirmier. Pour autant, lorsqu'il retrouve sa tenue de civil, le soignant est alors plus fragile face aux situations douloureuses impliquant la mort. étant donné qu'il ne porte pas cette casquette d'infirmière.

De plus, la vision de la mort dépend beaucoup du patient en lui-même, de son âge, sa pathologie, son état clinique. Les patients jeunes sont souvent plus difficiles à voir partir, comme nous l'expliquent les deux infirmiers que je rejoins sur le sujet, un sentiment d'injustice va nous envahir en tant que soignant face à toutes les démarches que l'on met en place pour lui sauver la vie qui ont finalement inefficaces. Lorsqu'on donne beaucoup d'énergie, beaucoup de notre personne, qu'on s'oublie l'espace de quelques heures pour sauver la personne, c'est d'autant plus difficile lorsque la finalité de tous nos efforts est le décès. L'impuissance est un sentiment intense qui va nous submerger dans ces moments là, on se sent incapable, car on a toujours l'espoir de réussir. La mort est une notion qui fait ressortir l'impuissance chez le soignant, puisque cela peut-être vu comme un échec de nos compétences. Les infirmiers interrogés, travaillant en réanimation, on un recul très important à avoir dans ce type de service où il sont régulièrement confrontés à la mort et à des cas clinique graves. En admettant que c'est difficile, ils arrivent à gérer ces situations de décès et leurs émotions en relativisant sur la situation, sur ce qu'ils ont essayé de faire pour sauver la personne, ils font un débrief pour poser la situation et réfléchir de nouveau sur le cas clinique à tête reposée.

5.3. Les ressources face au sentiment d'impuissance

5.3.1. Le temps : ce que l'on gagne de l'expérience

Comme décrit Pierre PASTRE (2013) dans son article :

“L'expérience est ce qui rend un sujet capable de transfigurer le passif en actif, les contraintes en ressources, le reçu en conçu, le subit en assumer. L'expérience est comme un sas où tout ce qui nous vient du dehors, et du passé, se transforme en attributs de nous-mêmes.” (p105)

Pour Monsieur Pastré, l'expérience n'est pas juste un souvenir de ce qu'on a vécu, mais bien le travail sur nous même suite à un événement vécu. Cette notion n'est pas abordée dans mon cadre théorique mais elle émerge suite aux propos des infirmiers interrogés, c'est grâce à notamment l'expérience qu'ils apprennent à gérer leurs émotions face à la souffrance des patients. De plus, d'après la théorie sur la compétence de Patricia BENNER (2003), et suite aux entretiens réalisés on peut voir que l'expérience est d'une grande aide dans la gestion des émotions. En effet, on remarque que l'infirmier 2, qui a plus d'expérience et caractérisé comme "expert" suite à la théorie de Madame Benner, est plus à l'aise dans la gestion de ses émotions. Pour autant, on observe que l'infirmier 1, défini comme "compétent", y parvient relativement bien, mais cela reste tout de même un sujet difficile à aborder. Pour moi l'expérience permet de s'adapter et de s'habituer à des contextes, des soins, des pathologies. Cela permet de gagner en confiance et d'être plus à l'aise avec certaines situations. Même si tout au long de la profession, des situations vont toujours nous toucher, l'objectif n'étant pas de devenir insensible. L'expérience du vécu des émotions permet de se connaître davantage en tant qu'humain et progressivement on parvient à trouver les mécanismes qui nous sont propres pour gérer ses sentiments et faire face à la souffrance des patients, à la mort, au désespoir des familles.

5.3.2. Extérioriser ses émotions : la recette pour relâcher la pression psychologique

De plus, cette pression psychologique associée aux demandes importantes des médecins, des patients et des familles pousse le soignant à se poser davantage de questions sur sa pratique et les démarches en soins infirmiers comme "est ce que je sais ce que je fais?", d'être majoritairement dans la réflexion plutôt que sur les dimensions humaines de la pratique infirmière. A mon avis, l'infirmier devrait également se poser des questions sur lui-même telles que "comment est ce que me sens face à cette situation ?" ou encore "que dois-je faire de mes émotions?". C'est de cette manière grâce aux infirmiers interrogés j'ai pu me rendre compte qu'il y avait un questionnement personnel très important et bénéfique à faire dans des situations de soins difficiles. En fonction des personnalités il est plus ou moins facile de gérer ses émotions tels que le stress, la tristesse, la colère. En effet, les deux professionnels vu en entretiens m'ont beaucoup parlé de l'influence de la communication dans ces cas là, d'en parler avec ses collègues, ses proches, ou bien de simplement y penser, réfléchir à la situation seul(e). Je pense donc que prendre du temps pour soi et être attentif à son propre ressenti face à des situations qui sont émotionnellement rudes est primordial dans notre profession. On peut souvent concevoir que de se créer une carapace est une solution pour se protéger et échapper à la souffrance à laquelle on est témoin au quotidien dans les services mais toutes les émotions ne

peuvent pas être intériorisées. Le risque est de devenir insensible et de perdre notre esprit si symbolique de bienveillance qui est propre aux soignants.

5.4. Cheminement vers le questionnement de recherche

Suite aux recherches théoriques et notamment grâce aux entretiens menés concernant le sentiment d'impuissance face à la souffrance physique et psychique des patients, j'ai pu me rendre compte de la force de l'uniforme soignant et j'ai réalisé que cette posture d'infirmier dans ces situations était une grande source d'aide dans la gestion des émotions et est utilisé comme un mécanisme de défense face à la souffrance des patients pour se protéger de la charge mentale que cela engendre chez le soignant.

C'est pourquoi j'en suis arrivée à me poser des questions sur ce pouvoir de protection émotionnel qu'apporte la posture de soignante. Et j'en suis venu à me poser la question définitive :

“En quoi l'uniforme soignant est un mécanisme de défense face à la souffrance physique et psychique des patients ?”

CONCLUSION

A partir des deux situations que j'ai vécu en stage je me suis questionné sur le sentiment d'impuissance des soignants face à la souffrance physique et psychique des patients. Ce questionnement m'a amené, pour comprendre et structurer mon sujet, à me renseigner sur des thématiques telles que la relation soignant-soigné, la souffrance et le sentiment d'impuissance en consultant des ouvrages et des articles de différents auteurs. Suite à mon stage de semestre 6 en réanimation j'ai eu des contacts d'infirmiers pouvant répondre à mes questions pour ainsi confronter mes recherches théoriques avec la réalité du terrain. Ces deux entretiens ont été très enrichissants, autant pour la conception de mon mémoire mais également d'un point de vue personnel. Ils ont permis d'aborder les mécanismes de défense, l'importance de l'expérience, le positionnement infirmier et la gestion des émotions. Toutes ces recherches et ces constatations m'ont permis de me diriger vers une question de recherche plus précise par rapport à la force de l'uniforme de soignant dans la gestion des émotions.

Cette recherche m'a permis d'évoluer sur plusieurs aspects.

Tout d'abord, sur l'aspect de la réflexivité. En effet j'ai dû me questionner pour ensuite créer une réflexion structurée et organisée à l'aide d'un travail théorique qui m'a apporté beaucoup de connaissances historiques scientifiques et philosophiques. Réaliser une enquête sur son propre sujet

auprès de professionnels ainsi que l'analyse et la confrontation avec les idées théoriques ont été des expériences très instructives pour moi. Suite à ce travail, je me sens capable de réitérer l'exercice si cela est nécessaire pour évoluer dans le cadre de mon cursus professionnel.

Ensuite, cette recherche m'a beaucoup apporté sur le point personnel. Ce questionnement à été une évidence pour ma recherche, les situations d'appels m'ont particulièrement touchées et questionnées durant ma formation, je me devais de faire mon travail de recherche sur le sentiment d'impuissance. Tout ce travail m'a beaucoup apporté sur la réflexion soignante et la posture de soignant. Les entretiens avec les deux infirmiers ont été très enrichissants pour moi, en tant que future professionnelle, étant donné que je souhaite travailler dans des services similaires aux leurs, leur retour d'expérience et leur philosophie m'ont apporté beaucoup de conseils et de renseignements. Cela m'a permis de répondre à certaines craintes que j'avais sur la gestion de mes émotions. Je comprends à présent que c'est propre à chacun et qu'il faut s'en sentir capable.

Malgré certaines difficultés comme l'inspiration pour débiter la discussion, c'est un sujet qui m'a particulièrement intéressé et passionné durant ces mois de rédaction et de réflexion.

Ce travail de réflexion m'a permis de comprendre d'où provenait le sentiment d'impuissance, de l'importance de la gestion des émotions dans mon futur métier ainsi que des mécanismes de défense utilisés par les soignants face à la souffrance des patients et des familles. Grâce à cela, je me sens plus sereine de commencer ma vie professionnelle face à l'impact émotionnel exercé sur les soignants.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- Delieutraz, S. (2012). Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. *Cliniques*, 4, 146-162. <https://doi.org/10.3917/clini.004.0146>
- Gilloots E. (2006) Souffrance et douleur. *Gestalt*, n° 30 p. 23-32
- Clément-Hryniewicz, N. (2012). Face à la mort à venir et la dégradation physique et/ou psychique : souffrance des patients, des proches. Réflexion autour de la souffrance éprouvée par les patients atteints de cancer et leurs proches en soins palliatifs. *L'information psychiatrique*, 88, 735-741. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8809.0735>
- Zucman, É. (2016). L'impact de la non-guérison et de la fin de vie sur la médecine. Dans : Élisabeth Zucman éd., *Prendre soin de ceux qui ne guériront pas: La médecine questionnée par l'incurabilité et la fin de vie* (pp. 43-125). Toulouse: Érès.
- Kebers C. (2005) "Soins curatifs, soins palliatifs, leurs différences, leur complémentarité (1ère édition). Racine Lannoo
- Pastré, P. (2013). Le travail de l'expérience. Dans : Luc Albarello éd., *Expérience, activité, apprentissage* (pp. 93-110). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.albar.2013.01.0093>
- Vanschoor M. (2015) De novice à expert : excellence en soins infirmiers théorie de Patricia Benner. Congrès des infirmiers cliniciens. Centre hospitalier EpiCURA
file:///home/chronos/u-a624af9fba26051c8fed0ac9f5878b83ca18afd9/MyFiles/Downloads/www-anfiide-com.pdf
- Benner P. (2003) De novice à expert. excellence en soins infirmiers Paris : Editions Masson, 264p

Mémoire :

- Vigneras B. (2014) "Puissance set faiblesses des soignants : mythe ou réalité ?" mémoire d'éthique médicale et de pratique des soins.

Articles :

- Bouchard JP. (Avril-Mai 2020) Covid-19 : les soignants entre héroïsation et ostracisation *Revue de l'infirmière* N°260-261 Page 31-32
- Fleury C et Gateau V. (septembre 2020) La clinique philosophique du burn out des soignants à la lumière de la covid-19. *Revue Soins* N°848. pages 62-64
- JEANGUIOT N. (Avril 1006) Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Revue recherche en soins infirmiers* n°87. pages 75-135

Sites web :

- Image sur première de couverture :
<https://www.oiaq.org/actualites/temps-de-pandemie-la-sante-mentale-des-travailleurs-1>
- Loi n° 0222 du 4 septembre 1940 abrogeant la loi du 7 juillet 1904 (1) (JORF 4 septembre 1940) repéré à :
[https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=5nXEzJuhouFrYUhLJ\\$b6](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=5nXEzJuhouFrYUhLJ$b6)
- Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1) (JORF 10 juin 1999) repérée à :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000212121>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) (JORF 5 mars 2002) repéré à
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
- World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Geneva: WHO; 2014.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-
- HAS (2016) Note méthodologique et de synthèse documentaire - « Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? »
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note_methodologique_soins_palliatifs_web.pdf
- LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) (3 février 2016) repéré à :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>
- LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) (JORF 23 avril 2005) repéré à :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>
- Décret du 27 juin 1922 relative au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale (JORF 1 juillet 1922) repéré à :
[https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=2w\\$S0JhH@bt04Wbkk49G](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=2w$S0JhH@bt04Wbkk49G)
- LAROUSSE Définition de la souffrance. repérée à :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/souffrance/73633#:~:text=%EE%A0%AC%20souffrance&text=peine%20%2D%20supplice%20%2D%20tourment-souffrance%20n.f.de%20douleur%20physique%20ou%20morale.>

SOMMAIRE D'ANNEXES

ANNEXES I : Situation d'appel numéro 1

ANNEXES II : Situation d'appel numéro 2

ANNEXES III : Guide d'entretien

ANNEXES IV : Tableaux d'analyse des entretiens

ANNEXES V : Entretien IDE 1

ANNEXES VI : Entretien IDE 2

ANNEXES

ANNEXE 1

Situation d'appel n°1 :

Ma première situation se déroule lorsque je suis en stage au semestre 4 en chirurgie orthopédique. J'y effectue des journées de 12h. Je prends en charge 5 patients dans un des secteurs, dont Monsieur V, 87 ans, hospitalisé pour une fracture du col du fémur post-chute à domicile. Il est arrivé le vendredi soir aux urgences et n'a pu être pris en intervention que le lundi suivant. Il est aujourd'hui à J+9 de son opération sous anesthésie générale. C'est un Monsieur atteint de la maladie d'Alzheimer avec antécédents d'épilepsie. D'après sa famille il était encore autonome à domicile avant sa chute malgré sa démence, cependant à son arrivée dans le service il était agité et agressif, des contentions aux poignets et une contention ventrale avaient été mise en place dans le service précédent. Depuis hier nous observons une dégradation de l'état général de Monsieur V, les contentions ont été ôtées suite à l'apparition d'escarres aux poignets, Monsieur V ne mange plus, ne parle plus, il est devenu totalement dépendant, et il reste très agité. Après discussion avec le médecin, cette dégradation serait liée à l'anesthésie générale qui aurait altéré une partie de son cerveau, un relais sur des soins palliatifs seraient alors plus adaptés. Ce relais a donc été établi, de l'oxygénothérapie 3L a été mise en place pour le confort et une voie veineuse périphérique a été posée avec de l'hypnovel en 0,5 mg/h afin que le patient puisse dormir plus sereinement. Aujourd'hui, sa femme et sa fille viennent le visiter, c'est la première fois qu'elles vont le voir depuis son entrée à l'hôpital, elles ont été mise au courant de l'altération des capacités de Monsieur V et avec l'équipe nous savons que cela va être difficile pour elles, il va falloir appréhender la situation et les accompagner dans ce moment.

