

Électroconvulsivothérapie : entre intensité et tension émotionnelles

Récit d'un étudiante infirmière accompagnant, pour la première fois, une patiente à une séance d'ECT

Stéphanie JOUIN BEAUCOURT, étudiante infirmière
IFSI – PFPS CHU de RENNES

Préface

Accompagner des étudiants infirmiers dans leur processus de professionnalisation est toujours un privilège. Cela l'est d'autant plus lorsque l'étudiant vous autorise à accéder à ses intentions, à ses préoccupations, à sa vulnérabilité lors d'expériences émotionnellement intenses pour lui. Vous pouvez alors découvrir la situation de soins avec les yeux de l'apprenant. S'offre alors à vous un monde authentique, d'une richesse infinie, loin des standards et de vos représentations de soignant aguerri. Vous vous surprenez à découvrir, à redécouvrir des situations de soins avec un regard neuf ... Et surtout, vous mesurez combien la construction d'une posture professionnelle est hésitante, jalonnée de tâtonnements, empreinte de doutes, de dilemmes et de questionnements. Vous mettez à jour combien apprivoiser ses émotions et notamment l'attachement à des patients vulnérables est un apprentissage des plus complexes. Sans doute n'a-t-on pas assez d'une vie professionnelle pour l'éprouver...Peut être l'aviez-vous oublié ...

Les analyses d'activité ou de situation requises lors de stages sont des vecteurs précieux pour explorer ce processus de professionnalisation des étudiants infirmiers. Pourvu que ces étudiants envisagent cet exercice comme une réelle opportunité de développer une démarche réflexive et de questionner leur pratique. Et parfois, vous découvrez une analyse de situation qui sort du lot ... Par son format atypique, par la sincérité du propos, par l'acuité de la démarche et par la nature du soin exploré ... Je vous propose de vivre l'expérience et de rejoindre Stéphanie JOUIN BEAUCOURT, étudiante infirmière de S4 lors de son stage en admissions psychiatriques. Laissez-vous embarquer ...

Pascale Mancheron, cadre de santé formateur, IFSI – PFPS CHU de Rennes

L'opportunité de bousculer mes représentations ...

Au cours de ma troisième semaine de stage S4 en unité d'admissions psychiatriques, j'ai saisi l'opportunité d'accompagner à sa quatorzième séance d'électroconvulsivothérapie (ECT) l'une des patientes dont je m'occupais. J'avais pris soin, au préalable, d'obtenir son consentement. Il s'agissait pour moi, outre le fait d'accompagner au mieux la patiente, de faire "tomber" cette représentation que j'avais sur les ECT à savoir une pratique assez "archaïque et barbare" qui avait toujours cours en 2021 et dont on ne parlait que très peu. Afin de me préparer au mieux à cette expérience, j'avais pris soin de me replonger dans les cours dispensés à l'IFSI en lien avec l'UE 2.6 S2 « Processus psychopathologiques ». J'avais essayé d'engranger un maximum d'informations : indications, contre-indications, bénéfices/risques, déroulé du soin et rôle infirmier (préparation administrative en amont de la séance et surveillances en aval de la séance). J'avais également visionné une vidéo mise à disposition par les formateurs. Ces jalons m'apparaissaient nécessaires pour appréhender au mieux ce soin qui me déroutait.

Une patiente singulière ...

Il me semble essentiel de vous présenter la patiente concernée. Cette personne, que je nommerai Mme G, est âgée de 44 ans. Elle vit seule, n'a pas d'enfant et a peu d'amis. Sa famille est éloignée géographiquement. Des antécédents dépressifs sont documentés dès ses 13 ans. Depuis quelques mois, Madame G. est en arrêt maladie suite à une fracture de la malléole. Ce qui a engendré une recrudescence de ses ruminations anxieuses qui sont devenues permanentes et invalidantes. Par ailleurs, quelques jours avant son hospitalisation, Madame G. tenait

des propos délirants au téléphone : elle était persuadée que sa mort était imminente car elle avait senti que son cerveau avait "craqué". La situation s'aggravant rapidement, elle a été hospitalisée en SDTU (Soins à la demande d'un tiers urgent) à la demande de son médecin traitant et de sa sœur.

