

**Institut de Formation en Soins
Infirmiers de l'E.R.F.P.P du
G.I.P.E.S) d'Avignon et du
Pays de Vaucluse.**

BENEDIT Mélanie
Promotion 2018/2021

Travail de fin d'études.

Le travail émotionnel des infirmiers, facteur de prise en charge de la douleur induite.



<https://www.dessins-urgence.fr/produit/emotions-soignant>

Unité d'enseignement 3.4 S6 ; 5.6 S6 ; 6.2 S6

Initiation à la démarche de recherche ; Analyse de la qualité et traitements des données scientifiques et professionnelles ; Anglais

Date de rendu : 24/05/2021

Directeur de mémoire : CANEVAROLO Sandra

Note aux lecteurs : « *Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une formation au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du G.I.P.E.S d'Avignon. Il ne peut faire l'objet d'une publication partielle ou totale sans l'accord de son auteur et de l'établissement.* »

SOMMAIRE

| | |
|--|------------------|
| <u>INTRODUCTION.....</u> | <u>1</u> |
| <u>I. SITUATION D'APPEL</u> | <u>2</u> |
| <u>II. QUESTIONNEMENT ET QUESTION DE DÉPART</u> | <u>6</u> |
| 1. QUESTIONNEMENT | 6 |
| 2. QUESTION DE DÉPART | 9 |
| <u>III. CADRE DE RÉFÉRENCE</u> | <u>10</u> |
| 1. LES SOINS INFIRMIERS :..... | 10 |
| 1.1. DÉFINITION | 10 |
| 1.2. CADRE RÉGLEMENTAIRE ET LÉGISLATIF DE L'INFIRMIER DIPLÔMÉ D'ÉTAT | 11 |
| 1.3. LES CONCEPTS ET THÉORIES DU SOIN | 14 |
| 1.4. LA PLACE DE LA RELATION DANS LES SOINS, LA DIMENSION SOCIALE | 16 |
| 2. LA DOULEUR INDUITE ET SA PRISE EN CHARGE : | 20 |
| 2.1. DÉFINITION | 20 |
| 2.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEURS INDUITES | 22 |
| 2.3. LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR INDUITE | 27 |
| 3. LES ÉMOTIONS : | 36 |
| 3.1. DÉFINITION | 36 |
| 3.2. LES DIFFÉRENTES ÉMOTIONS | 38 |
| 3.3. LES MÉCANISMES DE DÉFENSES | 43 |
| 3.4. L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE | 47 |
| <u>IV. ENQUÊTE EXPLORATOIRE SUR LE TERRAIN</u> | <u>51</u> |
| 1. MÉTHODOLOGIE | 51 |
| 1.1. CHOIX DE L'OUTIL : | 51 |
| 1.2. POPULATION ET LIEUX D'INVESTIGATION : | 53 |
| 1.3. TRAITEMENT DES DONNÉES | 54 |

| | |
|---|------------------|
| <u>V. ANALYSE DES ENTRETIENS.....</u> | <u>55</u> |
| 1. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS..... | 55 |
| 1.1. SYNTHÈSE ENTRETIEN N°1 : NOÉMIE ÉTUDIANTE INFIRMIÈRE EN TROISIÈME ANNÉE. | 55 |
| 1.2. SYNTHÈSE ENTRETIEN N°2 : JOHANNA, INFIRMIÈRE DANS LE SERVICE D'ACCUEIL DES LITS MÉDICALISÉS (LAM). | 56 |
| 1.3. SYNTHÈSE ENTRETIEN N°3 : ANTHONY INFIRMIER AUX URGENCES. | 58 |
| 1.4. SYNTHÈSE ENTRETIEN N°4 : BLANDINE, INFIRMIÈRE DANS UN CABINET LIBÉRAL. | 60 |
| 2. ANALYSE CROISÉE..... | 64 |
| 2.1. LES SOINS CONSIDÉRÉS COMME DIFFICILES | 64 |
| 2.2. LA DOULEUR INDUITE | 66 |
| 2.3. LES ÉMOTIONS | 72 |
| LES ÉMOTIONS DANS LES SOINS EN GÉNÉRAL. | 72 |
| LES ÉMOTIONS LORS DE LA RÉALISATION DE SOINS DOULOUREUX. | 74 |
| LA GESTION DES ÉMOTIONS | 76 |
| L'EXTÉRIORISATION DES ÉMOTIONS. | 79 |
| LA PRATIQUE INFIRMIÈRE PARTICULIÈRE EN MILIEU LIBÉRAL. | 80 |
| 3. DE LA CONCLUSION DE L'ANALYSE CROISÉE À LA PROBLÉMATISATION | 82 |
| <u>CONCLUSION</u> | <u>86</u> |
| <u>BIBLIOGRAPHIE :</u> | <u>89</u> |
| <u>ANNEXES :</u> | <u>I</u> |
| 1. ANNEXE 1 : LES FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LA DOULEUR. | I |
| 2. ANNEXE 2 : PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS..... | II |
| 3. ANNEXE 3 : LETTRE D'AUTORISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : | III |
| 4. ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN : | V |
| 5. ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS. | VI |
| 6. ANNEXE 6 : TABLEAUX D'ANALYSE DES ENTRETIENS | XVII |
| RÉSUMÉ – ABSTRACT..... | XXXV |

Introduction

Ce travail personnel s'inscrit dans le cadre de la formation et de l'obtention du Diplôme d'État Infirmier. Il valide l'Unité d'Enseignement (UE) 3.4, semestre 6 : « Initiation à la démarche de recherche ».

Étudiante en troisième année à l'Institut en Soins Infirmier du G.I.P.E.S d'Avignon, j'ai pu réaliser de nombreux stages les uns plus apprenant que les autres. J'ai par conséquent été confronté à observer voire participer à plusieurs situations ayant suscité chez moi des émotions que je n'ai pas toujours su camoufler et un questionnement auquel je n'ai pas toujours pu apporter de réponses. Lors de mes bilans de stages, mes encadrants ont souvent mis en avant le relationnel que je peux avoir avec les patients. Cependant une remarque m'a été faite : « apprenez à vous protéger, vous devez veiller à ne pas vous laisser déborder par une implication qui pourrait envahir votre vie personnelle ».

La relation avec le patient est un élément central des soins. Personne, aujourd'hui ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soins. La relation de soin est une relation professionnelle ce qui implique des rapports entre soignants et soignés codifiés, presque protocolisés. Ceci permet peut-être aux soignants de diminuer la charge affective et cognitive lors de leurs prises en charge or, la réalisation des soins auprès de personnes confronte les soignants à des situations nécessitant d'infliger la douleur, de s'introduire dans l'intimité d'une personne ou de la contenir. Face à de telles situations au sein d'une prise en charge nécessitant une relation de soins et malgré les codes et les protocoles je me demande comment la charge affective peut-elle ne pas être prise en compte. Finalement, Qu'en est-il de la prise en compte des émotions auxquelles sont confrontés les professionnels de santé ?

Ce travail exposera dans une première partie une situation d'appel vécue et choisie afin de développer dans une deuxième partie un questionnement. De ce questionnement découlera une problématique me permettant de définir et d'aborder le thème de mon travail de recherche. La troisième partie de ce travail consistera à définir un cadre de théorique principalement centré sur les différents concepts de mon sujet. De plus, j'exposerai dans une quatrième partie l'enquête exploratoire que j'ai réalisé auprès de 4 infirmiers ce qui me permettra de confronter la théorie avec la réalité de la pratique infirmière et ainsi affirmer, infirmer ou nuancer nos recherches. Pour finir nous conclurons et exposerons une question de recherche initiant la continuité de notre réflexion.

I. Situation d'appel

J'effectue mon premier stage de première année au sein d'un service de SMIAP (Service de Médecine Interne et d'Infectiologie Aigüe Polyvalente).

Au cours de ma deuxième semaine de stage, nous accueillons au sein du service madame Privat pour altération de son état général et chutes à répétitions.

Elle est âgée de 88 ans, est diabétique non insulino dépendante, fait de l'hypertension artérielle et a de l'arthrose.

Mme Privat vit à domicile avec son fils qui est son principal aidant, elle a aussi un deuxième fils présent. À son arrivée dans le service, nous constatons des ecchymoses sur tout le corps de la patiente.

Le deuxième fils de Mme Privat qui est présent lors de son premier jour d'hospitalisation, souhaite nous parler, et nous explique qu'il s'inquiète du quotidien de sa maman, puisque son frère avec qui la patiente vit, aurait des problèmes liés à l'alcoolisme.

Lors de son hospitalisation madame Privat dit avoir des vertiges, elle croit tomber alors qu'elle est allongée sur le lit et lorsque nous réalisons des soins elle a constamment peur que nous la fassions tomber ou que nous lui fassions mal.

Nous nous demandons par conséquent si cela est dû à ses chutes à répétition à la maison qu'elle « revit » et dans quelles circonstances celles-ci peuvent être traumatisantes pour elle.

Au vu des constats fait sur Mme Privat (ecchymoses), l'équipe pluridisciplinaire décide d'organiser une enquête sociale afin de s'assurer que madame n'est pas délaissée ou maltraitée.

Après avoir vu les assistantes sociales et le médecin qui ont contactés les infirmières à domicile et pris rendez-vous avec son fils en question, il en a été conclu qu'elle n'était pas en situation de maltraitance, ni de danger, et que toutes les aides possibles étaient déjà mise en place.

Tout au long de son séjour nous avons essayé de faire en sorte qu'elle se sente rassurée avec nous, de jour en jour nous avons réussi à gagner sa confiance ce qui a espacé ses angoisses mais sans totalement les faire cesser.