Ce jour, lors de notre tour de l'après-midi, nous entrons dans la chambre de Monsieur V pour lui faire des soins; A notre entrée Monsieur V est très mal installé, il glisse beaucoup sur le côté de son lit, ce qui fait qu'il se retrouve régulièrement la tête dans les barrières, à chaque passage nous devons donc le réinstaller. De plus, nous remarquons qu'il grailonne beaucoup, sa saturation est à 79%, il a retiré les lunettes à oxygène, son faciès paraît douloureux, nous décidons donc de l'aspirer à l'aide du matériel à aspiration. Avec l'infirmière et l'aide soignante, nous faisons notre maximum, chacune notre tâche pour rendre Monsieur V confortable et qu'il soit présentable également pour sa famille. Nous avons fait un bain de bouche car sa bouche était très sèche. Pour l'installation nous avons positionné Monsieur V en position $\frac{3}{4}$ dite canoë pour faciliter le drainage des sécrétions bronchiques, nous avons également placé des coussins de chaque côté pour qu'il ne glisse pas dans les barrières du lit. Malgré la tentative d'aspiration, Monsieur V restait encore encombré, il toussait

toujours, et paraissait toujours souffrant, avec un faciès crispé mais nous ne sommes pas parvenu à le rendre plus confortable.

Cet encombrement bronchique est dû à l'impossibilité de Monsieur V à expectorer de façon autonome, l'objectif pour favoriser le confort est donc d'assécher les sécrétions. Pour cela nous avons continué nos soins tout au long de la journée et les jours qui ont suivi: des bains de bouches réguliers, aspirations, surveillance de l'hydratation, l'hypnovel à également été augmenté afin de sédater davantage Monsieur V et qu'il soit plus confortable et moins souffrant. Toutes les explications ont été transmises à la famille, sous le choc encore, un soutien leur à été apporté dans cette étape douloureuse. En tant que soignants, il est pénible et difficile d'annoncer une telle situation à la famille, de leur dire que leur mari, père, grand-père qui était autonome et bien portant est aujourd'hui en fin de vie, qu'il ne peut plus communiquer. C'est violent comme annonce. De plus, de savoir que c'est suite à une intervention chirurgicale renvoi à une certaine culpabilité pour l'équipe soignante. De plus, le sentiment d'impuissance lorsqu'on essaye de rendre Monsieur V confortable mais que l'on n'y parvient pas nous renvoie à la réalité des soins, et de la mort.

ANNEXE II

Situation d'appel n°2 :

Cette seconde situation se déroule également lors de mon stage de semestre 4, en chirurgie orthopédique. Le service est divisé en 3 secteurs, deux de chirurgie et un service Covid mis en place depuis la pandémie dans l'établissement. Il comporte 10 lits et accueille des patients ayant besoin de soins médicaux, plus ou moins conséquents, liés à leur infection au Covid-19. Cela fait 4 semaines que je suis en stage dont 2 semaines que je suis affectée au secteur Covid. Je prends en charge les soins d'une patiente, Mme B, 81 ans, hospitalisée pour infection chronique au Covid-19 (J+42) lié à une leucémie lymphoïde chronique. Cela fait environ un mois et demi que Madame B est hospitalisée dans divers services hospitaliers, elle a effectué beaucoup de transferts dans différents établissements. Porteuse d'un cathéter veineux central, elle a des antécédents d'hypertension artérielle, d'asthme et d'anémie, Mme B souffre d'insuffisance respiratoire et d'une bronchite chronique depuis 42 jours. Cliniquement stable, une indication à l'O2 au long cours avait tout de même été mise en place, mais depuis quelques jours nous observons une dégradation de l'état de santé de la patiente, notamment une désaturation en oxygène liée à une mauvaise observance de l'oxygénothérapie. Une patiente avec un statut "réanimation négative", ce qui signifie qu'elle ne souhaite pas de soins de réanimation, cela prend également en compte la non-volonté d'acharnement thérapeutique (examens, soins trop importants) étant donné son âge et ses antécédents. Pourtant, beaucoup de soins et d'examens sont effectués. Madame B exprime clairement son agacement face aux soins mais les recherches pour trouver un moyen de soigner cette patiente continuent. Le contact est très délicat avec la patiente, souvent en colère contre les soignants elle est parfois piquante dans ses paroles envers nous.

La situation se déroule en fin de journée, il est 18h. Le médecin référent de Mme B est passé dans le service à 16h. Je suis avec l'infirmière et nous préparons notre dernier tour de la journée, nous remarquons alors dans les transmissions qui concernent Mme B, un écrit de son médecin qui explique qu'elle allait être transférée le lendemain à 11h au CHU le plus proche pour une transfusion de plasma d'un patient guéri du Covid-19. Le médecin ne nous ayant pas prévenu, nous appréhendons cette annonce car nous savons que la nouvelle n'allait pas enchanter Madame B. Lorsque l'infirmière prévient Madame B elle s'est retrouvée décontenancée face à la réaction de la patiente, qui s'est énervée, qui refusait d'y aller, elle nous disait alors qu'elle souhaitait mourir dignement, qu'elle ne voulait pas qu'on s'acharne sur elle comme ça, qu'elle était fatiguée, qu'elle en avait marre. Elle ne souhaitait pas nous écouter, nous sommes alors sorties de la chambre. Une situation relativement frustrante en tant que soignant car la patiente malgré une légère désaturation est cliniquement stable mais ne guérit pas, et ne souhaite pas être guérie, ce qui peut tout à fait être

entendable et compréhensible étant donné le vécu de la patiente, ses antécédents. Mais dans une position de soignant il est difficile de l'accepter, d'accepter de ne pas soigner une patiente car on ne trouve pas de moyen, on n'est pas persuadé que ce que le médecin propose fonctionnera mais on peut essayer. La Covid-19 est un nouveau virus, qu'on ne connaît pas, qu'on ne maîtrise pas, il est donc encore plus délicat à soigner. Tout cela nous renvoie à un sentiment d'impuissance et d'échec dans la prise en soin.

Avant de finir ma journée, je tenais à retourner discuter avec Madame B, j'avais un sentiment d'inachevé dans cette prise en charge, puisque nous avons loupé quelque chose, malgré l'échec du soin nous avons également échoué dans la relation puisqu'elle était en colère contre nous, refusait notre contact, et nous étions totalement impuissante face à cette réaction, alors qu'en tant que soignants nous nous devons être présentes pour elle, être un soutien pour elle dans cette épreuve de la vie. Malgré sa colère, elle a tout de même accepté la discussion avec moi. Mon intention n'était absolument pas de la convaincre de se faire soigner mais plutôt de comprendre son point de vue. Madame B m'a alors parlé de sa fatigue, le manque de ses proches, ses peurs... Nous avons beaucoup discuté ce qui a permis à Madame B d'être plus apaisée. Et ce qui m'a permis à moi également de me sentir utile dans cette prise en charge, d'avoir une certaine reconnaissance face à l'impuissance de soigner cette patiente.

ANNEXE III

Guide d'entretien auprès des professionnels

Bonjour, je m'appelle Emmanuelle. Je suis étudiante en 3ème année à l'IFSI de Rennes. Je vous remercie d'avoir répondu positivement à cette demande d'entretien, et de m'accorder de votre temps. Cet entretien s'inscrit dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, portant sur le vécu du sentiment d'impuissance chez le soignant lors des prises en soins difficiles et parfois incurables dans un contexte "normal" ainsi que dans un contexte de patient atteint du Covid-19. Je garantis la confidentialité des propos qui seront échangés de façon anonyme. L'entretien est enregistré.

Question d'accroche :

Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter ? (âge, ancienneté, parcours professionnel)

- 1. Avez-vous déjà ressenti, dans le contexte d'une prise en soin difficile, une certaine pression psychologique et sociale ?***

Questions de relance :

- a. D'où vient-elle selon vous (patient, familles, société) ?*
- b. Selon vous, comment impacte-t-elle votre exercice du métier ?*

- 2. Pouvez-vous évoquer une situation de soin dans laquelle vous vous êtes sentie impuissante par rapport à la prise en soin d'un patient et les différents sentiments que vous avez ressentis ?***

Questions de relance :

- a. Vous est-il déjà arrivé de faire un transfert d'expérience?*

- 3. Comment gérez-vous vos émotions lors de situations de soins incurables ?***

Questions de relance :

- a. Vous arrive-t-il d'en parler afin de vous libérer? (collègues, proches, écriture, psychologue)*

- 4. Quel est votre rapport à la mortalité ?***

Questions de relance :

- a. Dans la vie de tous les jours?*

b. Dans la vie professionnelle ?

5. Comment définiriez-vous votre caractère lorsque vous êtes dans une situation de soin délicate ?

Questions de relance :

- a. Pensez-vous que votre caractère vous permet de mieux gérer vos émotions lors de situations de soins difficiles, ou au contraire qu'il représente une limite ?

6. Comment avez-vous vécu la pandémie de Covid-19 en terme de prise en soin difficile de patients positifs? (par rapport aux précautions complémentaires dans la prise en soin de patient covid, le flux des patients, à la méconnaissance de la pathologie, triage des patients, arrêts des soins)

Question de relance :

- a. Avez-vous ressenti ce sentiment d'impuissance lors d'une prise en charge d'un patient Covid + ?

ANNEXE IV

Tableaux d'analyse des entretiens

IDE 1

IDE 2

Objectifs : Identifier le profil des infirmiers interrogés.

Questions d'accroche : Dans un premier temps, peux-tu te présenter ? (âge, ancienneté, parcours professionnel)

Ancienneté		Service
Âge	Expérience professionnelle	
24 ans	<p>Juillet 2020</p> <p>2 ans de diplôme.</p> <p>un an, à peine un an de jour</p> <p>depuis un an je suis de nuit</p> <p>diplômé de 2005</p> <p>11 ans de nuit et puis euh 5-6 ans de jour.</p> <p>des remplacements d'été</p>	<p>dans le même depuis le début,</p> <p>je suis en réanimation chirurgicale</p> <p>service de réanimation médicale</p>
39 ans		

Objectif : Identifier l'enjeu sociétal posé sur les soignants dans les soins curatifs et le ressenti des professionnels de santé à ce sujet.

Question : Est ce que dans un contexte d'une prise en soin difficile, tu as déjà ressenti une certaine pression psychologique et sociale?