Tout au long de mon stage, Madame G. est restée anxieuse et parfois délirante, notamment lorsqu'elle abordait les traits de son visage qui, selon ses dires, se déformaient. Elle avait au quotidien des questionnements permanents sur son état de santé général, sur les thérapeutiques instaurées et leurs effets secondaires. En revanche, elle n'abordait jamais explicitement son épisode dépressif majeur d'allure mélancolique. Elle refusait le diagnostic posé. Parfois, elle parvenait à se projeter dans un avenir mais de manière assez désorganisée. Elle tentait de retisser petit à petit des liens sociaux notamment avec les membres de sa famille par téléphone et avec certains patients avec qui elle partageait des jeux de société.

Son histoire de vie m'a touchée ... Je l'observais beaucoup, pas seulement parce que l'équipe me l'avait confiée mais parce qu'elle avait le même âge que moi à quelques jours près ... Et pourtant, nous avons des parcours de vie si différents... J'avais de l'empathie pour elle. De la sympathie peut être ... Je n'en suis pas certaine... Une proximité s'est installée rapidement entre nous. Le contact était bon même si, certains jours, elle échangeait peu avec moi, ce que je respectais. Je m'adaptais ainsi à elle, au gré de sa thymie, de ses besoins et de ses attentes.

Une projection méticuleuse ...

La veille de la séance d'ECT, je prépare avec attention le dossier administratif et vérifie le dossier d'anesthésie. Je prends connaissance du consentement écrit et signé par Madame G. ainsi que des EEG et des comptes rendus médicaux relatant les séances précédentes. Je récapitule avec l'infirmière de proximité les missions qui me seront confiées le lendemain: réveil de la patiente, administration de la prémédication, évaluation de la thymie, mesure des paramètres vitaux (pouls, pression artérielle, température corporelle). Puis, j'assurerai les surveillances post séance en évaluant les paramètres vitaux toutes les 5 minutes durant 30 minutes (pression artérielle, pouls, saturation pulsée en oxygène, céphalées, nausées, vomissements, conscience, orientation temporo spatiale, agitation, anxiété, pleurs). Je suis fière de la confiance accordée par l'infirmière. Je ressens, cependant, un peu d'appréhension car, lors des séances précédentes, la patiente a présenté une asthénie et des céphalées importantes. Un autre point me préoccupe : la patiente accepte mal les séances car elle se sent « forcée » d'accepter ce soin au regard de son mode d'admission (SDTU). Comment s'assurer du consentement éclairé dans un tel contexte ? Cela me semble bien complexe et quelle responsabilité ... J'essaie d'intégrer au mieux toutes ces données afin d'être prête le jour J.

Des dilemmes dès le réveil ...

A mon arrivée dans l'unité, je lis les transmissions de l'équipe de nuit. J'y apprends que la patiente a mal dormi et qu'elle a présenté une anxiété majeure au regard de la séance d'ECT. J'informe l'équipe que je vais réveiller la patiente. Les professionnels me précisent qu'ils restent disponibles en cas de besoin. J'apprécie cette confiance donnée et la sécurité apportée.

A mon entrée dans la chambre, la patiente dort encore. Je la réveille doucement. Je me présente et explique à Mme G. l'objet de ma venue en tenant un discours calme et posé. Il m'est difficile de brusquer les patients à certains moments pour réaliser les soins car j'ai la sensation de ne pas respecter leur rythme. Mais aujourd'hui, je n'ai pas le choix : le transport sera là dans 30 minutes. Il me faut faire cohabiter au mieux confort et contrainte logistique.

Mme G. parle peu. Elle est calme et accepte ma présence. Avec son accord, je lui prends la pression artérielle, le pouls et la température. Je m'assure qu'elle n'a ni bijou, ni vernis, ni lunettes et qu'elle est bien à jeun. Elle souhaite enfiler seule sa chemise. Je lui propose de revenir dans 15 minutes.