Lors d'un change, nous avons constaté avec l'aide-soignante que madame Privat n'a pas uriné dans sa protection qui n'a pas été changé depuis plus de 4 heures. De plus elle se plaint d'avoir mal dans le bas ventre.

Par conséquent nous décidons (grâce au protocole qui le permet car le bladder scan se réalise sous prescription médicale) de réaliser un examen avec le bladderscan afin de déterminer quel volume d'urine elle a dans la vessie. Le bladderscan est un dispositif médical permettant de déterminer qu'elle volume d'urine est contenu dans la vessie par le biais d'un capteur volumétrique 3D.

Après l'examen nous constatons que madame Privat a environ 586 ml d'urine dans la vessie. Sachant que l'envie d'uriner est ressentie dès 300 ml et que la vessie ne peut contenir plus de 500 à 600 ml.

Nous constatons donc qu'elle est en globe vésical par conséquent l'équipe soignante demande oralement au médecin si l'on peut procéder au sondage vésical à demeure en système clos, ce qu'il accepta. (Si absence de médecin il existe un protocole).

L'infirmière prend par conséquent tous les dispositifs qu'il lui faut pour son soin et demande à plusieurs stagiaires si nous voulons venir observer ce soin.

Nous arrivons donc dans la chambre à 5 (l'infirmière, l'aide-soignante et 3 stagiaires). L'aide-soignante explique à madame Privat le soin que nous allons pratiquer pendant que l'infirmière prépare tout ce dont elle a besoin pour réaliser son soin. Lorsque l'infirmière a fini de préparer son soin elle ré explique elle-même ce qu'elle va faire à la patiente et tente de la rassurer car madame Privat commence à se crispier. Madame Privat reste silencieuse mais ne refuse pas la réalisation du sondage urinaire à demeure que nous lui avons expliquer. Avant le début de la réalisation du soin je mets en place le paravent qui est un système utilisé dans les chambres doubles afin de pouvoir réaliser les soins d'un patient sans que le second patient puisse voir les soins réalisés au voisin de chambre.

L'aide-soignante se met d'un côté du lit au niveau des jambes de la patiente et me dit de me mettre face à elle. Elle m'explique qu'il faut que nous lui écartions les jambes pour que l'infirmière puisse voir comme il faut l'anatomie de la patiente afin de réaliser le soin dans les meilleures conditions possible. Nous tentons donc de lui écarter les jambes mais sans succès car elle se crispe et se met à crier comme elle le fait lorsqu'elle a l'impression de tomber. De plus elle a de l'arthrose ce qui complique la mobilité de ses jambes. Par conséquent l'aide-soignante demande à une autre stagiaire (Chloé) de venir se mettre près de la tête de madame Privat, de lui tenir la main et de lui parler afin d'essayer de la rassurer ce qu'elle fait et qui marche un minimum puisque madame Privat arrête de crier et regarde avec insistance Chloé. L'aide-soignante me dit par conséquent de prendre sa jambe d'une certaine façon pour ne pas

lui faire mal puis de ne pas hésiter à forcer sur sa jambe pour l'écarter un maximum ce que je fais mais qui est difficile car les jambes de la patiente sont vraiment très contractées et ses articulations bloquées. Nous mettons donc toute notre force pour maintenir et « contentionner » madame Privat pour éviter qu'elle bouge et permettre à l'infirmière de réaliser le sondage.

Par la suite l'infirmière commence donc son soin en installant son champ stérile autour des parties intimes de la patiente puis procède au nettoyage et à la désinfection de celles-ci. L'infirmière et l'aide-soignante se concertent sur l'endroit où se trouve le méat urinaire car celui-ci est difficilement repérable.

L'infirmière procède à une première tentative. Madame Privat nous fait part de sa douleur oralement puisqu'elle hurle « aïe, aïe, aïe, vous me faites mal ! ». Nous ressentons sa douleur car ses jambes se crispent encore plus et par conséquent sont difficile à maintenir écartées. Malheureusement cette tentative n'aboutit pas car il n'y a pas de retour d'urine dans la sonde. L'infirmière retire donc la sonde et madame Privat émet encore un cri de douleur.

L'infirmière réalise une nouvelle tentative avec cette même sonde. Elle fut tout aussi douloureuse pour la patiente et n'a encore une fois pas aboutit à cause d'un non-retour d'urine. Afin de réaliser une autre tentative l'infirmière décide de prendre une autre sonde car la première était stérilisée. Elle choisit une sonde de plus gros calibre (CH 16) afin que la sonde soit plus rigide pour faciliter le passage du méat.

Pendant qu'elle se prépare sont matériels nous essayons de rassurer la patiente mais nous tenons encore ses jambes écartées ce qui commence à être douloureux pour elle et aussi pour l'aide-soignante et moi-même car nous ne pouvons arrêter de forcer et nos bras s'engourdissent. L'aide-soignante en même temps essaie d'améliorer la position de la patiente pour la vision de l'anatomie en surélevant son bassin grâce aux fonctions du lit et tente d'analyser l'anatomie de la patiente afin d'être sûr de la localisation du méat. L'infirmière et l'aide-soignante se concertent et l'infirmière procède à la troisième tentative de sondage vésical. Cette tentative fut aussi douloureuse pour la patiente qui exprime sa douleur (gémissements, cri et crispation du visage) mais ce fut une réussite, le retour d'urine se fit avec succès et l'infirmière a fini son soin en injectant l'eau stérile dans le ballonnet afin que la sonde vésicale reste bien en place dans la vessie.

Le soin est terminé, nous pouvons dire à madame Privat que c'est fini, la rassurer, enlever le champ stérile qui durant le soin fut endommagé, relâcher les jambes de la patiente délicatement et la réinstaller correctement dans son lit. L'infirmière range son matériel pendant que l'aide-

soignante essaie de rassurer la patiente : « C'est terminer madame Privat, nous avons réussi à vous mettre une sonde vésicale vous n'aurez plus de soucis à vous faire pour aller uriner. Nous sommes désolés d'avoir dû entrer dans votre intimité de la sorte mais nous n'avions pas le choix. Reposez-vous madame, si vous avez besoin de quoi que ce soit n'hésitez pas à sonner en appuyant sur le bouton rouge. ». Nous quittons tous la chambre de madame Privat puis l'aide-soignante et l'infirmière nous ont proposé d'en discuter car elles savaient que ce soin pouvait nous interpeller et nous questionner.

Remarque :

Cette situation ayant été perturbante j'étais plus concentré sur comment aider la patiente à se détendre plutôt que sur la réalisation du soin. Par conséquent, mon analyse n'est pas complète au niveau de la réalisation du soin infirmier car mon questionnement se pose plus sur le rôle propre que sur le rôle prescrit qui a été respecté

II. Questionnement et question de départ

1. Questionnement

Questionnement par paragraphe :

Tout d'abord en prenant connaissance du contexte familiale de la patiente et face aux suspicions de maltraitance je me demande qu'elles sont les conséquences sur la prise en charge du patient lorsque les soignants suspectent un délaissement voire une maltraitance de la part de l'aidant du patient ?

Lors de son hospitalisation madame Privat était très anxieuse par conséquent je me questionne sur sa prise en charge. Comment les soignants peuvent améliorer la prise en charge de patient anxieux ? De qu'elle manière et par quels moyens peuvent-ils rassurer un patient anxieux ? En quoi la relation thérapeutique peut-elle permettre de rassurer les patients afin de créer un climat de confiance entre soignant et soigné ? Finalement comment les soignants peuvent-ils adapter leur prise en charge du patient dans sa globalité en prenant en compte son histoire de vie, ses peurs, ... ?

Face au diagnostic de globe vésical posé sur la réalisation d'un bladderscan je m'interroge sur la prise en charge des globes vésicaux. Un globe vésical à 586 ml d'urine contenu dans la vessie nécessite-t-il la mise en place d'une sonde à demeure en système clos ? Dans cette situation, le sondage vésical à demeure était-il indispensable ou d'autres moyens auraient-ils pu être mis en place ? Est-ce qu'une mobilisation à la verticale ou un sondage évacuateur n'aurait-il pas été plus adapté ?

De plus je me demande en quoi le sondage vésical peut être un soin pouvant porter atteinte à la pudeur, à l'intimité de la personne et par conséquent être mal perçu ?

Ce soin nécessitant une intrusion dans l'intimité et la pudeur, est-ce que le fait d'être 5 dans la chambre a altéré la réalisation du soin ?

Avant de réaliser le soin l'aide-soignante et l'IDE l'ont énoncé et expliqué à madame Privat, je m'interroge sur les bénéfices que peuvent apporter le fait d'expliquer plusieurs fois par des personnes différentes le soin qui va être réalisé lorsque celui-ci est invasif et douloureux ?

Madame Privat reste silencieuse après les explications qui lui ont été donné, le non-refus de soin, le silence peut-il être considéré comme un consentement au soin ?

Lorsque j'ai mis le paravent entre les 2 patientes je me suis demandé si les chambres doubles sont adaptées à la réalisation de soin invasifs et douloureux. Je me questionne aussi sur les émotions que la voisine de chambre a pu ressentir et finalement comment pallier les interrogations que cette patiente a pu se poser ?

Au moment où nous avons maintenu la patiente pour pouvoir réaliser le soin. Je me demande comment et pourquoi le fait de tenir la patiente a pu inhiber la réalisation du sondage vésical à demeure ?

D'un point de vue éthique, les soignants peuvent-ils tenir un patient durant la réalisation d'un geste invasif et douloureux ?

Dans cette situation peut-on parler de contention par la force ? Le fait d'utiliser la force pour maintenir les jambes de la patiente écarté a-t-il accentué l'atteinte à la dignité et l'intimité de la patiente ? Quelles en sont les répercussions pour la patiente ainsi que pour les soignants ?