Les contextes de la situation			Les causes			La prévalence de la pression psychologique
L'état du patient	L'impact émotionnel sur le soignant	Le service	La détresse des familles	La charge de travail	Le patient	
<p>les patients ils sont vraiment dans des états vraiment très très précaires on se dit voilà qu'on se doit de tout donner pour lui patients sont dans des états parfois gravissime familles sont complètement dévastées</p>	<p>d'une situation aussi en fonction, des situations à une autre, elle va plus nous toucher, ou on va plus être au taquet, ou plus triste.</p>	<p>surtout quand le service est saturé réanimation La pression est présente en réanimation chirurgicale ça c'est sûr.</p>	<p>pression qui est également induite des familles, 'il y a une pression induite des familles par rapport aux familles on avait la détresse des familles familles familles sont complètement dévastées</p>	<p>l'équipe médicale parce que voilà il y a énormément de demandes de la part des médecins, travail assez conséquent en termes de thérapeutique et de curatif l'équipe médicale, oui, surtout quand le service est saturé</p>	<p>pression induite indifféremment du patient. patient aussi qui pouvaient encore nous exprimer, qui étaient complètement coupé de leur famille cette pression de se dire on se doit le sauver</p>	<p>au quotidien la pression nous elle est présente constamment c'est des soucis au quotidien forcément dans notre profession au quotidien</p>

<p>événement s qui sont soudains</p> <p>avec le covid,</p> <p>les familles ont été complètem ent évincées de la prise en charge</p> <p>'on peut se mettre une pression vis à vis de son état qui est grave</p> <p>états sont trop graves et on a beau tout tenter il ne se passe rien</p>						
10	1	3	6	3	3	4
14			12			4

L'impact sur le soignant	
Impact positif	Impact négatif
<p>positive et négative</p> <p>la pression induite par les médecins, les demandes parfois très conséquentes de soins, de médicaments, d'actes, euh bah du coup ça nous pousse à être toujours euh au taquet toujours à jour dans les protocole,</p> <p>d'être toujours au taquet on apprend tout le temps</p> <p>on est constamment en train de répéter nos actes, donc voilà on est plutôt bon dans ce qu'on fait au fur et à mesure du temps</p> <p>ça conforte nos soins et notre prise en charge</p> <p>créer des liens avec la famille</p> <p>les accompagner dans un autre domaine qui est non pas un accompagnement thérapeutique des proche mais plutôt un accompagnement du coup psychologique, l'accompagnement vers le deuil.</p>	<p>ça a été difficile psychologiquement</p> <p>des fois psychologiquement ça peut être dur la réanimation</p> <p>soins ou on beau tout donner, tout tenter, tout essayer, les traitements, les chir, fin, et pour autant il ne se passe rien et les patients ne s'améliore pas et on voit les jours défilés, on voit les familles pleurés et on a rien à leur dire parce que malheureusement on fait tout ce qu'on peut mais euh, mais en fait bah ça ne fonctionne pas</p> <p>vachement frustrant psychologiquement</p> <p>c'est très dur à accusé psychologiquement</p> <p>y'en a qui vont avoir plus de difficultés à voir la détresse des familles du coup ca peut être avoir un impact plutôt négatif sur eux dans le sens ou psychologiquement c'est dur quand on voit des fois des mamans hurler dans le couloir pq leur enfant de 16 ans ou 18 ans est dans le service,</p> <p>ça impacte directement c'est sur le relationnel avec le patient</p> <p>c'est ce qu'on va écouter plus rapidement</p>

	<p>on peut pas faire l'impasse sur les soins euh donc forcément la relation avec la patient, prendre le temps avec le patient, le rassurer, des choses comme ça, bah ça, ça devient un peu secondaire quand la pression est là.</p> <p>y'en a qui vont avoir plus de difficultés a voir la détresse des familles du coup ca peut être avoir un impact plutôt négatif sur eux dans le sens ou psychologiquement c'est dur quand on voit des fois des mamans hurler dans le couloir pq leur enfant de 16 ans ou 18 ans est dans le service,</p>
7	9
16	

Objectif : Évaluer la posture du soignant lors d'une prise en soin difficile.

Question : Peux-tu évoquer une situation de soin dans laquelle tu t'es sentie impuissante par rapport à la prise en soin d'un patient et les différents sentiments que tu as ressentis ?

Positionnement professionnel : la casquette du soignant			Les émotions empathiques		
L'éthique	Persévérance	Relativiser	La douleur de l'impuissance	L'espoir de guérison	Le transfert émotionnel
on pourrait se poser la question derrière de quelle vie on	pour essayer de comprendre ce qui ne va pas,	il s'agit juste du destin ça ne dépend plus de nous.	c'est très dur, on peut clairement le dire c'est un	on a espoir de l'espoir en fait,	les familles c'est horrible j'imaginai que c'était

offre à cette dame,	on essaye de temporiser on essaye au mieux de retarder au maximum l'intubation on peut aider, on va accompagner pour que le cap se passe pleins de petites marge de manoeuvre Et c'est vrai qu'on contrôle énormément de choses dans la réanimation, on agit sur énormément de systèmes, d'axes thérapeutiques et autres, mais c'est vrai qu'il y a des	malheureusement on ne sait jamais ce qu'il se passe. avec l'expérience des fois et on sait très bien qu'il y a des situations qui sont dramatique et malheureuse ment des fois on sent pas bien les choses c'est des situations en fait ou malheureuse ment, on peut rien faire on peut rien faire, on est au maximum de nos capacités, de nos thérapeutiques	sentiment d'impuissance qui est assez récurrent en réanimation chirurgicale c'est clairement un sentiment d'impuissance parce que quelque chose pour lequel on va tenter plein de trucs, il y a un sentiment d'impuissance qui est vraiment important dans ces situations on a un sentiment d'impuissance, sentiment d'impuissance je dirais que c'est celui qui	on a espoir a chaque fois on a espoir, on leur parle d'espoir, on a espoir que ça s'améliore de l'espoir un espoir de rééducation ou autre	mon frère mon frère ayant cet âge là, à chaque fois je faisais des transferts à ce niveau là de faire des transferts et émotionnel en fonction de la situation et surtout en fonction du patient un transfert personnel c'est plus avec les familles, avec les familles c'est plus dur, des fois c'est impossible de ne pas se mettre à leur place
---------------------	---	--	--	---	--

<p>fois où on a beau tout tenter,</p> <p>je vais vraiment essayer de donner voilà, tout ce que je peux, on va essayer de tout faire pour les sauver</p> <p>l'accompagne ment de deuil on a beau tout tenter, on a fait plus de trucs, on a été au bloc opérateur, on a mit des traitements, on a favoriser le réveil, on essaye de comprendre si il n'y a pas autre chose qui pourrait expliquer l'absence de</p>	<p>s</p> <p>J'arrive à mettre facilement des barrières psychologique de défense</p> <p>on apprend à se détacher,</p> <p>on apprend à relativiser</p> <p>si on reste complètement impliqué et si chaque histoire nous touche vraiment profondément on comprend très vite que malheureuse ment on ne va pas durer très longtemps dans ce métier là</p> <p>essaye de ne pas trop</p>	<p>est vraiment centralisé</p> <p>les sentiments sont pas faciles, psychologique ment c'est vrai que c'est lourd à porter, c'est des services ou il faut s'accrocher</p> <p>ce sentiment d'impuissance</p> <p>sentiment d'impuissance</p> <p>ça nous atteint,</p> <p>c'est pleins d'émotions en réanimation</p> <p>ou on se sent le plus impuissant surtout</p>
---	---	---

	<i>réveil</i> <i>on a tout mis en oeuvre pour essayer de lui sauver la vie</i> <i>malgré tout ce qu'on a fait voilà,</i>	<i>s'impliquer,</i> <i>on essaye de ne pas trop se projeter</i> <i>on est à l'étape d'après,</i>	<i>grande source d'impuissance,</i> <i>sentiment d'impuissance</i> <i>J'arrive à mettre facilement des barrières psychologique de défense</i>		
1	11	13	15	8	7
25			30		

Objectif : Identifier la gestion des sentiments personnels du soignant face à une situation incurable.

Question : Comment gères-tu tes émotions lors de situations de soins difficiles et parfois incurables ?

Relâcher le surplus d'émotions			
Débriefing en équipe	Prendre un temps pour soi	Les acteurs	
		<i>Intra-hospitalier</i>	<i>Extra-hospitalier</i>
<i>avec qui on va réussir</i>	<i>j'ai mon sas de</i>	<i>avec les collègues</i>	<i>j'ai des copines qui</i>

<p>à en parler</p> <p>débrief, justement on reparle de la situation</p> <p>débriefer avec eux à distance</p> <p>pour nous écouter nous soignants</p> <p>d'en parler</p> <p>On parle de tout</p> <p>On peut facilement parler des situations qui sont difficiles.</p> <p>J'arrive en évacuant avec les collègues</p>	<p>décompression en voiture</p> <p>souvent je repense à la situation dans la journée, et après c'est un peu automatique quand j'arrive à la maison c'est fini</p>	<p>super équipe</p> <p>on s'entend tous très bien, le feeling passe super bien</p> <p>on arrive facilement à trouver un collègue avec qui on va réussir à en parler,</p> <p>on est assez proche la dessus.</p> <p>avec les médecins</p> <p>la plupart des médecins reviennent vers nous et débrief, justement on reparle de la situation,</p> <p>les collègues</p> <p>je dirais les collègues</p> <p>on a également des psychologue qui sont disponible dans le service</p> <p>équipe assez soudée, même très soudée</p>	<p>sont dans le milieu</p> <p>la sphère personnelle en dehors</p> <p>avec sa famille</p>
---	---	--	--

		<i>l'équipe paramédicale, avec les médecins, nos chefs</i>	
		<i>accès à des psychologues</i>	
		<i>j'arrive en évacuant avec les collègues</i>	
		<i>le relationnelle avec les collègues c'est, ça compte pour beaucoup beaucoup</i>	
		<i>avec l'équipe soignante, c'est déjà beaucoup beaucoup</i>	
8	2	16	3
		19	
29			

Temporalité par rapport à la situation	La place de l'expérience		La finalité du contrôle des émotions pour le soignant
	Aspect positif de l'expérience	Aspect négatif de l'expérience	
à chaud,	<i>l'expérience aide</i>	<i>une trop grande</i>	<i>ça fait vachement de</i>
à chaud.	<i>on voit plrs fois les</i>	<i>expérience des fois peut nous construire</i>	<i>bien</i>

<p>a chaud,</p> <p>a distance</p> <p>j'ai mon sas de décompression en voiture</p>	<p>même situation,</p> <p>contexte sont similaires et des pathologies similaires</p> <p>on arrive à savoir plus ou moins où on va.</p> <p>l'expérience peut aider dans le contrôle des sentiments parce que voilà, on sait ce qu'il peut se passer, on est moins surpris</p> <p>ça peut aider même envers les familles</p> <p>Maintenant ça fait 2 ans que je suis là. et effectivement je contrôle mieux mes émotions, je me laisse moins dépassé même devant les familles j'arrive à être moins impliquée, plus professionnelle.</p> <p>C'est avec l'expérience, quand on est jeune, qu'on a 20</p>	<p>une carapace qui fait qu'on devient, presque, pas insensible,</p>	<p>ça permet également de passer ses émotions la aussi a chaud avec l'équipe médicale et l'équipe paramédicale</p> <p>j'absorbe au fur et à mesure avec le temps, j'extériorise une partie mais y'a une partie quand même que j'intériorise</p> <p>il y a des situations qui vont me toucher et qui vont être dures</p> <p>à force de tellement voir de la tristesse et des fois des situation tellement dur, qu'on en vient à se forger des carapace, et des collègue derrière qui peuvent devenir presque insensible avec les familles,</p> <p>des anciens potes qui ont quitté la réanimation pcq c'était trop dur émotionnellement et</p>
---	---	--	---

	<p>ans, le recul est difficile à prendre</p> <p>L'expérience est forcément un plus dans ces situations là.</p>		<p>ils voyaient bien que ça ne le faisait plus</p> <p>attention à ne pas tomber dans justement le fait de se fermer aux émotions et de se dire je ne ressens plus rien pour ne plus souffrir</p> <p>relativiser ça dépend de chacun, de son caractère</p>
5	9	1	8
5	10		8

Objectif : Identifier une corrélation entre leur représentation de la mort et le vécu de leur sentiment face à une situation de soin incurable.

Question : Quel est ton rapport à la mortalité ? Que se soit dans ta vie personnelle et ta vie professionnelle.

Les différents rapports avec la mortalité		Le profil du patient décédé		Le contrôle des émotions face à la mort	
Acceptation	L'angoisse	La population vieillie	La clinique du patient	La distance relationnelle	La force de l'uniforme de soignant

<p>je relativise beaucoup ca fait relativiser. dans le cercle professionnel mais voila je suis confronté à la mort ca ne m'impacte pas, enfin peu, des situation qui vont me toucher, j'arrive bien, plus ou moins à la gérer euh cette mort à l'hôpital envers des patients,</p>	<p>la mort ça m'inquiète, ça me fait peur, petite j'en faisais des cauchemars, ça m'angoissait, angoisse qui est tjrs là j'ai déjà eu des décès dans ma famille, de mes grands parents et c'est des étapes qui ont été durs pour moi la mort personnellem ent c'est quelque chose qui est dur et angoissant pour moi. dans la vie</p>	<p>population assez vieille c'est des patients qui ont déjà vécu mais des gens qui ont déjà vécu, une population très jeune de patient, et là c'est d'autant plus difficile de voir partir des jeune, La les familles qu'on voit de nos patients, c'est des gens déjà adulte, c'est plus facile à gérer humainement la plupart sont des gens plutôt âgées</p>	<p>c'est souvent des choses plus ou moins attendues. C'est pas comme un accident de la route ou s'est brutale. c'est des maladies, ouais la plupart des maladies c'est des pathologie qui sont déjà existantes</p>	<p>envers des gens que je ne connais pas personnellem ent, Quand c'est des gens qu'on ne connaît pas c'est plus facile de passer outre quoi</p>	<p>dans ma casquette et mon uniforme de soignant je pense que ça m'aide plutôt que dans mon uniforme de civil. créer une sorte de carapace et du coup professionnell ement je n'ai pas de soucis particulier envers la mort.</p>
---	---	---	--	---	--

	<i>personnelle</i> <i>c'est des</i> <i>choses qui me</i> <i>touchent</i> <i>beaucoup</i> <i>beaucoup</i> <i>beaucoup.</i> <i>ça reste</i> <i>forcément</i> <i>difficile</i>				
6	8	6	3	2	2
14		9		4	

Objectif : Identifier les traits de caractères des soignants et en quoi sont-ils une aide ou une limite dans les situations de soins.