A mon retour, Madame G. apparaît plus fébrile. Elle me fait part de son anxiété et de sa non adhésion à sa séance d'ECT. Selon elle, cela « ne sert à rien car il n'y a aucune amélioration ». Voilà l'un des moments que j'appréhendais ... Je me sens tiraillée entre le besoin d'écoute active exprimé par la patiente et ma responsabilité soignante d'organiser au mieux le soin : ce qui passe par le respect des horaires. Je tente de la rassurer en lui précisant que les séances sont un complément à son traitement médicamenteux et qu'il est important que ses

séances soient régulières pour assurer son mieux être. En outre, à compter de la semaine suivante, il est prévu que les séances soient espacées.

La patiente m'écoute. Puis, elle me répond simplement "oui". Est-ce l'expression d'un consentement ? Mes propos ont-ils suffi à la reconforter, à la convaincre ? Je suppose que oui mais, même a posteriori, le doute persiste ...

En attendant ...

Le brancardier nous attend avec l'ambulance. Le trajet vers le bâtiment réservé aux séances d'ECT ne dure que quelques minutes. En silence.

Une fois arrivés à destination, nous nous installons dans une salle, attendant qu'une infirmière vienne nous chercher pour rejoindre la salle d'intervention. Je ne sais pas comment me comporter vis-à-vis de Mme G. Je l'observe avec attention mais elle ne me regarde pas. Elle est mutique. Soudain, elle lève le regard vers moi. Ce dernier n'exprime aucune émotion particulière. Je me rapproche d'elle. Je lui souris malgré mon masque chirurgical tout en la regardant fixement dans les yeux. Je veux lui témoigner une présence rassurante et être un repère dans cet endroit qui m'apparaît impersonnel et froid. Je crois lire dans son regard qu'elle a compris que j'étais là pour elle. Puis, son regard décroche et va fixer le plafond.

Je m'interroge : "*À quoi peut-elle penser à ce moment précis ? Quel est son ressenti ? Quelles sont ses craintes ? A-t-elle des attentes vis-à-vis de moi ?*". Je n'ose pas lui poser ces questions ... Le silence est pesant ... Je ne sais pas, je ne sais plus quelle posture adopter ... L'équilibre est fragile ... Je ne veux pas la déstabiliser davantage à quelques minutes de la séance ... Mes questions restent et resteront en suspend ... Aurais-je dû agir différemment ?... Je ne le sais pas ...

Nous y sommes ...

Après quelques minutes, nous entrons dans la pièce réservée aux séances d'ECT. Je scrute cet endroit qui me fait penser à la salle d'opération que j'ai découverte lors de mon dernier stage en orthopédie. L'infirmière accompagnante et moi-même enfilons une charlotte et un tablier à usage unique sur notre tenue. Deux autres infirmières sont présentes. Un anesthésiste et une interne en médecine attendent sans nous parler.

Mme G. est rapidement installée sur un lit. Une infirmière la dévêt ; une seconde lui pose déjà les électrodes sur les tempes, le crâne et la poitrine. Mme G. est mise sous scope. Tout va très vite ! J'essaie de comprendre le protocole mais cela est difficile : personne ne parle ... J'avance donc à l'aveugle et essaie de faire preuve de logique en me rappelant ce que j'ai appris en cours.

L'anesthésiste s'y reprend à deux fois pour poser le cathéter veineux court. Madame G. ne réagit pas ... Une infirmière pose le masque à oxygène et la seconde injecte déjà le produit anesthésiant. Tout s'enchaîne ...

Mme G. s'endort rapidement mais ses yeux ne se ferment pas : l'anesthésiste les ferme avec ses doigts. C'est quelque chose qui m'interpelle : comme si Mme G. ne voulait pas s'endormir...

L'interne en médecine se dirige vers l'appareil qui enregistre les ondes de l'EEG et donne soudainement son accord pour commencer la séance en prononçant "*on y va !*". L'une des infirmières me dit : "*tenez-lui les jambes lors de la crise convulsive*".