Finalement quels sont les émotions ressenties par les soignants lorsqu'ils réalisent un soin portant atteinte à la pudeur et à l'intimité de la personne ? Dans cette situation les émotions sont-elles accentuées par l'utilisation de la force pour maintenir la patiente ?

D'autre part quels sont les émotions que peut ressentir la patiente lorsque nous utilisons la force de nos bras pour lui tenir les jambes écartées afin de mieux analyser son anatomie et réaliser le sondage vésical à demeure ?

Les difficultés de réalisation du soin avec l'absence de retour urinaire dans la sonde m'amènent à me poser les questions suivantes : Pourquoi l'IDE s'entête à poser la sonde urinaire à demeure ? Face au non-retour urinaire, signe de l'échec de la réalisation du soin que ressent l'IDE ? Pourquoi persiste-t-elle à mettre en place la sonde vésicale malgré l'expression de douleur de la patiente ?

Madame Privat exprime sa douleur durant le soin par le biais de cri, de crispation... je m'interroge sur les répercussions que peut avoir l'expression de la douleur de la patiente sur les soignants ? Et donc quelles émotions peuvent ressentir les soignants face à la souffrance

amplifié par l'anxiété ? Mais aussi face à la frustration de ne pas arriver à réaliser un soin, qu'elles émotions sont ressenties par les soignants ?

Après changement de la sonde, qu'éprouve les soignants lorsque le soin aboutit ? Ce sentiment de réussite permet-il de refouler les émotions éprouvées durant le soin ?

Le soin terminé, nous avons réinstallé la patiente et nous avons tenté de la rassurer. Cependant après la réalisation d'un soin douloureux et invasif dans le corps et dans l'intimité de la patiente comment les soignants tente-t-il de rassurer voire de reconforter le patient ? Le fait d'induire une douleur à son patient justifie-t-il le fait de s'excuser auprès de son patient ? Finalement, le métier d'infirmier justifie-t-il le fait d'induire de la douleur et de s'introduire dans l'intimité du patient ? La présence et le dévouement des soignants permettent-ils aux patients de plus facilement accepter les désagréments des soins qu'ils prodigent ?

Questionnement global :

La globalité de la situation me permet d'élargir mon questionnement et ainsi me questionner sur les sentiments, les émotions qui peuvent être ressenties par la patiente aux différents moments de la réalisation du soin (avant, lors de l'intrusion dans son intimité, lorsque les soignants lui infligent une douleur, lorsque les soignants la réinstallent, la rassurent et sortent de la chambre) ?

De plus, je me demande à quel point un soin nécessitant un geste invasif et douloureux peut-il perturber voire traumatiser le patient ?

Aussi, en l'absence de connaissance du passé et du contexte de vie nous pouvons nous questionner sur la douleur de la patiente, peut-elle être psychologique et accentuée par ses souvenirs ? La douleur peut-elle être accentuée par les émotions et le ressenti ?

Finalement Comment peut-on prendre en compte le patient dans sa globalité et ainsi adapter les soins prodigués ?

D'autre part, je souhaite élargir mon questionnement concernant les émotions des soignants. Dans cette situation, qu'elles émotions ont pu être éprouvées par l'infirmière / l'aide-soignante /

les étudiants ? La douleur induite est-elle plus difficile à supporter et à prendre en charge pour les soignants ?

De plus je m'interroge sur la capacité des soignants à exprimer leurs émotions, leurs ressentis souvent subjectif et personnel.

Régulièrement les soignants sont confrontés à des situations émotionnellement chargées, comment peuvent-ils « tenir » ? Mettent-ils en place des moyens de défenses leur permettant de « résister » durant le soin et d'« oublier » après le soin ?

Enfin, qu'elles peuvent être les conséquences émotionnelles de la réalisation d'un soin invasif et douloureux ?

Pour finir je me suis questionné sur la prescription médicale, oblige-t-elle ou autorise-t-elle les soignants d'aller à l'encontre de leurs valeurs, de leurs principes, de leurs acquis de compétences ainsi que de leurs connaissances ?

Comment parviennent-ils à gérer la balance entre les demandes médicales et le ressenti du patient ?

Enfin, quelle est l'importance du jugement de l'infirmier dans la réalisation des soins ? Et en quoi le jugement de l'infirmier est influencé par ses émotions ?

2. Question de départ

Après une réflexion autour de ma situation d'appel et la réalisation d'un questionnaire tout d'abord centré par étapes de la situation puis dans sa globalité j'ai souhaité exposer une question de départ :

Comment les infirmiers gèrent-ils leurs émotions face à la douleur induite par les soins ?

Cette question de départ me permet d'orienter mon analyse vers les émotions ressenties par les infirmiers lors de la réalisation d'un soin douloureux physiquement ou psychologiquement ainsi que sur leur capacité à gérer leurs émotions face à la douleur induite.

III. Cadre de référence

Le sujet de mon mémoire défini par ma question de départ comprend trois grands thèmes : Les soins infirmiers, la douleur induite et sa prise en charge ainsi que les émotions. En effet mes recherches vont se centrer autour de ces thèmes, c'est pourquoi j'ai construit mon cadre de référence en trois parties me permettant d'aborder chacun d'eux grâce aux apports de différents champs disciplinaire émanant du Droit ou des Sciences Humaines.

1. Les soins infirmiers :

La première partie du cadre de référence nous permet de contextualiser l'ensemble du travail de recherche. Je souhaite exposer une définition et bien plus encore une explication permettant de comprendre la complexité de ce que l'on nomme les soins infirmiers. De plus je souhaite intégrer le concept du « prendre soin » ainsi que l'importance de la dimension sociale.

1.1. Définition

Selon l'OMS, « *La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et à réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination.* ». L'infirmier doit prendre en charge le patient dans sa globalité, autrement dit le patient dans toutes ses dimensions : physique, psychologique, sociale, culturelle et environnementale.

L'OMS dans sa définition des soins infirmiers démontre la complexité de la profession ainsi que les différents champs d'action au sein desquels l'infirmier peut œuvrer. En effet nous pouvons constater que la mission de l'infirmier est d'aider tout individu ainsi que ses proches dans leur globalité. De plus cette définition nous permet de mettre en évidence les exigences importantes de connaissance théorique mais aussi de savoir être.

La santé étant défini par l'OMS comme « *un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », nous pouvons en déduire que les soins infirmiers visant cet état de santé ne se déterminent pas qu'à soigner une pathologie mais bien tenter d'aider les personnes à trouver cet état de bien-être individuel ou collectif. Pour ce faire, la pratique infirmière est étroitement régie par différents cadre réglementaire et législatif.

1.2. Cadre réglementaire et législatif de l'infirmier diplômé d'État

La formation et l'exercice de la profession sont définis dans la partie réglementaire, quatrième partie (Professions de santé) du livre III (Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers), titre Ier (Profession d'infirmier ou d'infirmière), chapitre Ier (Règles liées à l'exercice de la profession), section 1 (Actes professionnels).

La profession d'IDE est définie dans le Code de la Santé Publique¹ (CSP). Les actes professionnels sont référencés de l'article R4311-1 à l'article Article R4311-15, ainsi que l'article D4311-15-1 créé par Décret n°2012-35 du 10 janvier 2012 - art. 1.

- L'Article R4311-1 décrit la profession comme ceci :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. ».

En effet cette description de la profession met en avant les différentes actions que l'infirmier doit mettre en place pour prendre en soin tout individu nécessitant des soins infirmiers. Mais aussi nous pouvons en retenir l'importance des autres actions pouvant être mises en place par

¹Code de la santé publique. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.

l'infirmier comme la prévention. De plus, nous pouvons constater que les infirmiers sont soumis à des règles professionnelles et doivent travailler en collaboration pluriprofessionnel.

- L'Article L1110-4, modifié par Loi n°2011-940 du 10 août 2011. (art. 2) introduit la confidentialité ainsi : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ...* ».
- L'Article R4312-5 rappel : « *L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.* ».
- L'Article L.1110-3, modifié par Loi n°2012-954 du 6 août 2012. (art. 3) rappelle l'égalité de tous pour l'accès aux soins : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal (...)* ».
- L'Article R4312-4 décrit les termes inclus dans la notion de secret professionnel : « *Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.* ».
- Le projet de code de déontologie² (Article 5) de l'Ordre des infirmiers (CNOI) reprend mot pour mot L'Article R4312-4 en y ajoutant notamment : « *(...) Le secret professionnel ne peut être opposé au patient. (...)* ».
- L'article R4311-2 : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique,*

²Projet de Code de Déontologie des Infirmiers en lien avec les Articles R. 4312-1 et suivants du Code de la Santé Publique, validés par le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers.

économique, sociale et culturelle ». C'est-à-dire que tous les soins effectués par l'infirmier seront faits de façon personnalisée et selon l'avancée des techniques et des sciences. Ainsi, celui-ci se doit de s'informer des nouveaux traitements et de mettre des actions en place de façon ciblée et adaptée au patient. De plus cet article soulève l'importance d'une qualité technique mais aussi d'une qualité de relation avec la personne soignée.

- L'Article R4312-25 du CSP explique que l'infirmier effectue ses soins sans jugement de quelque nature que ce soit : « *l'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation* ». En effet cet article détermine l'importance d'un non-jugement des professionnels de la santé qui se doivent de respecter les croyances, l'individualité de chacun. L'objectif étant de prodiguer les mêmes soins et prendre en charge tout individu de la même manière, avec la même conscience professionnelle.