Question : Comment définirais-tu ton caractère lorsque tu es dans une situation de soin délicate ?

Ressources			Limites
Mécanismes de protection innés	Le stress positif	L'expérience	Les limites du stress
<i>au boulot je suis</i> <i>considéré comme un</i> <i>rigolo</i> <i>C'est un mécanisme</i> <i>de défense,</i>	<i>le coup d'adrénaline,</i> <i>tout ce qu'on va</i> <i>donner comme</i> <i>énergie</i> <i>on donne de l'énergie,</i> <i>on donne 2 heures de</i>	<i>avec ses années</i> <i>d'expérience, souvent</i> <i>il y a des situations</i> <i>d'urgence ou on sait</i> <i>qu'il faut aller vite</i> <i>mon expérience en</i>	<i>quand j'étais jeune</i> <i>ide, ce stress là n'était</i> <i>pas moteur du tout</i> <i>[...] ça mettait plutôt</i> <i>des bâtons dans les</i> <i>roues quoi.</i>

<p>je suis quelqu'un de très sérieux dans mon boulot, je mets un point d'honneur à ce que les choses soit faite en temps et en heure et correctement</p> <p>pour décompresser, pour dédramatiser certaines situations.</p> <p>je fais une pause sur l'émotionnel</p> <p>je mets ma casquette professionnelle, soin curatif</p> <p>mettre en pause les émotions</p> <p>dans des situations d'urgence mes émotions sont mises en pause.</p>	<p>notre temps, on boit pas, on mange pas, on va pas aux toilettes, vraiment on met tout en pause pendant 2 heures juste pour sauver le patient</p> <p>coup d'adrénaline, un coup de fouet, courir partout, j'suis au taquet sur tout, je suis en peu sur pile</p> <p>stress,</p> <p>stress, mais qui est plutôt maintenant moteur, avec l'expérience</p> <p>j'arrive à faire face à la plupart des situations, c'est un stress plutôt moteur</p> <p>ca ne me paralyse pas, ca me fait révérifier 4 fois la prescription 4 fois le culot pour etre sur que ce soit le bon alors c'est sur que c'est le bon</p>	<p>réanimation à forger ce caractère là.</p> <p>quand j'étais jeune ide, ce stress là n'était pas moteur du tout [...] ça mettait plutôt des bâtons dans les roues quoi.</p>	<p>y'a une perte de moyen forcément,</p> <p>panique</p> <p>j'ai un grosse part de stress,</p> <p>quand il y a des choses qu'on a pas vu ou peu vu, on ne se sent pas forcément à l'aise donc forcément c'est pas trop moteur</p> <p>je perd un poil de lucidité,</p> <p>t'as pas le temps de réfléchir, t'as pas le temps de te concentrer et du coup t'es un peu moins lucide</p> <p>c'est des situations ou on est pas du tout dans du curatif et on est dans l'attente, et la du coup effectivement la sphère psychologique et émotionnelle prend toute son importance</p>
---	--	--	---

	<i>je vais être stressé, ça je le sais</i>		
8	8	3	8
19			8

Objectifs : Identifier l'impact du covid-19 sur la prise en soin des patients ainsi que l'impact émotionnel sur les soignants et sur leur pratique du métier.

Les ressources d'aide			L'impact émotionnel sur les soignant	
Apprentissage	La solidarité de l'équipe soignante	Prise de confiance des techniques thérapeutiques	La difficulté psychologique	La peur
<i>tu vas apprendre qu'ils m'ont dit j'ai vraiment tout appris sur le tas par les collègues de l'apprentissage pure et dure tu vas apprendre</i>	<i>les médecins étaient toujours là, toujours présents, pour nous réexpliquer, on a une équipe médicale qui est vraiment top, et qui nous accompagne derrière.</i>	<i>très vite les patients, on s'est dit que c'était des choses qu'on savait faire c'était une pathologie respiratoire qui ressemblait à la grippe, à des choses qu'on</i>	<i>Ca n'a pas été simple Ca a vraiment été horrible Ça n'a pas été facile. Les familles c'était super dur</i>	<i>qui en avait peur certains n'était pas du tout rassuré à l'idée de rentrer dans les chambres pour être sûr de ne pas être en contact</i>

<p>j'ai découvert la prise en charge de patient covid, vraiment sur le tas</p> <p>au début en fait bah on attendait que ca passe, bon on va faire des trucs pour améliorer les poumons</p> <p>apprendre</p> <p>on attendait, on priait</p> <p>On s'est appuyé sur leur protocole à eux.</p> <p>on a d'abord accueilli des patients qui venaient de Paris.</p> <p>Donc ça c'était hyper intéressant</p> <p>on a appris sur le tas</p>	<p>entraide sur les services de réanimation</p> <p>d'entraide</p> <p>renfort</p> <p>renfort covid.</p> <p>entraide au sein des équipes</p> <p>on s'est mis en relation avec les pôles infectieux pour avoir leur avis et leur conseils sur comment ils gèrent les énormes infections pulmonaires</p> <p>on à été normé,</p> <p>on a été en renfort</p> <p>L'équipe médicale était très très</p>	<p>savait faire</p> <p>des techniques qu'on connaissait</p>	<p>c'était pas simple.</p> <p>Ça a vraiment été horrible, pour les familles ça a dû être très très dur</p> <p>sentiment d'impuissance</p> <p>ça a été compliqué</p>	<p>un sentiment de peur et d'appréhension d'être contaminé par les patients</p> <p>anxiogène</p> <p>très très très anxiogène</p> <p>on a tellement peur de ramener des choses dans nos voitures, et du coup à la maison.</p> <p>Le plus stressant c'était ça</p> <p>risquer de contaminer ma famille,</p> <p>peur d'être contaminé.</p>
--	---	---	---	---

Y'a pas eu de formation on a appris sur le tas en fait	présente. les médecins, nos cadres étaient très présents pour en discuter surtout avec nos craintes			
12	12	3	8	9
27			17	

Les limites dans la prise en charge des patients Covid positifs				
La méconnaissance de la maladie	L'angoisse de la contamination	Lassitude de la situation	Sentiment de rancœur face aux non-vaccinés	La brutalité de la situation
on ne savait pas trop les risques de contaminations et tout. j'avais pas eu la formation, j'avais eu aucun cours, je ne connaissais rien c'était quelques chose qu'on ne connaissait pas,	peur d'être contaminé. un sentiment de peur et d'appréhension d'être contaminé par les patients risquer de contaminer ma famille, certains n'était pas du tout rassuré à l'idée	répétition des cas. une lassitude je pense des soignants de la lassitude, de l'énerverment. prises en charge qui se répétaient qui se ressemblaient. c'était quand	différence de traitement des patients qui sont non vaccinés de façon volontaire un peu de rancœur en fait. leur dire qu'ils l'avaient bien cherché mais que finalement si ils sont là c'est que c'était de leur faute.	la gravité, les patients se dégradent de façon très brutale Après ce qui devait être ultra déstabilisant c'était l'afflux de malades, Ils ont eu des choix à faire, limiter des gens qu'on ne

<p>on n'avait pas de traitement curatif pur</p> <p>c'est quelque chose qu'on n'a pas appris à l'école, on n'a pas eu de cours sur le covid,</p> <p>de ne pas connaître cette maladie là au départ était très anxiogène</p> <p>on ne savait pas trop comment se protéger, on ne savait pas trop si on pouvait retourner voir ses proches</p> <p>on n'avait pas trop de recul sur cette maladie et ne comprenait pas forcément tout</p> <p>personne ne savait rien,</p>	<p>de rentrer dans les chambres</p>	<p>même très contraignant de d'habiller et de se déshabiller 20, 30, 40 fois par jour</p> <p>c'était assez pénible.</p> <p>de la contrainte de s'habiller</p>	<p>c'est-à-dire limite on en venait à penser que s'ils en étaient arrivés là c'est que c'était eux qui l'ont voulu quoi</p> <p>rengaine</p> <p>rengaine</p>	<p>limiterait pas en temps réel, notamment avec les âges</p> <p>chose qui était déjà connue avant, tous les patients qui sont placés en isolement</p>
---	-------------------------------------	---	---	---

9	4	7	6	5
31				

ANNEXE V

Retranscription entretien ide 1

ESI :Bonjour, je m'appelle Emmanuelle. Je suis étudiante en 3ème année à l'IFSI de Rennes. Je te remercie d'avoir répondu positivement à cette demande d'entretien, et de m'accorder de ton temps. Cet entretien s'inscrit dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, portant sur le vécu du sentiment d'impuissance chez le soignant lors des prises en soins difficiles et parfois incurables dans un contexte "normal" ainsi que dans un contexte de patient atteint du Covid-19. Je garantis la confidentialité des propos qui seront échangés de façon anonyme. L'entretien est enregistré.

Dans un premier temps, peux-tu te présenter ? (âge, ancienneté, parcours professionnel)

Ide 1 : J'ai 24 ans à la fin de la semaine, donc moi euh je suis sortie de mes écoles en 2020, Juillet 2020. Donc là j'approche mes 2 ans de diplôme. Je n'ai pas énormément d'expérience dans différents services parce que moi je suis dans le même depuis le début, je suis en réanimation chirurgicale à la suite d'un stage pré pro en fait, j'ai enchaîné directement là-bas et je n'ai pas quitté ce service depuis. J'ai fait un an, à peine un an de jour et puis du coup depuis un an je suis de nuit.

ESI : Ok, est ce que dans un contexte d'une prise en soin difficile, tu as déjà ressenti une certaine pression psychologique et sociale?

IDE 1 : Alors nous, je vais parler du coup de la réanimation chirurgicale, effectivement la pression elle est au quotidien parce que les patients ils sont vraiment dans des états vraiment très très précaires, très graves, donc effectivement la pression nous elle est présente constamment. De par l'équipe médicale parce que voilà il y a énormément de demandes de la part des médecins, fin, un travail assez conséquent en termes de thérapeutique et de curatif. Il y a une pression induite indifféremment du patient. Fin indifféremment le patient on sait qu'il est dans un état très grave, donc on se dit voilà qu'on se doit de tout donner pour lui, le moindre truc va être vraiment décisif et y'a une pression qui est également induite des familles, parce les patients sont dans des états parfois gravissimes, que le fait que les familles sont complètement dévastées. La plupart du temps c'est quand même des événements qui sont soudains, du jour au lendemain la vie des familles se bouleverse. Donc ouais voilà je dirais qu'il y a une pression induite des familles

ESI : Et comment est ce que cela impacte ton exercice et ta pratique du métier?

IDE 1 : La pression des familles ?

ESI : Non toutes pressions

IDE 1 : Je dirais comme toute pression elle est positive et négative parce que voilà positive voilà c'est vrai que ça nous euh, fin la pression induite par les médecins, les demandes parfois très conséquentes de soins, de médicaments, d'actes, euh bah du coup ça nous pousse à être toujours euh au taquet, toujours euh comment dire, toujours à jour dans les protocoles, le service en lui-même nous impose indirectement d'être toujours au taquet sur les soins, donc c'est vrai que du coup c'est positif puisqu'on apprend tout le temps, on est constamment en train de répéter nos actes; donc voilà on est plutôt bon dans ce qu'on fait au fur et à mesure du temps donc c'est vrai que ça conforte nos soins et notre prise en charge. Euh après en ce qui concerne le patient en lui-même des fois c'est vrai qu'on peut se mettre une pression vis-à-vis de son état qui est grave, qui peut être une pression aussi psychologique donc qui après peut impacter plus ou moins les soignants en fonction de comment chacun réagit. Mais c'est vrai que des fois psychologiquement ça peut être dur la réanimation, d'avoir justement des situations de soins ou ont beau tout donné, tout tenter, tout essayer, les traitements, les chir, fin, et pour autant il ne se passe rien et les patients ne s'améliorent pas et on voit les jours défilés, on voit les familles pleurées et on n'a rien à leur dire parce que malheureusement on fait tout ce qu'on peut mais euh, mais en fait bah ça ne fonctionne pas, quand le corps ou quand l'âme à décidé que c'était aujourd'hui, malheureusement on a beau tout donné, et des fois ça peut-être vachement frustrant psychologiquement d'avoir mine de rien cette pression de ce dire on se doit le sauver mais en fait bah la médecine ce n'est pas une science exacte et malheureusement on ne peut pas tous les sauver et des fois voilà, les états sont trop graves et on a beau tout tenté il ne se passe rien.