Je me tends : tout va trop vite pour moi !!! Mécaniquement, mes bras se posent sur les jambes de Mme G. Je ne veux pas nuire au bon déroulement de la séance. Pour protéger Mme G. qui commence à convulser mais aussi pour l'équipe.

Je n'ai jusque-là jamais vu quelqu'un qui convulse... Cela m'impressionne ... Je suis mal à l'aise face à ce corps que j'ai l'impression de voir "bondir". J'ai l'impression qu'on "force" quelque chose qui pourrait blesser Mme G. Je tente de rationaliser ... Je me répète en boucle : « *Cette séance est faite pour la soigner, pour améliorer sa pathologie. Cela va l'aider. C'est un soin, une thérapeutique.* »

Des émotions qui se bousculent ...

C'est précisément à ce moment que je prends conscience que je me suis attachée à Mme G... Pourquoi est-ce que je ressens autant d'émotions alors que je n'en n'ai pas ressenties lorsque j'ai assisté à trois opérations chirurgicales sanglantes en orthopédie ?

Sans doute parce que je ne connaissais pas les patients opérés en orthopédie alors que je prends soin de Mme G. au quotidien depuis trois semaines. Je suis sensible à son histoire de vie. J'aimerais qu'elle puisse se stabiliser et vivre mieux avec sa maladie. J'aimerais qu'elle puisse se réinscrire dans la vie ... J'aimerais ...

Mes émotions occupent indéniablement une place dans mon raisonnement clinique avec certains patients et à certains moments des soins. Je prends conscience qu'il faudra par la suite que j'apprenne à les détecter et à les gérer au mieux, notamment lorsque je connais les patients.

Cependant, ces émotions font partie de moi : il me sera difficile de les contenir car je sais que je suis une personne sensible mais il faudra que je trouve la juste distance pour qu'elles n'entraient pas mon rôle de soignant. Ces émotions sont aussi, selon moi, une qualité car nous restons des êtres humains et j'ai choisi ce métier car il porte des valeurs qui ont du sens pour moi. Rassurer, accompagner et tenir compte de la singularité de chacun des patients qui nous sont confiés est pour moi complémentaire au savoir-faire d'une infirmière. Le savoir être, la proximité avec les patients sont aussi un soin, tout comme les soins techniques que nous assurons au quotidien. Quand les patients me remercient parfois d'avoir été présente et d'avoir échangé à leurs côtés en tenant compte de leur singularité tout en dispensant les soins nécessaires durant leur hospitalisation, cela signifie beaucoup pour moi. Je prends en compte leurs remarques comme un gage de qualité de mon travail qui me fait progresser et confirme que j'ai fait le bon choix en choisissant ce métier.

Une poignée de secondes ...

26 secondes ... La crise convulsive de Mme G. a duré 26 secondes. 26 longues secondes ... L'interne met fin à la séance. Elle annonce brièvement : *"on arrête"*. Tout s'enchaîne à nouveau ... Tout aussi rapidement que lors de la préparation ... Les infirmières retirent les électrodes ; l'anesthésiste attend que Madame G. se réveille ... Cela n'a pris que quelques minutes... Nous transférons la patiente sur un brancard pour rejoindre la salle de réveil attenante à la salle d'intervention. Deux autres patients scopés sont déjà présents. Une infirmière de leur unité assure les surveillances post séance.

L'IDE du service ECT branche les fils du scope et pose les lunettes à oxygène avec un débit de 6L/minute. Puis, elle nous donne les consignes : *"Je vous laisse faire les surveillances, baisser le débit de l'oxygène en fonction de l'état de votre patiente ; puis, quand le brancardier arrivera, merci de nettoyer les fils du scope et le matelas avec les lingettes à disposition. Enlevez les draps avant de partir"*.