De plus les infirmiers doivent apporter aux patients des explications claires et compréhensibles sur la nature du geste et les complications possibles. Pour cela il est donc nécessaire de s'adapter à la personne, en utilisant un vocabulaire adapté et en s'assurant que la personne nous comprend. Sans quoi, il sera nécessaire de reformuler ou de mettre en place des outils favorisant la compréhension.

Finalement, au sein de ces différents articles nous pouvons constater que les infirmiers réalisent d'innombrables actes et plus particulièrement, ce sur quoi porte notre analyse, des actes pouvant induire de la douleur. Par exemple, l'infirmier doit savoir réaliser : un prélèvement de sang, la pose d'une sonde vésicale, la réfection de pansements, l'ablation de redons... Autant de soins qui peuvent s'avérer douloureux pour le patient et que l'infirmier a le devoir de prodiguer dans le respect de la législation. Comme nous pouvons le constater, la pratique infirmière est étroitement régie par la loi cependant outre la législation et la déontologie, qu'est-ce que prendre soin des individus dans leur globalité ?

1.3. Les concepts et théories du soin

Dans *le dictionnaire du corps* rédigé sous la direction de Michela Marzano le soin est défini comme un concept dans le domaine de la santé à travers les théories du caring de Watson (1999). Il décrit le prendre soin comme « *un ensemble d'attitudes, une manière d'entrer en relation avec une personne pour l'aider à croître, à s'actualiser, à se développer* » (Page 877). En effet il ne faut pas omettre le caractère esthétique des soins ou celui des thérapies corporelles, de bien être ou encore celui des diverses formes d'aides (psychologique, sociale).

Au sein de notre société actuelle certaines personnes peuvent penser que soigner recouvre prioritairement ce qui est du domaine du traitement, de la réparation, écartant à un autre domaine les soins fondamentaux pour entretenir la vie de tous les jours et permettre de lutter contre la maladie soit le bien être de chacun. Or, Florence Nightingale une infirmière britannique dans les années 1800, démontre dans les infirmeries militaires du Scutari et à l'hôpital St Thomas à Londres que distribuer des médicaments et panser des plaies ne suffisent pas à assurer la survie des malades, mais qu'« *il faut mettre en œuvre tout ce qui mobilise leur énergie, leur potentiel de vie.* » (Page 293). Ainsi il est nécessaire d'agir sur les conditions qui occasionnent ou favorisent les symptômes de la maladie. C'est pourquoi l'action infirmière se situe d'une part par rapport à tout ce qui améliore les conditions favorisant le développement de la santé en vue de prévenir, limiter la maladie, et d'autre part par rapport à tout ce qui motive, donne l'envie à la personne malade de se battre contre cette maladie et ainsi trouver la force. Les travaux menés par Spitz (1968) sur l'hospitalisme nous rappellent que les fonctions du corps sont essentiellement liées aux fonctions psychiques et qu'on ne peut traiter les êtres humains comme de simples agrégats d'organes.

« *Ce qui détermine la nécessité d'assurer des soins infirmiers ne saurait être lié uniquement à la gravité ou la bénignité d'une maladie, d'un handicap considéré isolément, mais à l'interrelation existant entre les possibilités, capacités et ressources de la personne à la période de la trajectoire de vie ou elle se trouve, celles de son entourage et de son milieu de vie, et le handicap et les difficultés qu'elle connaît ou les conséquences fonctionnelles des atteintes dues à sa maladie.* » (Page 295). Cet effet a été relaté par Marie Françoise Collière dans son livre « *promouvoir la vie* ». Il apparaît donc indispensable de prendre en considération à la fois tout ce qui situe la personne en relation avec la complexité, la gravité de son état et les

capacités et ressources de son entourage pour les compenser. Nous pouvons donc admettre que le champ de compétence infirmière a pour finalité de mobiliser les capacités de la personne et de son entourage en vue de compenser les atteintes occasionnées par la maladie, et d'y suppléer si ces capacités sont insuffisantes. Cependant « *lorsqu'il n'y a pas de maladie, de handicap ou d'accident mais qu'il y a des événements ou des difficultés qui exigent un recours à une aide extérieure. Le champ de compétence infirmière se situe plutôt dans la mobilisation et le développement des capacités de la personne, de la famille, de son entourage, pour faire face à l'événement, résoudre la difficulté, en visant à la rendre compétente et à savoir utiliser les ressources affectives, physiques, sociales et économiques dont elle dispose.* » Page 298. Finalement, La compétence infirmière se base sur le discernement de tout ce qui apparaît indispensable pour entretenir et mobiliser la vie de quelqu'un, en cherchant quels moyens seront les plus adaptés pour y parvenir.

Henderson (1969) dans son article « *Principes fondamentaux des soins infirmiers* » explique que « *l'infirmière s'efforce de développer chez la personne son état d'indépendance et de faciliter ses relations humaines. Elle remplit la fonction d'interprète, c'est-à-dire aider le malade à se comprendre lui-même, à modifier les conditions qui le rendent malade et à accepter celles qui ne peuvent être changées* ». Elle ajoute que « *c'est par la profondeur de sa compréhension que l'infirmière saura attirer la confiance du malade et de sa famille et qu'elle pourra l'aider à surmonter certains effets psychologiques de la maladie* ». Nous pouvons donc affirmer que la démarche de soin s'inscrit dans une démarche anthropo-biologique entre soignants et soignés c'est-à-dire une étude, une réflexion qui prend en compte l'Homme sous tous ces aspects, aussi bien l'histoire de vie que la culture, par le biais d'un processus propre à chaque situation. Il se crée à partir de ce que l'on découvre en mobilisant les informations qui viennent de la situation, en les décodant à l'aide de connaissances pour comprendre leur signification et voir comment s'en servir dans l'action soignante.

Selon MF. Collière, toute prise en soin se construit autour de ce qui concerne la personne soignée, son entourage, son environnement et sa maladie accompagnée des atteintes qu'elle occasionne ou va occasionner. Analyser la situation en prenant en compte ces trois dimensions permet de constater les liens entre chacune d'elles et leur influence réciproque. Le soin infirmier n'est pas en lui-même une science mais bien, pour reprendre l'affirmation de Canguilhem

(2007), « *une technique ou un art au carrefour de plusieurs sciences* ». Prendre soin c'est être prêt à avoir une relation avec le patient et ainsi l'accompagner au quotidien. En effet Poletti (1976) estime que « *c'est dans la relation avec la personne soignée, dans les soins qui prennent en compte l'être humain dans sa totalité, dans ses dimensions biopsychosociales, que se situe notre action* ». Nous pouvons donc nous questionner sur la place de la relation dans les soins.

1.4. La place de la relation dans les soins, la dimension sociale

La relation de soin est une priorité dans l'exercice professionnel et a été décrite plusieurs fois pour en créer des modèles codifiés. Cependant ces rapports interhumains sont imprévisibles puisqu'ils dépendent de chacun des protagonistes. Les relations font sans cesse évoluer les situations, en interdépendance avec l'environnement

Définition :

D'après Alexandre Manoukian, « *une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires.* ». Selon M. Formarier, « *les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques, [...] chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures.* ». Soigner oblige donc la création d'une relation par le biais de plusieurs interactions « imposées ». Cette relation implique également de s'investir dans plusieurs types de relation puisque les attentes du patient et celles du soignant diffèrent.

Les différents types de relations :

Chaque relation est unique, individualisée et donc imprévisible mais, ce qui peut être commun à un ensemble de relations, ce sont les concepts sous-jacents et leurs attributs qui définissent et orientent son contenu. On retrouve dans les écrits professionnels sept types de relations de soins autour desquelles il y a (plus ou moins) consensus.

La relation de civilité :

Selon Malaboef (1992), la relation de civilité « *s'inscrit dans un rituel social, dans la volonté individuelle d'un comportement, d'une convivialité dans l'échange. C'est le niveau du propos banal, de la communication informelle où l'on parle surtout de tout, sauf de l'essentiel* ». C'est donc ce qui intervient en dehors du soin et qui correspond aux codes socio-culturels (être poli, courtois, saluer, ...).

La relation de soin :

La relation de soin est mise en place par les soignants lorsqu'ils réalisent des soins. Elle permet d'échanger avec le patient et/ou sa famille afin de recueillir les informations qui pourraient être nécessaire à l'amélioration de sa prise en charge. Elle est centrée sur le présent et permet donc d'expliquer au patient les soins ainsi que la continuité de sa prise en charge. Cependant, de par la complexité des soins et parfois la lourde charge de travail il est parfois difficile de se rendre disponible et à l'écoute pour entendre ce que le patient souhaite savoir, comprendre, ...

La relation d'empathie :

L'empathie désigne la capacité de se mettre à la place d'autrui, de se représenter ce qu'il ressent et/ou pense. Être empathique nécessite donc un effort de compréhension intellectuelle d'autrui mais exclut toute confusion entre soi et l'autre. L'empathie, dans les relations professionnelles, sert à comprendre la situation d'autrui et à y réagir de manière appropriée. La relation d'empathie nécessite donc une attention soutenue, une écoute compréhensive afin de permettre au patient de s'exprimer de manière authentique. Selon M. Formarier « *L'empathie est donc une attitude active, conscientisée que le soignant est capable d'exprimer à son interlocuteur et qui va être le socle d'une relation de confiance.* ». Finalement, l'empathie sert de support aux relations soignant/soigné, centrées sur la personnalisation des soins. La mise en place d'une relation empathique permet de favoriser le traitement et facilite la relation thérapeutique.