ESI : Ok

IDE 1 : Et après au niveau des familles, c'est un peu j'ai envie de dire soignants dépendant, parce que y'en à qui vont avoir plus de difficultés à voir la détresse des familles du coup ça peut-être avoir un impacte plutôt négatif sur eux dans le sens où psychologiquement c'est dur quand on voit des fois des mamans hurler dans le couloir parce que leur enfant de 16 ans ou 18 ans et dans le service, on vient de lui dire qu'il va rester deux jours, donc forcément voilà il y a clairement une pression quand les

familles nous prennent dans leurs bras et nous disent "vous devez le sauver", forcément il y a des pressions qui sont induites du coup voilà et soit ça peut être négatif en fonction des personnes parce que c'est très dur à accuser psychologiquement après aussi ça peut être une force parfois positive, de créer des liens avec la famille, de du coup les accompagner dans un autre domaine qui est non pas un accompagnement thérapeutique des proches mais plutôt un accompagnement du coup psychologique, l'accompagnement vers le deuil. Donc après ouais c'est peut, j'ai envie de dire, soignant dépendant. Et puis des fois d'une situation aussi en fonction, des situations à une autre, elle va plus nous toucher, ou on va plus être au taquet, ou plus triste.

ESI : Ok ouais c'est aléatoire en fonction des situations ?

IDE 1 : ouais voilà carrément, c'est aléatoire, chaque situation, chaque famille, chaque médecin est différent donc euh, mais oui la pression est présente en réanimation chirurgicale ça c'est sûr.

ESI : peux-tu évoquer une situation de soin dans laquelle tu t'es sentie impuissante par rapport à la prise en soin d'un patient et les différents sentiments que tu as ressentis ?

ide 1 : Je vais parler par exemple d'une patiente dont je m'occupe actuellement, donc c'est une dame d'une soixantaine d'années, qui a eu un accident de vélo et euh qui du coup, je crois qu'on est à 15 jours d'hospitalisation et en fait le problème c'est qu'elle a eu un très gros trauma euh au niveau du cerveau et elle a des lésions qui sont très importantes, et cette dame ne se réveille pas, donc en fait on a beau tout tenté, on a fait plus de trucs, on a été au bloc opératoire, on a mis des traitements, on a favorisé le réveil, on essaye de comprendre s'il n'y a pas autre chose qui pourrait expliquer l'absence de réveil et le problème c'est que là on fait tout ce qu'on peut et cette dame elle ne se réveille pas, elle a juste une lésion au niveau cérébral, tout le reste va très bien et son cerveau est touché et elle ne se réveille pas. Et ça c'est une grande quantité de nos patients pour lesquels tout le reste va super bien, juste un trauma localisé, mal localisé, parce que du coup le cerveau c'est vraiment l'endroit qu'il ne faut jamais taper et puis en fait bah derrière tout s'effondre, y a pas de réveil, y a pas de contact, du coup bah fin ça veut dire qu'on pourrait se poser la question derrière de quelle vie on offre à cette dame, les familles c'est horrible, parce qu'ils ne comprennent pas euh pourquoi elle ne se réveille pas. Donc c'est très dur, c'est carrément ça, on peut clairement le dire c'est un sentiment d'impuissance qui est assez récurrent en réanimation chirurgicale vraiment ce qu'on appelle le neuro-lésé, un patient qui est vraiment juste abimé de la tête, et ouai c'est clairement un sentiment d'impuissance parce que quelque chose pour lequel on va tenter plein de trucs, des chirurgies, des examens, on va aller faire

des scanners, des IRM, on va faire pleins de truc pour essayer de comprendre ce qui ne va pas, on va essayer et en fait malheureusement ça ne dépend qu'à elle de se réveiller ou pas et là les lésions sont tellement importantes dans le cerveau que, on a espoir à chaque fois qu'on rentre dans la chambre on lui demande madame ouvre les yeux, serrez-moi la main, faite moi comprendre que vous m'entendez, mais il ne se passe jamais rien. Ça fait 15 jours que je m'en occupe et chaque jour j'ai espoir qu'il y ait une ébauche de réveil, quelque chose mais en fait il ne se passe jamais rien. Et ses pathologies du patient là, de patientèle là, c'est super dur parce que voilà on a espoir, on a envie on se dit que le reste fonctionne très bien donc y a pas grand-chose pour que, mais non. Et du coup ouais il y a un sentiment d'impuissance qui est vraiment important dans ces situations et cette situation-là c'est vrai que je m'en occupe de cette dame donc je peux t'en parler assez bien. Donc ça c'est plus sur le profil de patient neurolésé, typique de la réa chir, mais également comme t'as parlé du covid, effectivement on a pendant la crise du coup accueillis des patients atteints du covid 19 parce que la réanimation médicale était saturée. Et c'est vrai que c'est pareil, je me souviens qu'on avait, c'est très compliqués comme prise en charge, là ses différents parce que la plupart sont éveillés, là pour le coup tout va bien sauf les poumons, et ils sont réveillés et voilà du coup on tente le tout pour le tout, on sait qu'à l'heure actuelle il n'y a pas de traitements curatifs contre le covid 19. Donc en fait on essaye de temporiser de faire passer hein clairement, on essaye au mieux de retarder au maximum l'intubation mais c'est vrai que c'est pareil c'est des situations en fait ou malheureusement, on peut rien faire, nous on peut aider, on va accompagner pour que le cap se passe euh pour pas voilà aller jusqu'à l'intubation et autres, mais malheureusement en fait ça ne dépend que de l'état du patient et encore même lui ne peut pas décider. Et c'est vrai que dès fois voilà on arrive dans des situations ou malheureusement ça se dégrade, on est obligé de passé à de l'intubation, à des voilà, à un coma artificiel pour ses patients-là, c'est pareil fait, on attend qu'une chose c'est que les poumons récupèrent, donc voilà on a plusieurs euh, on peut aller jusqu'au bout du bout, on peut passer sur euh des ECMO, je sais pas si tu vois ce que c'est.

ESI: oui oui je vois j'étais en réa

IDE 1 : ah ok bah très bien tu vois de quoi je parle. Donc ouais les ECMO, les ventrale, pleins de petites marge de manoeuvre encore mais quand on a passé tout ça on sait qu'on a plus du tout de marche de manoeuvre, pareil on croise les doigts pour que le cap se passe et malheureusement là aussi on a un sentiment d'impuissance, on ne peut rien faire, on est au maximum de nos capacités, de nos thérapeutiques et là il s'agit juste du destin, si la personne va passer le cap ou pas, si ça va s'améliorer ou pas. Et c'est vrai qu'on contrôle énormément de choses dans la réanimation, on agit sur

énormément de systèmes, d'axes thérapeutiques et autres, mais c'est vrai qu'il y a des fois où on a beau tout tenter, ça ne dépend plus de nous.

ESI : Je vois, et tu ressens quels sentiments, quelles émotions dans ses cas là, mise a part l'incompréhension, le sentiment d'impuissance c'est très général.

IDE 1 : Bah c'est vrai que le sentiment d'impuissance je dirais que c'est celui qui est vraiment centralisé et qui regroupe le tout. Après incompréhension peut être pas parce que voilà, on comprend plus ou moins les situations, les médecins sont vraiment au top pour nous expliquer un peu ce qu'il se passe, ce que eux ils ont en tête etc. Mais c'est vrai que c'est plutôt ouais sentiment d'impuissance, on se dit mince, il suffit pas de grand chose, c'est vrai que c'est plus de l'espoir en fait, on a espoir à chaque fois, c'est vrai que la réanimation ça porte bien son nom, on se dit qu'on va tous les réanimer, on va tous les sauver, c'est notre objectif, on est des soignants on est dans cette optique là, enfin moi en tous cas pour ma part de se dire je vais vraiment essayer de donner voilà, tout ce que je peux, on va essayer de tout faire pour les sauver, c'est ce qu'on dit aux familles, voilà on a espoir, c'est vraiment ça, on leur parle d'espoir, on a espoir que ça s'améliore mais sans parler de choses avérées parce que malheureusement on ne sait jamais ce qu'il se passe. Mais c'est vrai j'ai envie de dire ouais de l'espoir mais aussi, avec l'expérience des fois et on sait très bien qu'il y a des situation qui sont dramatiques et malheureusement des fois on sent pas bien les choses. Des fois on peut se dire c'est très mal engagé, les lésions d'emblées initiales sont très graves, des fois on va directement voir les familles en leur disant voilà c'est très grave, il y a très peu de chance qu'il s'en sorte. Et c'est vrai que du coup bah là le sentiment d'impuissance est déjà passé, on est à l'étape d'après, où les sentiments sont pas faciles, on sait où est l'issue et psychologiquement c'est vrai que c'est lourd à porter, c'est des services où il faut s'accrocher, mine de rien la douleur, la souffrance, la mort sont quand même présentes donc euh ouais peut s'en suivre derrière ce sentiment d'impuissance, soit une amélioration soudaine et là du coup on est trop content parce que voilà le patient va mieux, les familles sont rassurées, on va vers un espoir de rééducation ou autre et des fois derrière ce sentiment d'impuissance malheureusement la situation tourne dans le mauvais sens et on va vers l'accompagnement de deuil et autre, là forcément comme n'importe qui, ça nous atteint, certain plus que d'autres. Donc ouais je dirais c'est pleins d'émotions en réanimation

ESI : Ok et tu penses que l'expérience, quand tu rencontres plusieurs fois des situations similaires, font que tu arrives mieux à gérer les sentiments que tu peux ressentir ?

IDE 1 : Je pense que l'expérience aide, mais après j'ai envie de dire attention, positif comme négatif. Positivement dans le sens où effectivement on voit plusieurs fois les mêmes situations, fin les situation ne sont jamais similaires, mais les contexte sont similaires et des pathologies similaires donc effectivement on arrive à savoir plus ou moins où on va. Donc effectivement je pense que l'expérience peut aider dans le contrôle des sentiments parce que voilà, on sait ce qu'il peut se passer, on est moins surpris. Euh ça peut aider même envers les familles, c'est là que les émotions des fois elles surgissent parce que quand on les voit dévastés ou qu'ils nous prennent dans leurs bras, voilà c'est des moments qui sont pas faciles. donc positivement ouais ça peut aider, je peux l'affirmer pour ma part parce que voilà maintenant ça fait 2 ans que je suis là. Et effectivement je contrôle mieux mes émotions, je me laisse moins dépasser même devant les familles j'arrive à être moins impliquée, plus professionnelle. Sans pour autant que, voilà parfois il y a des situations qui vont me toucher et qui vont être dures mais ouais je dirais que l'expérience aide. Mais à l'inverse, peut être qu'une trop grande expérience des fois peut nous construire une carapace qui fait qu'on devient, presque, pas insensible, c'est super fort comme mot, mais tu vois ce que je veux dire dans le sens où à force de tellement voir de la tristesse et des fois des situations tellement dures, qu'on en vient à se forger des carapaces, et des collègue derrière qui peuvent devenir presque insensible avec les familles, j'ai des exemples en tête et même des anciens potes qui ont quitté la réanimation pqc c'était trop dur émotionnellement et ils voyaient bien que ça ne le faisait plus. Donc voilà j'ai envie de dire expérience oui après à long terme, c'est propre à chacun mais attention à ne pas tomber dans justement le fait de se fermer aux émotions et de se dire je ne ressens plus rien pour ne plus souffrir.

ESI : T'es-t-il déjà arrivé de faire un transfert d'expérience?

IDE 1 : Non, chaque situation, chaque patient est différent, et je ne fais pas de collage avec ma vie personnelle. Mais ça m'est déjà arrivé de faire des transferts d'émotions. Lors des situations de soins et situations d'urgence je débranche un petit peu mon côté émotionnel, je me concentre juste sur ma pratique et les soins que je dois faire, donc je ne fais pas de transfert émotionnel à ce moment là mais je sais que sur certaines situations difficiles après coup, la vague d'émotions revient et c'est à ce moment là que je peux faire un transfert émotionnel. Sur des situations d'urgence, qui se sont finis par des décès, c'était souvent chez des jeunes patients, d'une vingtaine d'année et à chaque fois, évidemment, mon frère ayant cet âge là, à chaque fois je faisais des transferts à ce niveau là, je revoyais la situation et j'imaginai que c'était mon frère et du coup voilà. Donc ouais ça m'arrive, de faire des transferts émotionnels en fonction de la situation et surtout en fonction du patient, surtout quand il est jeune.