Je suis surprise ... Cela me semble tellement standardisé... Tellement déshumanisé et déshumanisant ... Mais je comprends que l'efficacité est de mise : les patients arrivent les uns après les autres ... L'infirmière qui m'accompagne me propose de remplir la "check list" des surveillances à réaliser. J'accepte volontiers : cela me réjouit car je reprends à nouveau soin de Mme G. Je vérifie et note, selon le protocole, ses constantes (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) toutes les cinq minutes pendant 30 minutes. Dans l'intervalle, j'observe attentivement Mme G. qui se rendort. J'observe avec attention son visage, l'amplitude de ses mouvements respiratoires ... Je ne peux pas m'empêcher de lui tenir, à certains moments, la main.

Après dix minutes et compte tenu des paramètres vitaux satisfaisants, l'infirmière réduit le débit d'oxygène à 4L/minute. Elle me propose de prendre le relai. Je décline l'offre : *"non merci, j'aimerais continuer"*. C'est ma mission, ma responsabilité, ma patiente ... L'attachement parle ...

De nouveau, parmi nous ...

Madame G. se réveille progressivement. Elle commence à répondre à mes questions. J'évalue son état de conscience, son orientation spatio-temporelle en lui posant des questions simples comme : *"savez-vous où nous sommes"*, *"Pourquoi sommes-nous ici"*. J'explore également l'existence de potentiels nausées, vomissements ou douleurs. Madame G. va bien. Elle est consciente, orientée. Elle ne manifeste aucune douleur. Ses paramètres vitaux sont satisfaisants. En accord avec l'infirmière, je retire les lunettes à oxygène. J'ai l'impression que je respire à nouveau. Je me surprends à être rassurée ... Rassurée de n'avoir pas eu à gérer une potentielle situation d'urgence et rassurée de retrouver Madame G. Elle est là ... Présente ... Je vais pouvoir la raccompagner dans l'unité.

Le brancardier se présente au même moment dans la salle. Nous libérons Mme G. de tous ses appareillages. La patiente nous aide lors du transfert sur le brancard. L'infirmière me précise qu'elle va raccompagner madame G. et me demande si je peux assurer le nettoyage puis rentrer à pied. J'accepte même si j'étais un peu déçue, frustrée : j'aurais préféré raccompagner Madame G. ; mais, il faut que j'assure cette mission en pensant aux autres patients qui vont rejoindre la salle de réveil. Je procède ainsi à la désinfection du lit et je nettoie avec précaution les fils du scope. Enfin, je retire les draps et nettoie le matelas, comme demandé.

Je remercie l'équipe d'avoir accepté que j'assiste à cette séance. L'une des infirmières me remet un fascicule sur l'électroconvulsivothérapie. Je vais le lire avec attention pour mieux comprendre, avec recul, l'intérêt d'une méthode qui me semble encore assez brutale.

Chemin faisant ...

En rentrant à pied vers l'unité d'admissions psychiatriques, je repense à ce que j'ai vécu, depuis le réveil de Mme G. jusqu'à son départ vers l'unité. Au fil des pas, mes émotions s'apaisent. Je commence à prendre du recul ... Je n'ai pas été très à l'aise durant ce soin. Je mesure combien j'ai été bousculée. Bousculée dans mes représentations, dans mes valeurs, dans mes émotions, dans mes limites ... J'ai appris ... Je sais maintenant comment se déroule une séance d'ECT. Je sais préparer une patiente dans la perspective d'un tel soin. Je sais la surveiller. Je sais ... Mais, je crois que mon plus grand apprentissage est ailleurs ... Dans la perception de cette frontière si ténue entre l'empathie et la sympathie ... Dans le tumulte des émotions qui m'animent et qui font ce que je suis ... Dans la puissance insidieuse de l'attachement ... Dans l'épreuve de la juste distance qui se cherche ... Dans la perception de la vulnérabilité d'un patient ... Une vulnérabilité qui touche et qui oblige le soignant ... Que c'est complexe !... J'apprends ...

Lorsque j'arrive dans l'unité, Madame G. s'est rendormie. Son visage est détendu. Je la laisse dormir. Je reviendrai dans 30 minutes pour mesurer ses paramètres vitaux et apprécier sa conscience. Je la sens paisible

...