La relation d'aide psychologique :

La relation d'aide est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge

dramatique pour lui. Carl Rogers définit sept concepts indispensables à la relation d'aide : la présence, l'écoute, l'acceptation, le respect chaleureux, l'empathie, l'authenticité, la congruence. Dans son ouvrage, « *La relation d'aide* », JL. Hetu insiste sur le fait que l'aide dont la personne a besoin est singulière. Elle est définie par la personne elle-même et située dans un espace-temps. Il l'a décrit comme « *une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de responsabilité et de gestion des affects que le conseiller s'impose à lui-même* ». Ce type de relation ne peut pas être exercé par l'aidant sans un apprentissage qui dépasse le cadre théorique et qui nécessite en amont un travail sur ses propres affects. C'est pourquoi plusieurs formations post-diplôme d'état ont inscrit la formation à la relation d'aide à leur programme.

La relation thérapeutique :

Elle est utilisée en psychiatrie auprès de patients souffrants de pathologies mentales ou de conduites addictives. La thérapie est un processus relationnel au cours duquel le système thérapeutique est construit puis dissout. L'objectif est de permettre au patient, après l'intermède de la thérapie, de reprendre la vie qu'il souhaite le plus rapidement possible. La mise en place de cette relation implique l'authenticité, l'empathie, le souci du bien-être du patient tout en évitant d'initier une dépendance au thérapeute.

La relation éducative :

Cette relation est mise en œuvre lorsque les patients doivent changer d'habitudes de vie, subir un sevrage ou doivent pratiquer des auto-soins, pour des raisons de santé chronique, de longue durée ou incurable. Il s'agit à la fois de transmissions de connaissances, d'un soutien et d'un accompagnement psychologique pour que le patient suive les conseils justifiés par son état de santé, et retrouve une qualité de vie satisfaisante pour lui. L'objectif du soignant étant l'observance des conseils médicaux, il doit donc les adapter selon les besoins et désirs des patients dans la mesure du possible.

La relation de soutien social :

Dans une relation de soutien social le soignant apporte un soutien direct au patient mais il peut aussi aider la famille. En effet, souvent les aidants naturels d'une personne atteinte de pathologies ou de handicaps sont les familles. Elles ont une place de plus en plus importante dans la prise en soins c'est pourquoi il est nécessaire de les considérer et de les aider si besoin.

Soutenir une personne malade ou souffrante n'est pas évident certains aidants doivent même prodiguer des soins par conséquent ils deviennent acteurs de la prise en charge. Développez cette relation triade entre le soignant, le patient et sa famille devient indispensable et permet au patient de bénéficier de plus de soutien et d'accompagnement dans sa vie quotidienne.

La construction d'une relation dans le soin revient à parler du « *prendre soin* » décrit par W. Hesbeen : « *le fondement du « prendre soin » ne réside pas dans la qualité d'une relation ou d'un « savoir-être », mais bien dans la considération que l'on a pour l'autre, (...) une pratique qui pourra être qualifiée de soignante car perçue comme aidante, bienfaisante, respectueuse et porteuse de sens* ». Les infirmiers sont les mieux placés pour répondre au besoin relationnel des patients. Mais, malgré le fait que tous les soignants y attachent de l'importance, en réalité on sait que peu de chose sur ces relations, sur la façon dont les soignants les vivent au quotidien et leur impact réel sur les patients et les familles. Toutes ces relations sont finalement complémentaires et dépendent de la prise en charge, de sa durée, de son importance, de son impact dans la vie du patient, des besoins du patient...

2. La douleur induite et sa prise en charge :

2.1. Définition

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), en 1979, « *la douleur est une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes.* » Dans cette définition sont pris en compte l'aspect physique, sensorielle de la douleur ainsi que sa composante émotionnelle et la possibilité que la douleur existe sans lésion objectivable.

En juillet 2020, l'IASP a mis à jour la définition de la douleur en ajoutant que l'expérience désagréable peut « *ressembler à celle associée à un lésion tissulaire* ». En effet, en incluant la douleur auprès des individus non communiquant, cette modification permet d'intégrer le modèle bio-psycho-social de la douleur qui peut entraîner des effets indésirables sur le fonctionnement de l'individu, son bien-être social et psychologique.

La douleur est une expérience personnelle, elle est donc subjective et repose sur le ressenti de la personne influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ce qui la rend difficile à quantifier et à qualifier. En effet pour décrire sa douleur la personne fait référence à ses expériences de vie antérieure dans un environnement socio-culturel spécifique c'est pourquoi le concept de douleur diffère chez chacun des individus. La douleur se construit puisque le cerveau est mnésique et va donc retenir les événements somesthésiques antérieurs douloureux et donc une mémoire de la douleur entraînant par conséquent une probable anticipation de la douleur. De plus le comportement, les réactions des patients face à la douleur ainsi que le seuil de tolérance à cette douleur sont très variables.

Ainsi nous pouvons en déduire que le concept de douleur englobe plusieurs composantes, à savoir l'aspect sensoriel, l'aspect émotionnel, l'aspect individuel du vécu antérieur et l'aspect comportemental. L'aspect sensorielle signifie que l'on peut préciser les caractéristiques de la douleur (localisation, intensité, évolution...) de plus émotionnellement, la douleur étant désagréable elle peut être plus ou moins supportable, pénible, angoissante... Ceci nous permet de mettre en avant l'importance pour l'infirmier de considérer et de réellement s'intéresser à chaque patient individuellement puisque comme le souligne A. Muller

dans son ouvrage « *Soins infirmiers et douleurs* », « *La plainte douloureuse émise par un patient n'est pas corrélée à l'étendue ou à l'importance du dégât tissulaire censé la motiver. La charge émotionnelle contenue et véhiculée par la plainte dépend de l'émetteur, bien sûr, mais aussi de l'attente qu'il a de celui auquel elle est adressée.* » (Page 8). L'infirmier doit par conséquent être en mesure de recevoir cette plainte émotionnellement chargée, de l'analyser et l'évaluer pour finalement la qualifier et la quantifier. Ceci nécessite une grande disponibilité à l'autre et une certaine ouverture d'esprit pour prendre en compte le ressenti de cette personne souffrante. Cependant l'infirmier doit être objectif face à une telle situation, il doit se montrer empathique et cela plusieurs fois par jour, parfois avec deux personnes différentes en moins de cinq minutes. Qu'en est-il de ses propres émotions, celles qu'il ressent lorsqu'il tente d'évaluer, d'analyser, de comprendre la douleur de son patient ? Comment fait-il pour accueillir toutes ses plaintes chargées d'émotions en les comprenant mais sans laisser ses propres émotions le submerger ? Les émotions du soignant sont-elles une limite à la prise en charge ou bien au contraire permettent une prise en charge individuelle et conscientisée ?

De plus comme nous avons pu le constater précédemment l'infirmier est amené à prodiguer des soins douloureux et donc provoquer lui-même une douleur à son patient c'est ce que l'on nomme : la douleur induite. « *La douleur induite par les soins est une douleur de courte durée, causée par les soignants ou par une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. [...]. La douleur provoquée est une douleur intentionnellement provoquée par un soignant dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.* » (Page 2). Cette définition rédigée par A. Ricard-Hibon dans son article « *La douleur induite par les soins* » permet de mettre en avant plusieurs points essentiels. En effet c'est une douleur de courte durée provoquée par le soignant intentionnellement et ayant un objectif diagnostique ou thérapeutique. Surtout, A. Ricard-Hibon souligne que la douleur induite est prévisible, l'infirmier sait que ce soin risque d'être douloureux, par conséquent la mise en place d'actions permettant de pallier ces douleurs est tout à fait envisageable. Cependant force est de constater que selon l'épidémiologie recensé dans ce même article (Page 2), la douleur induite est insuffisamment prise en charge puisque fréquemment l'intensité de la douleur est sous-estimée et les gestes les plus douloureux ne sont pas identifiés comme nous aurions pu l'imaginer. Nous nous demandons par conséquent pourquoi la prise en charge de la douleur induite est-elle moins bien

considérée, évaluée et prévenue ? Et pour quelles raisons ? L'habitude, le savoir-faire, l'urgence, la temporalité sont autant de facteurs que nous pouvons supposer interférer avec la prise en charge de la douleur induite. Pour en comprendre toute la complexité la prise en charge de ces douleurs, il faut tout d'abord comprendre de quelle douleur nous parlons, comment les évaluer et finalement les traitements préventifs à mettre en place. Est-ce plus facile ou plus difficile émotionnellement pour l'infirmier de provoquer la douleur ? Le ressenti émotionnel du soignant a-t-il un impact sur la prise en charge ?

2.2. Les différents types de douleurs induites

Tout d'abord nous pouvons admettre qu'il existe deux types de douleurs selon leur temporalité, leur durée. En effet nous parlerons de douleur aiguë lorsque la douleur est de courte durée, inférieur à 3 ou 6 mois selon les auteurs. Elle relève toujours d'un dégât tissulaire et témoigne de la stimulation nociceptive qu'il provoque. C'est un symptôme jouant le rôle de signal d'alarme ayant pour finalité la préservation de l'intégrité de l'organisme. En effet lorsque l'infirmier réalise une ponction veineuse, la mise en place d'une voie veineuse périphérique ou encore le retrait de drains ou de redons par exemple, induit une douleur aiguë à son patient. La douleur induite par de tels soins étant de courte durée, sans implication durable nécessite-t-elle une implication médicale dans leur prévention ? Est-ce que la douleur induite par les soins laisse des traces dans le corps, dans le psychisme des personnes qui les subissent ? En effet oui nous pouvons le supposer puisque les conséquences de ces soins peuvent être multiples allant du simple « mauvais souvenir » à la dégradation de la qualité de vie (physique et psychique) aboutissant à une souffrance globale de la personne. En effet comme nous avons pu le souligner précédemment, la stimulation nociceptive va laisser une trace mnésique irréversible, somatosensorielle et affective. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la douleur induite modifie, influence la perception de douleurs ultérieures cependant favorise-t-elle la chronicisation de la douleur ?