ESI : Comment gères-tu tes émotions lors de situations de soins incurables ?

IDE 1 : Euh ... j'ai envie de dire à chaud, avec les collègues, parce que nous en tout cas pour ma part on a vraiment une super équipe de nuit, on est tous plus ou moins du même âge, on s'entend tous très bien, le feeling passe super bien donc c'est vrai qu'on arrive facilement à trouver un collègue avec qui on va réussir à en parler, on est assez proche là dessus. Donc j'ai envie de dire à chaud. Des fois avec les médecins des fois il y a des situations, j'en ai une ou deux en tête, des énormes réanimation en chambre, ou vraiment le branle bas de combat, y'en a partout, c'est des trucs de ouf, fin vraiment des énormes réanimations en chambre avec les médecins. Et au bout de deux/trois heures après avoir tout fait, malheureusement on n'arrive pas à sauver le patient, derrière la plupart des médecins reviennent vers nous et débriefent, justement on reparle de la situation, on se dit "non mais on a vraiment tout fait ?" Après ça fait vachement de bien, ça permet également de passer ses émotions là aussi à chaud avec l'équipe médicale et l'équipe paramédicale avec qui on a fait la réanimation. Donc voilà les collègues que ce soit paramed ou med, à chaud, après à distance euh moi je sais que j'ai des copines qui sont dans le milieu du coup c'est facile d'en parler, d'en parler aussi après, en dehors du cercle intrahospitalier. Et avec sa famille, moi je sais que c'est une ressource pour moi parce que voilà mes parents, je suis très proche d'eux, voilà je sais que j'arrive aussi à débriefer avec eux à distance. Voilà moi c'est ma façon dont je gère mes émotions. Et certaines sont quand même intériorisées en moi et que je ne sors pas, j'absorbe au fur et à mesure avec le temps, j'extériorise une partie mais y'a une partie quand même que j'intériorise. Donc voilà, pour résumer je dirais les collègues, et la sphère personnelle en dehors et après voilà si besoin, on a également des psychologues qui sont disponibles dans le service pour nous écouter nous les soignants. Ils sont là pour les familles et les patients mais ils sont aussi là pour nous, donc si besoin je sais qu'il y a cette possibilité là le jour ou je sens que j'en ai besoin ou que des collègues en ont besoin.

ESI : Quel est ton rapport à la mortalité ? Que se soit dans ta vie personnelle et ta vie professionnelle

IDE 1 : aha, c'est un peu marrant parce que on ne m'a jamais posé cette question là mais moi j'ai la réponse. J'ai un rapport presque contradictoire entre ma vie perso et ma vie professionnelle. Depuis toute petite la mort ça m'inquiète, ça me fait peur, je ne sais pas ce qui se passe derrière, plusieurs fois je me souviens, petite j'en faisais des cauchemars, je me voyais mourir, je voyais mes parents mourir et voilà ça m'angoissait, c'est une angoisse qui, j'ai envie de dire, qui a diminué avec le temps,

parce que là j'ai grandi, j'ai mûri, j'ai compris la vie, comment ça se passait mais sinon c'est une angoisse qui est toujours là en moi personnellement, ma propre mort et celle de mes proches et voilà je sais que j'ai déjà eu des décès dans ma famille, de mes grands parents et c'est des étapes qui ont été dures pour moi, j'ai mis longtemps à m'en remettre donc ouais la mort personnellement c'est quelques chose qui est dur et angoissant pour moi. Mais pour autant, professionnellement, c'est vrai qu'en réanimation on a quand même souvent, et même moi en aparté je suis pompière à coté, donc voilà je l'inclue dans le cercle professionnel mais voilà je suis confronté à la mort aussi dans ce domaine là et là par contre à l'inverse ça se passe bien, façon de dire, mais ça ne m'impacte pas, enfin peu, forcément il y a des situations qui vont me toucher, quand on voit des gamins de 16 / 18 ans mourir alors qu'ils n'ont rien demandé à personne, voir les familles dans un état, forcément on est touché on se dit mince pourquoi lui il n'a pas le droit mais disons, que j'arrive bien, plus ou moins à la gérer euh cette mort à l'hôpital envers des patients, envers des gens que je ne connais pas personnellement, je pense que c'est ça la différence et dans ma casquette et mon uniforme de soignant je pense que ça m'aide plutôt que dans mon uniforme de civil.

ESI : D'accord, tu te créer une sorte de carapace ?

IDE 1 : Peut-être, peut-être inconsciemment, je n'ai pas forcément les réponses parce que c'est des questions que je me pose aussi dans ma vie, mais peut-être effectivement que comme tu dis créer une sorte de carapace et du coup professionnellement je n'ai pas de soucis particulier envers la mort.

ESI : Comment définirais-tu ton caractère lorsque tu es dans une situation de soin délicate ?

IDE 1 : Euh alors il y a plusieurs émotions, plusieurs caractères, traits de caractère qui ressortent. Euh je vais commencer par la première, le stress, clairement je suis de nature stressée j'ai de l'eczéma pleins des mains c'est génétique voilà j'ai toujours fait du stress depuis jeune. Après ça n'a pas empêché de réussir dans la vie mais je sais que voilà, dès qu'il y a une situation de stress, d'urgence, de réa, de gros truc, je vais être stressé, ça je le sais, c'est en moi après ça ne me paralyse pas, ça me fait révérifier 4 fois la prescription 4 fois le culot pour être sûre que ce soit le bon alors c'est sûr que c'est le bon, alors j'vais perdre du temps là dessus certes, mais ça ne me paralyse pas pour autant, donc voilà j'ai une grosse part de stress, je le sais. Euh j'ai un coup d'adrénaline, un coup de fouet, je commence à courir partout, j'suis au taquet sur tout, je suis en peu sur pile, je l'admet. Après euh je pense que je perd un poil de lucidité, je suis beaucoup moins lucide que voilà quand on a le temps de se poser, de se concentrer, de réfléchir aux choses voilà, je pense que là du coup, fin que nous dans la

situation en réa euh voilà ça nous prend, de toute façon t'as pas le temps de réfléchir, t'as pas le temps de te concentrer et du coup t'es un peu moins lucide c'est pour ça qu'on axe énormément sur la communication pendant les situations d'urgence. Voilà quand on fait quelque chose on le dit à haute voix. Je ne sais pas, le médecin veut deux milligrammes d'adrénaline, une fois que c'est passé on lui dit "ok, il est 21h20, deux milligrammes d'adrénaline sont passées" on dit à haute voix et on le note au tableau pour avoir un petit peu une hiérarchie de ce qu'il s'est passé dans la situation. Donc voilà pour pallier aux petites difficultés émotionnelles qu'on peut avoir sur la situation nous alors on traite derrière des solutions en amont pour pallier ça donc voilà. Donc je dirais ouais c'est trois traits de caractère là : stress, perte de lucidité, pas énorme mais légère et ouais adrénaline, je cours un peu partout.

ESI : et penses tu que ton caractère te permet de mieux gérer tes émotions lors de situations de soins difficiles, ou au contraire qu'il représente une limite ?

IDE 1 : J'ai l'impression que moi dans les situations, je fais une pause sur l'émotionnel, j'arrive, je sais pas si c'est volontaire ou involontaire ou une sorte de protection ou pas, mais pour moi en fait je vais faire une pause. Voilà je vais me concentrer sur ce que j'ai à faire. Là on est vraiment sur un pronostic vital engagé, si on ne fait rien il meurt dans la demi heure, donc vraiment je pense que je met ma casquette professionnelle, soin curatif, voilà, thérapeutique on est là juste pour sauver le corps entre guillemets, on s'occupera des émotions et de l'âme après. Après par contre c'est là où derrière la vague d'émotions qu'on aurait pu mettre en pause pendant 1 heure, 2 heures de réanimation, derrière j'ai envie de dire revient un peu en pleine figure surtout quand les situations se passent mal et se finissent tragiquement, par un décès, derrière la vague d'émotions elle nous revient en pleine tête parce que on refait un petit peu le schéma de ce qu'il s'est passé on se dit "mince la famille on l'a pas vu, ohlala qu'est ce qu'il s'est passé, on l'a perdu". On refait un le point on peut se dire ouais c'est chaud et c'est intense mine de rien, le coup d'adrénaline, tout ce qu'on va donner comme énergie sur des réanimations pour, on en revient à ce sentiment d'impuissance, pour au final des fois rien, des fois on passe je ne sais pas combien culots de sang, on fait tous les trucs impossibles, on va au bloc, on fait tout ce qu'on peut, on donne de l'énergie, on donne 2 heures de notre temps, on boit pas, on mange pas, on va pas aux toilettes, vraiment on met tout en pause pendant 2 heures juste pour sauver le patient et des fois ou en fait il ne se passe rien et on le perd, et là du coup c'est dur parce que on en revient à ce que je te disais, à ce sentiment d'impuissance. Et là, la vague d'émotions revient parce que du coup on est face à un décès humain et là voilà on reprend notre casquette de sentiment humain et on se dit wow c'est dur, on retourne voir les patients aussi. Et puis des fois a

l'inverse on a réussi à le sauver, je sais pas il se réveille, il parle, du coup trop bien. Là c'est un sentiment qui est super agréable, on est rempli d'émotions positives, on se dit c'est super vous êtes là monsieur, on peut enfin se parler. Et c'est trop bien, là c'est que des ondes positives, on peut appeler la famille en disant "tout va bien, euh il a passé le cap, on a réussi à le sauver" et là du coup on est dans des émotions positives. Un peu tout l'un et tout l'autre. Mais moi en tout cas dans des situations d'urgence mes émotions sont mises en pause.

ESI : C'est ça qui te permet de te concentrer sur la situation ?

ide 1 : Je pense ouais, je pense que si j'appliquais mes émotions je n'aurais pas la capacité à réagir sur la situation, je serais moins efficace ou paralyser parce que tellement...

ESI : Et c'est venu de façon inconsciente que tu mettes tes émotions en pause ou si je reprends quand t'étais en stage pré pro en réa chir, tu as peut-être vu des urgences, est ce que tu étais la même ?

IDE 1 : non je pense pas, je pense que c'est une conduite qui a murit. En tant qu'étudiante dans les situations d'urgence, on est un peu en retrait, on regarde ce qu'il se passe, du coup on peut prendre le temps de laisser place à nos émotions. Mais après j'ai envie de dire c'est quand même un trait de caractère qui est un peu en moi depuis longtemps parce que je suis pompier depuis des années, mon père est pompier, donc voilà je suis habitué à ces situations-là dans la famille. Donc c'est vrai je pense que c'est un trait de caractère qui est inné en moi, cette capacité que quand quelque chose commence à s'aggraver de mettre en pause les émotions pour être efficace dans ce que je fais et revenir après. Et je pense quand même que mon expérience en réanimation à forger ce caractère là.

ESI : Et si on ne parle pas forcément de situation d'urgence mais de la situation dont tu m'as parlé tout à l'heure, la dame, quel trait de caractère va ressortir chez toi ?

IDE 1 : bah là actuellement au vu justement de cette absence de réveil à chaque fois que je rentre de sa chambre, c'est la vague émotionnelle qui va prendre le dessus parce que je sais que de toute manière thérapeutiquement on a tout fait donc même en terme de soins, je n'ai pas beaucoup de soins à faire parce que il n'y a pas grand chose à faire à cette dame, on attend qu'elle se réveille et malheureusement elle ne se réveille pas, et là ouais la part émotionnelle va être plus importante parce que du coup j'ai la place pour, parce que on est pas du tout dans l'urgence, c'est des soins du

quotidien, et en fait ouais c'est ça on attend le réveil. Donc ouais, ça peut être l'inverse, c'est des situations où on est pas du tout dans du curatif et on est dans l'attente, et là du coup effectivement la sphère psychologique et émotionnelle prend toute son importance.

ESI : Comment as-tu vécu la pandémie de Covid-19 en termes de prise en soin difficile de patient positifs? (par rapport aux précautions complémentaires dans la prise en soin de patient covid, le flux des patients, à la méconnaissance de la pathologie, triage des patients)

IDE 1: Ca n'a pas été simple, parce que moi en plus j'ai été parachuté en réa un peu au milieu, je suis arrivé après le tout premier confinement, quand le monde s'est arrêté pendant 2 mois. J'ai vécu les autres, je ne suis pas arrivé dans le pire moment parce que voilà la première crise était passée, le service, les collègues avaient déjà pris en charge des patients covid, donc voilà c'était pas tout nouveau comme la toute première où personne ne connaissait. Je suis arrivé dans cette étape là donc un peu plus facile je pense. Mais pour autant c'est quelque chose qu'on n'a pas appris à l'école, on n'a pas eu de cours sur le covid, on débarque dans le service, je me souviens de mon tout premier jour où j'ai pris en charge un patient covid, j'étais de jour, les collègues avaient déjà leur secteur, et je prend le dernier secteur restant, avec donc des patients covid, et du coup je vais voir les collègues je leur dit "mais du coup moi j'ai jamais pris en charge de covid, je connais pas du tout", "c'est pas grave tu vas apprendre" qu'ils m'ont dit. Et ils m'ont montré comment s'habiller, comment faire, qu'est ce qu'il fallait faire. Donc j'ai vraiment tout appris sur le tas par les collègues, c'était vraiment de l'apprentissage pur et dur, à l'ancienne, sans cours en amont, sans théorie. Et euh donc voilà, on a appris au fur et à mesure, au jour le jour. Pareil les système respiratoire qui ont été mis en place comme le système optiflow, des ECMO, c'est là où j'ai découvert l'ECMO, première fois que j'en ai une. J'en avais jamais vu de ma vie, j'avais pas eu la formation, j'avais eu aucun cours, je connaissais rien ni d'Adam ni d'Eve, et c'était pareil, "et bah tu vas apprendre, je vais entrer dans la chambre avec toi, j'vais te montrer, la manipulation d'urgence tout cas". Et c'est comme ça que tu coup, moi j'ai découvert la prise en charge de patient covid, vraiment sur le tas, avec les collègues, après au fur et à mesure des cours ont commencé à apparaître, des formation ont commencé à apparaître, euh des protocoles etc... Mais euh c'est vrai que ça n'a pas été facile.

ESI : tout le monde était un peu apeuré de la situation, les familles c'était comment du coup ?

IDE 1 : Les familles c'était super dur parce qu'ils ne pouvaient pas rentrer, au début on ne les laissait pas rentrer, donc ils étaient à la fenêtre fin des fois les patients restaient, je me souviens d'un patient

qu'est resté je ne sais pas combien de mois, des prises en charge vraiment très longues, de covid long, et c'est vrai que pendant tout ce temps les familles peuvent pas les voir. Donc on les a au téléphone, des fois on faisait rentrer le téléphone dans un sachet pour qu'ils puissent discuter et tout mais c'est vrai que c'était pas simple. Pour les familles, pour les toutes premières vagues, on ne savait pas trop les risques de contaminations et tout. Ca a vraiment été horrible, et je me souviens même des décès covid, les familles ne pouvaient pas voir le corps, les corps étaient mis dans les sacs mortuaires et ça allait direct à la morgue, où ils clôturaient le corps et la famille ne pouvait plus le revoir. Les obsèques c'était ultra restreint. Ça a vraiment été horrible, pour les familles ça a dû être très très dur. Après reviens encore un sentiment d'impuissance parce que c'était quelque chose qu'on ne connaissait pas, on n'avait pas de traitement curatif pur, maintenant le vaccin est venu hein mais au début en fait bah on attendait que ça passe, bon on va faire des trucs pour améliorer les poumons mais bon il ne se passe pas grand chose. Du coup là c'est pareil, on attendait, on priait des fois pour que juste l'optiflow et l'oxygène à haut débit suffise à passer ce fameux cap et pas aller vers une intubation et voilà pouvoir sortir le patient sans séquelles.

ESI : Comment les médecins gèrent-ils la situation ?

IDE 1 : Je pense qu'au début, ça devait pas être simple non plus, c'est pareil, du jour au lendemain ils ont dû apprendre à créer une prise en charge de patient covid. Il y a eu énormément de confrontation avec la réanimation médicale du coup et le pôle infectieux qui eux du coup, c'est leur pôle quoi. Donc du coup voilà on s'est mis en relation avec les pôles infectieux pour avoir leur avis et leur conseils sur comment ils gèrent les énormes infections pulmonaires. On s'est appuyé sur leur protocole à eux. Après les médecins étaient toujours là, toujours présents, pour nous réexpliquer, c'est vrai que la dessus on a une équipe médicale qui est vraiment top, et qui nous accompagne derrière.

ESI : et au niveau de l'équipe paramédicale, comment se passait la prise en charge des patients covid ?

IDE 1 : Partager je dirais, mitiger. Effectivement comme moi j'ai pu en être témoins, certains collègues, expliquait, rentrait avec moi dans la chambre pour me montrer, covid ou pas covid. Il y a eu une énorme entraide au sein des équipes même au sein des renforts, on a eu plein de renforts covid. Des gens qui ne connaissaient rien à la réa mais qui sont quand même venu filer un coup de main. Du coup je pense qu'il y a eu une certaine entraide sur les services de réanimation. Après effectivement il y a aussi, je pense, ça n'a pas créer de tension, mais il y avait des collègues c'est sûr, qui en avait peur,

effectivement et que si il y avait un secteur non covid, vont préférer prendre ce secteur là. Et certains n'était pas du tout rassurés à l'idée de rentrer dans les chambres, qui mettaient je ne sais combien de couche, qui se désinfectaient les mains tout le temps, y'en a qui ne voulait même plus manger, sur les rotations de pause, certains préféraient presque aller manger dehors ou dans une salle isolée pour être sûr de ne pas être en contact. Ça a quand même créé un sentiment de peur et d'appréhension d'être contaminé par les patients. Mais à côté de ça y'a quand même eu assez d'entraide.

ESI : Bien, l'entretien est terminé, merci pour le temps que tu m'as accordé et pour tes réponses très pertinentes.

IDE 1 : De rien avec plaisir.

ANNEXE VI

Retranscription entretien ide 2

ESI : Bonjour, je m'appelle Emmanuelle. Je suis étudiante en 3ème année à l'IFSI de Rennes. Je vous remercie d'avoir répondu positivement à cette demande d'entretien, et de m'accorder de votre temps. Cet entretien s'inscrit dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, portant sur le vécu du sentiment d'impuissance chez le soignant lors des prises en soins difficiles et parfois incurables dans un contexte "normal" ainsi que dans un contexte de patient atteint du Covid-19. Je garantis la confidentialité des propos qui seront échangés de façon anonyme. L'entretien est enregistré.

Vous préférez que je vous vouvoie ou que je vous tutoie ?

IDE 2 : Ok ça marche, tu peux me tutoyer, le vouvoiement ça me vieillit trop (rire)

ESI : OK, pas de soucis (rire), et bien, dans un premier temps, est-ce que tu peux te présenter, ton âge, ton ancienneté et ton parcours professionnel.

IDE 2 : Ouais ! bah euh j'ai 39 ans, j'ai pas encore passé la quarantaine (rire). Euh donc je travaille dans le service de réanimation médicale, donc là où travaillait Clément, donc je le connais depuis un bon petit moment. Moi je suis diplômé de 2005, et je suis rentré au CHU en 2005, j'ai fait mon école à Tour et je suis revenu en Bretagne pour y vivre, donc rentré au CHU en 2005 sur des remplacements d'été en réanimation médicale, j'ai pas quitté, ça fait maintenant euh un bon moment à présent en réanimation médicale. 11 ans de nuit et puis euh 5-6 ans de jour.

ESI : OK, est-ce que tu as déjà ressenti, dans le contexte d'une prise en soin difficile, une certaine pression psychologique et sociale ?

IDE 2 : Euh, oui oui oui oui forcément, euh surtout comme tu disais avec le covid, les prises en charge covid, parce que euh sociale et psychologique c'était surtout par rapport aux familles, qui ne pouvaient pas être présentes, qui maintenant le peuvent même si elles sont très limitées mais fut un moment où, les familles ont été complètement évincées de la prise en charge, ça a été difficile psychologiquement parce qu'on avait la détresse des familles, donc forcément, au téléphone, des patients aussi qui pouvaient encore nous exprimer, qui étaient complètement coupés de leur famille, donc euh ouais ouais c'est des choses qui se sont ressenties, et bien majorés ses deux dernières années avec le covid et euh mais c'est des soucis au quotidien forcément dans notre profession

ESI : Et du coup en règle générale du coup elles proviennent de quel ordre ses pressions, de la part de l'équipe médicale, du patient, des familles, de la société ?

IDE 2 : Pression venant du patient pas tellement, disons, directement euh, de l'équipe médicale, oui, surtout quand le service est saturé, faut faire vite, vite sortir des patients, pour en reprendre d'autre euh c'est des choses qu'on ressent au quotidien quand même. Après c'est vrai que je n'ai pas tellement de recul dans d'autre service parce que voilà j'ai été qu'en réanimation au CHU, on a quand même, on travaille beaucoup en équipe et nos médecin sont quand même assez respectueux en règle générale quand on leur dit "c'est pas possible de faire plus vite" des choses comme ça, donc ouais on a quand même de la pression certes, mais euh, probablement peut-être moins, en tout cas pour ce service là que dans d'autres services, ça m'est arrivé en stage de voir des choses des fois, qui, bon peuvent être plus compliquées, surtout la pression médicale ouais, un rapport avec les médecins qui est compliqué, nous on est plutôt bien, dans notre service on est quand même plutôt bien loti.

ESI : OK, du coup quand elle est présente, comment est-ce que cela impacte ton exercice, ta pratique du métier ?

IDE 2 : Bah quand elle est présente c'est vrai qu' on se, là ou ça impacte directement c'est sur le relationnel avec le patient, parce que c'est ce qui va, c'est ce qu'on va écouter plus rapidement, malheureusement, on peut pas faire l'impasse sur les soins euh donc forcément la relation avec la patient, prendre le temps avec le patient, le rassurer, des choses comme ça, bah ça, ça devient un peu secondaire quand la pression est là.

ESI : Peux-tu évoquer une situation de soin dans laquelle tu t'es sentie impuissant par rapport à la prise en soin d'un patient et les différents sentiments que tu as ressentis ?

IDE 2 : Ouais, alors y'en a eu plusieurs aha, y'en a eu plusieurs... Euh mais celle qui m'a le plus marqué ça fait maintenant plusieurs années, j'étais de nuit, faut que je la détaille en particulier ?

ESI : Bah histoire que je comprenne un peu quand même et que j'arrive à te suivre

IDE 2 : Ouais, ok, euh c'est la perte d'un jeune de 18 ans qui avait la mucoviscidose, qui est décédé sous ma responsabilité en fait hein, pendant une nuit, ça, ça été l'événement le plus marquant je pense et là où on se sent le plus impuissant surtout.

ESI : Je vois, mais pourquoi du coup tu t'es senti impuissant ?

IDE 2 : Bah parce que en fait euh on a tout mis en oeuvre pour essayer de lui sauver la vie et malheureusement on a pas réussi, donc là forcément c'est une grande source d'impuissance, malgré tout ce qu'on a fait voilà, il n'a pas survécu, donc là forcément le sentiment d'impuissance est là quoi.

ESI : D'accord, mais du coup, tu m'as dit que tu avais eu plusieurs situations où tu t'es senti impuissant, est-ce que ça t'est déjà arrivé de faire un transfert d'expérience personnelle ?

IDE 2 : Oui, c'est arrivé mais, comment dire, moi personnellement quand, un transfert personnel c'est plus avec les familles, qu'avec le patient. Quand c'est en relation avec le patient, j'arrive facilement, même si je m'implique beaucoup, perso j'ai l'impression, dans la prise en charge, que je met un point d'honneur à garder, comme on disait tout à l'heure, le relationnel avec le patient, j'arrive à mettre facilement des barrières psychologique de défense, mais avec les familles c'est plus dur, parce que effectivement, des fois c'est impossible de ne pas se mettre à leur place et ça rappelle forcément des choses qu'on a vécu, et oui c'est arrivé à plusieurs reprise

ESI : OK, et les barrières psychologiques qui t'es mise, c'est avec l'expérience que ça s'est mis en place, instinctivement ?

IDE 2 : C'est instinctivement mais c'est plus facile avec l'expérience, on apprend à se détacher, on apprend à relativiser, et très vite on comprend que si on reste complètement impliqué et si chaque histoire nous touche vraiment profondément on comprend très vite que malheureusement on ne va pas durer très longtemps dans ce métier là. Donc forcément, après il faut trouver le juste milieu, on n'essaye de ne pas trop s'impliquer, fin, on essaye de ne pas trop se projeter, tout en restant soignant et en s'occupant quand même du patient.

ESI : Dans le cas des situations de soins difficiles et incurables, comment est ce que tu gères des émotions ?