Tant que l'induction de la douleur reste ponctuelle et que la personne lui trouve une utilité et par conséquent l'accepte nous pouvons supposer qu'elle n'a pas trop de répercussion psychique sur le patient outre l'anxiété et l'angoisse qu'elle peut provoquer. En revanche, lorsque l'induction de la douleur par les soins s'avère quotidienne durant plus de 3 mois peut-

on considérer que la personne souffre de douleurs chroniques induites ? Les douleurs chroniques sont caractérisées par leur durée, leurs répétitions, leur persistance... De plus la douleur peut persister même si la cause initiale a disparu c'est pourquoi elle est considérée comme une maladie à part entière. En effet, la douleur chronique a des conséquences physiques tel que la contraction musculaire, l'inactivité, la fatigue ou encore l'insomnie et des conséquences psychologiques tel que l'anxiété pouvant aller jusqu'à un état dépressif corrélé avec la perte d'espoir de guérison. Aussi la douleur chronique peut avoir des conséquences sociales et familiales puisque le vécu douloureux peut empêcher la personne de travailler et/ou d'exercer son rôle au sein de la famille donc de ne pouvoir évoluer dans un milieu social et/ ou familial et ainsi conserver sa position en tant « qu'individu appartenant à... ». Ces modifications vont participer à la présence voire l'accentuation de la douleur. Au premier abord, l'induction de la douleur par les soins infirmiers nous fait penser aux soins induisant une douleur aiguë comme cité précédemment. Or certains soins n'étant pas censé induire de la douleur tel que la simple mobilisation d'une personne souffrante doit être aussi considéré comme un soin pouvant induire de la douleur. En effet, les soins visant à aider les personnes à réaliser les actes de la vie quotidienne tel que se laver, s'habiller ou encore s'alimenter peut s'avérer être des soins extrêmement douloureux pour les patients souffrant de douleur chronique. Aussi pouvons-nous considérer les soins infirmiers induisant une douleur aiguë comme chronique s'ils sont répétés quotidiennement ?

Plusieurs types de douleurs sont aussi définies selon leurs étiologies, nous en avons déterminé quatre. Identifier le mécanisme initial de la douleur est très important lors de la prise en charge d'un patient douloureux. Chaque type de douleur nécessite un traitement adapté. Nous avons vu que la douleur est une expérience personnelle. Par conséquent, personne ne sera mieux placé que le patient pour évaluer et exprimer sa douleur. C'est donc lui, avec l'aide des soignants et de leurs outils qui pourra dire si la prise en charge est efficace ou non. Nous allons dans cette partie tenter de définir les différentes étiologies de douleurs induites afin de pouvoir en déduire quels outils d'évaluation sont les plus adaptés ainsi que les moyens pouvant être mis en place pour les prévenir.

La douleur nociceptive est la plus couramment rencontrée, elle peut être aiguë ou chronique. Elle est secondaire à un excès de stimulation des nocicepteurs tissulaires périphériques et se caractérise par une blessure (coups, brûlures, fractures...) qui provoque un signal envoyé au cerveau via le système nerveux. En prodiguant certains soins, l'infirmier va stimuler les nocicepteurs et donc induire une douleur dite nociceptive comme par exemple lors du contrôle glycémique, d'une injection sous cutanée ou intra musculaire et bien plus encore. Si nous devons recenser tous les soins induisant une douleur nociceptive, la liste serait interminable puisque dans sa pratique, dans un but diagnostique ou thérapeutique, l'infirmier provoque parfois une lésion tissulaire engendrant une douleur. Dans ces conditions l'infirmier sait qu'il va induire une douleur il est donc essentiel qu'il fasse le nécessaire pour tenter de l'évaluer et ainsi la prévenir autant que possible. Par quels moyens ? C'est ce que nous tenterons de déterminer dans une prochaine partie.

Aussi certaines personnes souffrent de douleurs neuropathiques. Elles correspondent à des dysfonctionnements du système nerveux périphérique pouvant faire suite à une amputation, un zona ou encore une hernie discale ou à un dysfonctionnement du système nerveux central suite à des pathologies tel que l'accident vasculaire cérébral, la sclérose en plaques... Ces douleurs sont donc dues à une lésion du système de transmission puisque ce sont les nerfs eux-mêmes qui provoquent la douleur. La douleur induite ne peut être considérée comme une douleur neuropathique en revanche des soins tel que la mobilisation ou la réalisation d'exams médicaux peuvent certainement les accentuer.

Certaines douleurs sont aussi définies comme psychogènes ce qui signifie que la douleur est ressentie et vécue dans le corps mais sans lésion apparente pouvant être déterminée par les examens médicaux. La cause de ce type de douleur est psychique et se répercute par des douleurs corporelles, physiques. Je me questionne donc sur la possible induction d'une telle douleur par les soins infirmiers. De plus le quatrième type de douleur déterminée est la douleur dite psychique. Elle correspond à un sentiment pénible et prolongé de souffrance morale. Ces deux types de douleurs correspondent à une souffrance psychologique de la personne retentissant plus ou moins sur son état physique. Cette souffrance peut-elle provenir ou être accentuée par des soins infirmiers ? Proviend-elle d'un événement passé, d'un traumatisme ou d'un mal être général ? En effet l'infirmier dans sa pratique peut induire de la douleur physique

par ses actes mais aussi une souffrance psychique faisant suite à l'induction quotidienne de douleur. Au-delà de la douleur nociceptive induite par les soins, le vécu douloureux peut être majoré par un contexte (hospitalisation, perte de repères ...). Aussi certains soins peuvent être mal vécu par le patient car ils nécessitent une intrusion dans son intimité. En effet, lors des aides à la toilette, lors de la mise en place d'une sonde vésicale ou lors d'un lavement évacuateur par exemple, le patient est obligé de mettre sa pudeur de côté pour accepter d'exposer son corps dénudé aux soignants d'où la nécessité de la mise en place de relation de confiance décrite précédemment. Les infirmiers s'habituent-ils à la nudité ? Ont-ils conscience des conséquences possibles lorsque leur patient est gêné, mal à l'aise face à leur regard sur leur corps dénudé ? Finalement qu'est-ce que l'infirmier peut mettre en place pour mettre son patient en confiance et donc diminuer sa gêne et son appréhension face à de telles situations ?

Nous pouvons donc admettre que la douleur psychique peut aussi être induite par des soins considérés comme intimement intrusifs et plus particulièrement si la personne a déjà été confrontée à une situation dans laquelle son intimité a été mise à mal comme un viol par exemple. Cette situation peut faire écho avec les soins infirmiers et provoquer une douleur psychique intense. De plus il ne faut pas sous-estimer les conséquences de la perte d'autonomie des patients qui a un impact sur la santé mentale. Ne plus pouvoir réaliser les actes de la vie quotidienne, être obligé de demander de l'aide aux soignants pour aller aux toilettes, pour se laver, s'habiller, manger... s'avère être une situation engendrant une souffrance psychique. Ce ne sont pas directement les soins prodigués qui induisent la souffrance de la personne mais lors de leur réalisation il est fréquent que le patient soit triste, gêné, apeuré... autant d'émotions qui sont individuelles et diffèrent selon les patients, leur pathologie, leur culture... C'est pourquoi il est nécessaire d'en avoir conscience pour pouvoir évaluer cette douleur et mettre en place des actions permettant d'atténuer la souffrance psychique des patients souffrant de leur perte d'autonomie. Je me demande donc si la souffrance psychique des patients est correctement prise en charge, de son évaluation à son traitement et par quels moyens ?

En plus de définir différents types de douleur permettant de mieux les comprendre et ainsi les prendre en charge de la manière la plus adaptée. Nous pouvons séparer les soins responsables de l'induction de douleur en deux catégories : des gestes pratiqués en grand nombre et presque considérés comme anodin par les professionnels de santé et des gestes moins

fréquents ou plus « techniques ». Les infirmiers banalisent-t-ils les soins qu'ils prodiguent et en oublient les potentielles conséquences de leurs actes ? La prévention des douleurs induites par les soins est-elle assez considérée et mise en place par les infirmiers ? A. Couteaux et E. Collin dans leur article « *Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs* » ont analysé des enquêtes réalisées dans trois hôpitaux parisiens et « *indiquent que 30% à 65% des malades hospitalisés ont souffert d'une douleur liée à un geste dans les dernières 24h* » (Page 127). Aussi ils mettent en avant le fait que « *la fréquence et l'intensité des douleurs induites varient selon les études possiblement en fonction de la méthodologie employée, de la pathologie des malades hospitalisés et de leurs caractéristiques. Cela étant quelle que soit la méthodologie, les aspirations endotrachéales, les retraits de drains et les mobilisations sont les gestes rapportés comme étant les plus douloureux.* » (Page 128). Finalement les auteurs admettent que « *les douleurs induites par les soins sont sous-évaluées et sous traitées* » (Page 128). Alors comment améliorer la prise en charge de ses douleurs ? Comment les évaluer, les prévenir et les traiter si besoin ?

2.3. La prise en charge de la douleur induite

2.3.1. L'évaluation de la douleur induite

En France, la prise en charge de la douleur est un enjeu de santé publique. En 1995, une loi est instaurée imposant aux établissements de santé de définir dans leur projet d'établissement les moyens mis en œuvre pour prendre en charge la douleur. Aussi, la parution en 1998 du premier plan de lutte contre la douleur (1998-2000) ayant l'ambition de sensibiliser et former les professionnels de santé ainsi que d'accentuer l'information du public, marque le début d'une grande réflexion concernant la prise en charge des patients douloureux.

Tout d'abord, il est nécessaire de préciser que le médecin a l'obligation de prendre en considération la douleur et de s'efforcer de la soulager. L'évaluation de la douleur relève du rôle propre de l'infirmier, en effet l'article 2 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier énonce que « *Les soins infirmiers [...] ont pour objet, de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles [...] aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions [...]; De participer à la prévention, à l'éducation, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, [...], et d'accompagner, autant que besoin, leur entourage.* ». Nous pouvons en déduire que l'infirmier en évaluant la douleur de ses patients est le premier maillon de sa prise en charge, d'où l'importance de former les infirmiers et mettre en place des méthodes appropriées leur permettant de fournir à leur patients la prise en charge la plus adaptée à leurs besoins. Nous pouvons donc nous interroger sur les outils utilisés par les infirmiers, leurs pertinences, leurs limites... Finalement, Peut-on mesurer quantitativement un phénomène aussi personnel, subjectif et polymorphe que la douleur d'autrui ? Comment, par quels moyens, plus particulièrement en ce qui concerne la douleur provoquée par les soins ?

Comme le souligne C. Walter dans le livre « *Soins infirmiers et douleur* », « *La difficulté à mettre en place des procédures d'évaluation tient à une contradiction : d'une part, le principe est de donner la parole aux patients, de croire ce qu'ils disent ; d'autre part, la tentation est grande de penser que, compte tenu de notre expérience professionnelle, nous savons mieux que les patients comment et combien ils ont mal. [...]* Nos représentations sur la douleur peuvent à

notre insu, nous entrainer vers une banalisation des symptômes décrits par le patient. L'utilisation systématique d'outils d'évaluation permet d'éviter ces dérapages de l'interprétation. » (Page 205-206). Les outils d'évaluation de la douleur permettent donc à la fois de tenter d'être objectif sur la douleur en prenant en compte les informations données par le patient puisqu'il est le seul à ressentir réellement sa douleur et donc pouvoir la définir mais aussi une traçabilité et un suivi indispensable à la continuité de la prise en charge du patient. En effet, l'évaluation de la douleur s'inscrit dans une démarche, une évaluation isolée et non construite n'a aucune utilité. Il est donc nécessaire que l'évaluation de la douleur s'inscrive dans une démarche s'intéressant à la fois au type de douleur afin d'en déterminer le mécanisme et les différentes composantes mais aussi à l'intensité de la douleur, la localisation et le temps (durée et fréquence). Finalement ce sont les caractéristiques qui déterminent les différents types de douleur décrits précédemment. Toutes ces données vont permettre une évaluation globale permettant la mise en place de traitements. La démarche ne s'arrête pas là et doit aussi évaluer l'efficacité et les effets indésirables des traitements c'est pourquoi l'évaluation de la douleur devra être réitérée autant de fois que nécessaire tant que le patient est encore douloureux et même s'il ne l'est plus ou que ces douleurs sont moindres, ces données doivent être tracés. Cette démarche permet à la fois de mettre en place la meilleure prise en charge possible pour ce patient mais aussi d'initier une réflexion voire la mise en place de protocoles permettant de globaliser la prise en charge de ce type de douleurs si elles peuvent être comparables à celles d'un autre patient. Cependant nous pouvons toujours nous questionner sur l'objectivité de chacun de ses outils d'évaluation et nous allons pouvoir constater que le choix de l'outil ainsi que le bon sens de l'infirmier est primordial pour essayer d'objectiver quelque chose d'aussi subjectif que la douleur d'autrui.

Nous allons maintenant nous intéresser aux différents outils que dispose l'infirmier pour mener à bien cette démarche d'évaluation de la douleur. Le choix de l'outil nécessite un travail pluridisciplinaire afin de choisir celui qui sera le plus adapté pour cette personne selon sa pathologie, ses capacités de communications, le type de douleur, la temporalité... En effet il existe deux types d'évaluation de la douleur : l'autoévaluation, la plus fréquemment utilisée puisqu'elle est destinée aux personnes étant en capacité de décrire leur douleur. Ainsi que l'hétéroévaluation qui consiste en l'utilisation d'une grille d'observation comportementale remplie par les soignants, en équipe de préférence et avec l'aide de la famille si possible

puisque'ils connaissent le comportement habituel de la personne. Le choix de l'outil d'évaluation se fait donc tout d'abord selon la capacité de communication et de description de sa douleur par la personne. Il est intéressant de préciser que ces outils ne sont adaptés qu'à l'évaluation de la douleur physique puisque *« à ce jour, aucune échelle spécifique d'évaluation de la douleur psychique n'est validée au niveau national »* selon le *« Memento prise en charge de la douleur »* (Page 9).

Concernant les grilles d'hétéro évaluation, ils en existent plusieurs. Ces grilles permettent d'observer des changements de comportement. Ces changements peuvent être temporaires, lors d'un soin ou peuvent apparaître dans une temporalité plus ou moins longue pouvant ainsi définir l'altération de l'état général de la personne corrélé à l'accentuation de ses douleurs et à une perte de l'élan vital. La grille DOLOPLUS comprend 10 items et tente d'évaluer le retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial de la douleur, elle permet donc une évaluation plus globale de toutes les répercussions possibles par conséquent elle pourrait être utilisée pour évaluer l'impact d'une chronicisation de la douleur induite. La grille ALGOPLUS permet quant à elle l'évaluation de la douleur aiguë, elle facilite l'évaluation de la douleur quotidienne. Aussi la grille ECPA est certainement la plus adaptée pour évaluer la douleur induite puisque'elle évalue le comportement de la personne lors des soins douloureux et permet une cotation avant et pendant le soin. D'autres échelles d'hétéroévaluation existent et sont destinées à des prises en charge particulière comme la grille CHEOPS visant la douleur post opératoire chez l'enfant, EVENDOL concernant l'enfant aux urgences ou encore EDIN qui permet d'évaluer la douleur et l'inconfort des nouveaux nés. Toutes ces grilles peuvent être utilisées pour évaluer la douleur induite par les soins, elles sont plus ou moins adaptées et leur choix dépendra comme nous l'avons déjà dit précédemment de l'individu mais aussi du soin prodigué et de la temporalité.

Les échelles d'auto-évaluation sont utilisées chez les personnes communicantes, capables d'exprimer les caractéristiques de leur douleur. Il en existe deux sortes :

- Les échelles unidimensionnelles apprécient globalement la douleur en l'assimilant à une sensation d'intensité, elles ne donnent pas d'informations sur les mécanismes de la douleur ressentie. Ces échelles permettent de faciliter le suivi des douleurs du patient et l'efficacité des traitements qui lui ont été administrés. Il en existe quatre, l'échelle

visuelle analogique (EVA), l'échelle numérique (EN), l'échelle verbale simple (EVS) ou encore l'échelle des visages. Ces quatre types peuvent être utilisés pour évaluer l'intensité de la douleur induite par le soin qui vient d'être prodigué cependant la pertinence de leur utilisation reste moindre à moins d'évaluer la douleur induite par le soin tout d'abord sans traitement préventif puis avec traitement. Cela nous permettrait d'apprécier l'efficacité du traitement mais pour cela il faudra que l'évaluation porte sur le même soin répété sur une même personne.

- Les échelles multidimensionnelles permettent d'orienter le diagnostic concernant le mécanisme de la douleur, or lors de l'induction d'un soin la douleur est généralement nociceptive mais cette échelle pourrait permettre de comprendre les répercussions sur la santé mentale de la personne. En effet, elles définissent l'intensité de la douleur mais aussi leur répercussion affective. Il en existe plusieurs tel que le Questionnaire Douleur Saint Antoine (QDSA), le « DN4 » ou encore l'échelle WISCONSIN qui consiste en l'analyse de la qualité de vie. L'évaluation de la douleur induite avec l'aide de ces échelles pourrait permettre aux infirmiers de se rendre compte à la fois de la douleur physique qu'ils induisent mais aussi la souffrance psychique que les personnes peuvent associer à ce soin. Cette évaluation pourrait en mettant en évidence la souffrance de la personne, être le point de départ d'une réflexion de la part de l'infirmier sur ses pratiques pouvant finalement l'amener à modifier ses prises en charge et ainsi mieux prévenir la douleur puisqu'il aura pris peut-être plus conscience des conséquences de ses actes. Ainsi l'infirmier sera certainement plus susceptible d'accroître la prévention des douleurs induites dans sa pratique professionnelle.

Finalement, évaluer la douleur c'est finalement la reconnaître, la considérer, la prendre en compte, la caractériser, l'analyser et la comprendre afin de la traiter puis la réévaluer ce qui permet une meilleure prise en charge du patient qui sera plus apte à se trouver dans un état de bien être complet, ce qui définit la santé. L'évaluation de la douleur dépend de l'infirmier et exige des connaissances, des compétences, du temps, de la disponibilité ainsi qu'une implication constante dans l'actualisation de ses connaissances concernant les nouvelles techniques utilisées. Cependant sans prescription médicale ou protocoles lui permettant de prévenir la douleur induite, l'infirmier ne peut pallier ou prévenir les douleurs de son patient, il se retrouve alors confronté à la souffrance de celui-ci. Qu'est-ce que l'infirmier peut-il mettre

en place, sans prescription ou protocole, lui permettant de diminuer la douleur de son patient et de pallier ses angoisses ? De plus nous pouvons donc nous demander quelles émotions peuvent être ressenties par l'infirmier lorsqu'il induit une douleur et qu'il n'a à sa disposition aucun moyen médicamenteux lui permettant d'atténuer la douleur de son patient ? C'est ce que nous allons tenter de définir dans la partie suivante.