IDE 2 : Euh aha, question difficile ! On a la chance nous dans le service d'avoir une équipe assez soudée, même très soudée. On parle de tout. Et on peut facilement parler des situations qui sont difficiles. Que se soit dans l'équipe paramédicale, avec les médecins, nos chefs. On a aussi accès à des psychologues si on veut. Moi personnellement ça ne m'est jamais arrivé d'aller voir une psychologue, pour ces situations-là, j'arrive en évacuant avec les collègues c'est vrai que, le relationnel avec les collègues c'est, ça compte pour beaucoup beaucoup, quand on est bien au boulot, avec l'équipe soignante, c'est déjà beaucoup beaucoup. Si c'est pas facile, si c'est conflictuel au sein de l'équipe forcément c'est difficile quoi. Après moi je sais que j'ai mon sas de décompression en voiture. J'ai 10-15 min de route, et souvent je repense à la situation dans la journée, et après c'est un peu

automatique quand j'arrive à la maison c'est fini, je n'y pense plus. Vraiment certaine situation très marquante mais au moins un mécanisme de protection c'est un peu, comment dire, c'est un peu automatique quoi. C'est avec l'expérience, quand on est jeune, qu'on a 20 ans, le recul est difficile à prendre, après c'est aussi personne dépendante, le fait de relativiser ça dépend de chacun, de son caractère. Mais l'expérience est forcément un plus dans ces situations là.

ESI : OK, intéressant, j'aurais également aimé connaître ton rapport à la mortalité que ce soit dans ta vie de tous les jours, et dans ta vie professionnelle?

IDE 2 : Euh, dans la vie professionnelle c'est vrai que j'ai, comment dire ça, je relativise beaucoup parce que dans notre service c'est une population assez vieille si tu veux, les maladies qu'on a, les pathologies, beaucoup d'insuffisance respiratoire, d'insuffisance rénale, c'est des patients qui ont déjà vécu et forcément quand, ses gens là, bon 60 ans c'est vrai que c'est encore jeune mais des gens qui ont déjà vécu, je ne me dis pas que c'est pas grave, du tout, mais ça fait relativiser. Il y a des services comme je sais, nos voisins, la réanimation chirurgicale c'est un service qui m'aurait bien plu sur la technique mais je n'irais jamais parce que c'est une population très jeune de patient, et là c'est d'autant plus difficile de voir partir des jeunes, d'avoir à faire à des jeunes enfants, aussi en temps que famille. Là les familles qu'on voit de nos patients, c'est des gens déjà adultes, c'est plus facile à gérer humainement. Donc si tu veux, forcément ça me touche, on a aussi des jeunes, tu vois je te disais le jeune de 18 ans mais euh la plupart sont des gens plutôt âgées, et c'est pas souvent une fin, comment dire, de façon subite et très rapide, c'est souvent des choses plus ou moins attendues. C'est pas comme un accident de la route ou s'est brutal. Nous c'est des maladies, ouais la plupart des maladies c'est des pathologies qui sont déjà existantes, c'était des gens qui connaissaient déjà leur maladie. Donc ça n'empêche pas que ça reste forcément difficile pour les familles tout ça. Après en comparatif avec la vie personnelle c'est un peu difficile à faire. Forcément dans la vie personnelle c'est des choses qui me touchent beaucoup beaucoup beaucoup. Quand c'est des gens qu'on ne connaît pas c'est plus facile de passer outre quoi.

ESI : Quand tu te retrouves dans une situation de soin difficile, ou tu vas te sentir impuissant, comment définirais-tu ton caractère ?

IDE 2 : Euh ... Alors moi au boulot je suis considéré comme un rigolo (rire). C'est un mécanisme de défense, je suis quelqu'un de très sérieux dans mon boulot, je mets un point d'honneur à ce que les choses soient faites en temps et en heure et correctement. Mais à côté de ça je suis souvent le premier à prendre part aux batailles d'eau par exemple tu vois (rire). Et ça c'est vraiment pour, souder l'équipe, pour décompresser, pour dédramatiser certaines situations. Donc forcément y'a du stress,

mais avec ses années d'expérience, souvent il y a des situations d'urgence ou on sait qu'il faut aller vite, ça dépend de notre activité. Donc y'a du stress, mais qui est plutôt maintenant moteur, avec l'expérience, pas que je sais tout mais que j'arrive à faire face à la plupart des situations, c'est un stress plutôt moteur. Je sais que quand j'étais jeune ide, ce stress là n'était pas moteur du tout (rire), ça mettait plutôt des bâtons dans les roues quoi. Quand on est jeune ide, je le vois avec les jeunes arrivés, y'a une perte de moyen forcément, de la panique dans certaines situations, quand il y a des choses qu'on a pas vu ou peu vu, on ne se sent pas forcément à l'aise donc forcément c'est pas trop moteur quoi.

ESI : On arrive donc à ma dernière question, Comment as-tu vécu la pandémie de Covid-19 en terme de prise en soin difficile de patient positifs? Par rapport aux précautions complémentaires dans la prise en soin de patient covid, le flux des patients, à la méconnaissance de la pathologie, triage des patients, arrêts des soins ...

IDE 2 : C'est vrai que ça a été compliqué, c'est vrai que nous à rennes on n'a pas été touché tout de suite tout de suite, on a d'abord accueilli des patients qui venaient de Paris. Donc ça c'était hyper intéressant parce que c'était la première fois qu'on voyait arriver, se remplir, un secteur entier en 1 heure, parce qu'il y avait un train qui était arrivé avec 15 patients. C'était super intéressant, après effectivement le fait de ne pas connaître cette maladie là au départ était très anxiogène, tout était raconté sur ce virus que personne ne connaissait, c'était anxiogène parce qu'on ne savait pas trop comment se protéger, on ne savait pas trop si on pouvait retourner voir ses proches, donc ouais c'était très très très anxiogène quand même. Après par rapport aux patients, ce qui était le plus dur, pour moi, en me mettant à leur place et celle des proches c'était l'absence, ormi les patients qui étaient encore capables de faire des visio, mais sinon c'était dur parce que les familles au téléphone, bah d'une on n'avait pas trop de recul sur cette maladie et ne comprenait pas forcément tout ce qu'on leur expliquait, le fait de pouvoir voir leur proche dans le lit il comprennent assez vite la situation, là c'était pas le cas, c'était difficile de leur faire comprendre cette réalité là. Après ouais tu parlais des précautions complémentaires, j'en ai parlé un peu au début comme quoi on savait pas trop, je pense qu'on sait, et encore maintenant on se sûr-équipe, c'était nécessaire au début puisqu'on ne savait pas. C'est vrai que la depuis quelque temps on a allégé les protocoles mais euh c'était quand même très contraignant de s'habiller et de se déshabiller 20, 30, 40 fois par jour, c'était assez pénible. Après encore une fois en réanimation, on a été très chanceux, parce que on à été normé, on a été en renfort par rapport à d'autres services, notamment, je sais pas si tu connais le service l'UMIP à pontchaillou, en pneumologie ou ils sont confrontés aussi beaucoup, pas forcément avec autant de renfort que

nous, donc je pense que pour eux ça a été d'autant plus difficile. Et comme je te disais à Rennes on a pas été impacté tout de suite, on a pas été en manque de moyens, c'est vrai que je connais des infirmiers dans d'autres parties de la France où ils devaient presque se battre pour avoir un masque chirurgicale, on se dit mais on est où ? On ne se croirait pas en France quoi.

ESI : Est-ce, lorsqu'une nouvelle maladie comme celle-ci arrive, vous recevez des formations ?

IDE 2 : Euh bah, pas tellement, on a appris sur le tas. parce qu'en fait personne ne savait rien, donc euh on s'est très vite habillé avec des choses hermétiques, avec les masques FFP2, très vite, charlotte fin la totale quoi. Y'a pas eu de formation on a appris sur le tas en fait, comme un peu tout le monde. L'équipe médicale était très très présente. C'est vrai que quand c'est arrivé à Rennes on avait un petit peu de recul, par rapport à d'autres pays, on s'est assez vite rendu compte que c'était une pathologie respiratoire qui ressemblait à la grippe, à des choses qu'on savait faire. Notamment je parle de la grippe parce que c'était ce qui se ressemblait le plus en prise en charge. C'est des choses que l'on savait faire. Après, les médecins, nos cadres étaient très présents pour en discuter surtout avec nos craintes, parce que on entendait tout, c'est vrai qu'on ne savait pas non plus. On se douchait tous avant de rentrer le soir, chose qu'on ne faisait pas avant. Parce qu'on a tellement peur de ramener des choses dans nos voitures, et du coup à la maison. Le plus stressant c'était ça, c'était vraiment de risquer de contaminer ma famille, c'était ça qui m'embêtait le plus dans cette histoire au début. très vite les patients, on s'est dit que c'était des choses qu'on savait faire même si ça allait vite, la gravité, les patients se dégradent de façon très brutale. Mais on voyait déjà ça dès fois avec la grippe. Et puis bah là c'était des techniques qu'on connaissait, le traitement c'est l'intubation sous respirateur, décubitus ventral, c'est des choses qu'on faisait. Après ce qui devait être ultra déstabilisant c'était l'afflux de malades, qu'on a pas vraiment connu ici. J'ose imaginer que dans des régions notamment à Paris, ou là, il se sont retrouvés très vite en sous effectif avec des choix à faire de la part des médecins, c'était surtout ça aussi. Ils ont eu des choix à faire, limiter des gens qu'on ne limiterait pas en temps réel, notamment avec les âges et tout. A Rennes il n'y pas eu besoin de faire ça. J'ai pas eu l'impression qu'on limitait les gens de façon abusive en fait. Ça n'a pas été ressenti ici.

ESI : Avec ce que tu viens de me dire sur le fait d'avoir peur de contaminer tes proches ainsi que l'afflux de malades, comment est ce cela impacte la prise en charge du patient, de sa douleur psychologique par exemple ?

IDE 2 : Ça impacte indirectement et chose qui était déjà connue avant, tous les patients qui sont placés en isolement, et ça c'est connu, les patients isolés ont une mortalité plus grande. Parce qu'on y va moins souvent dans la chambre du fait de la contrainte de s'habiller, la peur d'être contaminé.

Donc ça, ça a forcément un impact sur la mortalité, et ça, c'est vrai qu'on en est tous conscient et c'est difficile mine de rien aussi d'accepter. Il y a aussi la rengaine, la répétition des cas. Ça, ça a un impact je pense beaucoup. Je parle pour moi mais aussi de façon générale ce que j'ai observé. C'est vrai qu'avec le covid y'a quelque chose qui était assez récurrent, c'est que les patients quand ils étaient endormi dans un coma la plupart du temps, ça arrivait déjà avant pour les assurances respiratoires, quand on les réveillait, ça se passait plus ou moins bien mais en général ça se passait plutôt bien. Avec le covid on sait que la plupart du temps les 1ère fois, 2ème fois ça ne se passe pas bien, du coup on est obligé de rendormir les gens, l'agitation, et donc forcément ça a été toujours un peu la même chose, avec des prise en charge qui sont allongées, durées de séjour qui ont été beaucoup plus longues. Et donc une lassitude je pense des soignants là-dedans. En sachant pertinemment que oui on va essayer de le réveiller parce que ça va un petit peu mieux mais on sait déjà que ça ne va pas bien se passer. Et donc ça a forcément créé ouais de la lassitude, de l'énervement. Pas forcément de ma part mais certains collègues j'ai pu remarquer et je peux comprendre. Et moi j'ai ressenti beaucoup de rengaine, ça c'est sûr. Avec des prises en charge qui se répétaient qui se ressemblaient. Et forcément ça a impacté sur la prise en charge. Et ce qui a pris place maintenant aussi, c'est la différence de traitement des patients qui sont non vaccinés de façon volontaire, qui refusent le vaccin et qui se retrouvent en réanimation. Et ça, là par contre ça à amené à un sentiment que je ne connaissais pas forcément, que j'avais pas forcément vu dans le service, c'est-à-dire limite on en venait à penser que s' ils en étaient arrivés là c'est que c'était eux qui l'ont voulu quoi . Et on a pu observé sur certaines des situations avec des patients qui n'étaient pas forcément toujours agréables, pas vaccinés et là on a vu, même moi ça m'est arrivé si tu veux, de répondre à des patients, je n'aurais jamais fait ça avant mais pas leur dire qu'ils l'avaient bien cherchés mais que finalement s'ils sont là c'est que c'était de leur faute. Alors que tu vois c'est pas des choses qu'on disait à des gens qui venaient là pour une détresse respiratoire qui fumaient depuis 40 ans. Ils jouaient un peu avec le feu certes mais c'est pas quelque chose qu'on leur reprochait. Par contre on avance depuis quelque temps, on reproche ses choses là aux patients qui en sont pas vaccinés parce qu'on sait très bien ce que ça entraîne derrière, c'est-à-dire que le covid est encore présent, on vaccine les enfants parce que certains adultes ne se vaccinent pas donc ça c'était un sentiment assez nouveau, un peu de rancœur en fait.

ESI : Ok, et bien merci d'avoir donné de ton temps pour répondre à mes questions, c'était très intéressant.

IDE 2 : Eh bien de rien c'était avec plaisir, bonne continuation à toi.