2.3.2. La prévention et le traitement de la douleur induite

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise que « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur.* ». Elle fut complétée par le code de la santé publique dans lequel l'article L-1110-5 précise que la douleur « *doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* ». L'infirmier dans l'accomplissement de son rôle propre évalue et prend en compte la douleur de ses patients or peut-il prévenir ou traiter la douleur ? Par quels moyens et qu'elles sont les directives qui lui en donne le droit ?

L'article 7 du décret paru en juillet 2002 affirme que « *L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.* ». De ce fait nous pouvons en déduire que si un protocole douleur est instauré au sein du service l'infirmier pourra initier une prévention ou un traitement antalgique lui permettant de prendre en charge la douleur de son patient dans les meilleurs délais. Or comme le souligne A Couteau et E. Collin dans leur article, « *il ne peut y avoir de prescription anticipée spécifique, adaptée, s'il n'y a pas d'évaluation avant et après traitement* » (Page 129) ce qui confirme encore une fois l'importance d'une évaluation de la douleur récurrente et pertinente. De 2002 à 2005, un second programme de lutte contre la douleur a été mis en place. La reconnaissance et le traitement des douleurs induites ainsi que d'autres douleurs tel que les douleurs de l'enfant font partie des trois priorités de ce plan quadriennal. En incluant la douleur induite dans ses différents types de douleurs cela sous-entend que sa prise en charge diffère et ne peuvent donc être évaluée, prévenue et traitée de la même manière. Il est donc nécessaire de déterminer la meilleure prise en charge possible concernant les douleurs induites qui nécessite une approche particulière de la part du soignant. Comme nous avons pu le souligner précédemment, la démarche de prise en charge de la douleur

dépend de l'évaluation de celle-ci permettant le recueil des informations nécessaires à la mise en place d'un traitement efficace. Cependant pour affirmer que le traitement est adaptée l'évaluation de la douleur doit être réitéré maintes fois et le traitement réadapté en cas de besoin. En effet, la douleur n'est pas constante elle varie selon l'évolution de la maladie mais aussi selon de nombreux facteurs susceptibles d'influencer la douleur (Cf annexe n°1 Page I). Effectivement il est facilement concevable que la douleur puisse être accentuée par la fatigue, la tristesse pouvant aller jusqu'à la dépression, la colère, la peur, l'anxiété... À contrario une personne optimiste, ayant de nombreux contacts humains, des occupations, étant rassurée par les explications qu'on lui aura donné et gardant l'espoir de guérison, aura tendance à moins ressentir la douleur puisque finalement son impact psychique sera moindre puisqu'il sera compensé par des émotions positives. Pouvons-nous dire que pour traiter la douleur il faudra à la fois agir au niveau nociceptif par le biais d'un traitement antalgique mais aussi au niveau des facteurs pouvant influencer la perception de la douleur ? Concernant la douleur induite quelles thérapeutiques, traitements préventifs peuvent-ils être mis en place ?

Au premier abord lorsque que nous abordons le sujet de la douleur, les antalgiques sont les premiers traitements qui nous viennent en tête puisque ce sont des traitements pharmacologiques visant la diminution de la douleur. L'initiation de ses traitements est basée sur trois points essentiels : le mécanisme douloureux impliqué, l'intensité de la douleur évaluée par le malade et les contre indications à la prescription d'un type d'antalgique. Nous remarquons encore que cette initiation dépend de l'évaluation et de l'analyse de la douleur. Il existe trois paliers de traitement antalgique : le palier I correspond aux médicament type paracétamol, acide acétylsalicylique et AINS (Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien), ils sont choisis lorsque l'évaluation de la douleur est comprise entre 1 et 4 selon l'EVA ou l'EN, soit pour les douleurs légères à modérées. Pour des douleurs dont l'évaluation est comprise entre 4 et 7, et plus particulièrement si les douleurs sont de types neuropathiques, ce sont des opioïdes faibles comme la codéine ou le Tramadol qui seront administrés, c'est ce que l'on nomme le pallier II. Les morphiniques représentent le troisième palier d'antalgiques et selon l'intensité de la douleur la dose de morphine administrée varie ainsi que les types de morphiniques puisqu'il existe différents mécanismes et temps de libération.

D'autres traitements pharmacologiques tel que les antidépresseurs ou les antiépileptiques peuvent s'avérer avoir des propriétés antalgiques comme décrit dans le livre « *Pratique du traitement de la douleur* » (Page 77-78) coordonné par le Dr E. Boccard et madame V. Deymier. En effet, il est précisé que les antidépresseurs « *sont devenus des produits de référence dans le traitement des douleurs neuropathiques [...] qu'elles soient d'origine traumatique, métabolique, toxique ou invasive.* » (Page 77), nous pouvons les considérer comme des co-analgésiques. Les antiépileptiques peuvent être utilisés, particulièrement la Carbamazépine dans le traitement de la névralgie du Trijumeau. Cependant l'efficacité de ces produits n'est pas absolue, ils ne peuvent donc suffire à la prise en charge des douleurs neuropathiques. De plus il est nécessaire de préciser que chaque traitement pharmacologique détient un temps d'action et de durée. Par conséquent pour la prévention de la douleur induite il sera nécessaire de les prendre en compte afin que l'administration du traitement soit pertinente et efficace (Cf. annexe n°2, page II). Une autre thérapeutique médicamenteuse connue est le Méopa (Kalinox). Elle permet une sédation consciente sans effet anesthésique par conséquent son utilisation pour pallier la douleur induite est très efficace. Encore faut-il qu'elle soit disponible dans le service. Aussi il existe des anesthésiques locaux permettant de prévenir la douleur induite tel que les crèmes anesthésiantes comme l'EMLA, contenant de la lidocaïne et prilocaïne, pouvant être utilisées lors d'une prise de sang, une injection, la pose d'une voie veineuse périphérique. Également la xylocaïne est un anesthésiant utilisées pour prévenir la douleur induite par des soins tel que la réfection de pansements. Or ils sont encore trop peu utilisés pourtant l'Académie nationale de médecine dans son rapport sur les avancées dans le domaine des douleurs et de leur traitement (mars 2001), préconise d'utiliser une méthode d'anesthésie cutanéomuqueuse pour toutes les manœuvres douloureuses au cours de soins postopératoires. Ce manque d'utilisation des thérapeutiques médicamenteuses, souligné par A. Couteaux et E. Collin dans leur article que nous avons déjà précédemment cité, est-elle dû à un manque de matériel à disposition, à une banalisation de ces soins et des douleurs en découlant par les soignants ou encore un manque de temps ?

Des traitements non médicamenteux sont aussi envisageables pour tenter de pallier les douleurs induites. Ils doivent être réalisés en complément des traitements médicamenteux ou en cas d'impossibilité d'initiation d'un tel traitement. Les stimulations thermiques comme les vessies de glaces ou les bouillottes par exemple peuvent induire un effet analgésique. La

kinésithérapie quant à elle est fréquemment utilisée pour diminuer les douleurs chroniques. Or dans un contexte d'hospitalisation longue où les soins induisent une douleur à la mobilisation par exemple, la kinésithérapie peut s'avérer intéressante pour limiter les douleurs qui en découlent. Aussi, de plus en plus d'infirmiers se forment et pratiquent la relaxation ou l'hypnose qui est selon J. Godin « *Un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur.* ». Cette technique thérapeutique nécessite à la fois la création d'une relation avec le patient douloureux, une disponibilité dans le temps et dans l'espace et une formation du professionnel. Par conséquent même si elle est de plus en plus utilisée elle ne peut être considérée comme suffisante dans le traitement des douleurs induites mais il faut continuer de la préconiser et former les soignants le plus possible.

Comme nous avons pu le souligner précédemment, la douleur d'une personne peut être influencée par plusieurs facteurs (Cf. annexe n°1, page I). Pour tenter de diminuer les douleurs de son patient l'infirmier doit les prendre en compte. En effet l'infirmier peut essayer d'agir sur ces facteurs lorsqu'il en a la possibilité cependant pour cela il doit prendre le temps de les déterminer et en fonction de mettre en place des actions. Il s'agit ici de son rôle propre. Par exemple si le patient démontre une anxiété face au soin que l'infirmier va lui prodiguer celui-ci peut prendre le temps de le rassurer en lui expliquant le soin, en tentant de détendre l'atmosphère avec de la musique, en parlant d'autres choses... Chaque soin sera anticipé et vécu différemment selon l'individu, ses émotions ainsi que son état mental peuvent être déterminants dans l'intensité de la douleur ressentie. L'infirmier doit donc faire preuve d'une grande capacité d'adaptation à la personne. Certains patients auront besoin de plus d'explications, d'informations leur permettant de comprendre le soin, son objectif et ainsi de l'accepter et éviter au maximum l'accentuation de la douleur par les facteurs de stress ou d'anxiété. Pour illustrer nos dire, C. Walter dans le livre « *soins infirmiers et douleurs* » de la page 247 à la page 270, tente de proposer des axes d'amélioration qui, selon lui, permettrait de diminuer la douleur induite lors de la réalisation de certains soins. Pour tout soin il préconise d'informer dans les limites et le respect des décrets et des règles professionnelles. De plus, en prenant pour exemple plusieurs soins, il tente de décrire la meilleure manière de les réaliser afin de prévenir les désagréments physiques mais aussi psychiques qu'ils pourraient engendrer. Il est aussi nécessaire de prendre en compte la douleur psychique pouvant être induite par une

intrusion dans l'intimité de la personne que ce soit, là aussi, physique lors d'une toilette par exemple ou psychiquement lors d'un entretien avec un infirmier en psychiatrie. Nous pouvons finalement constater que prévenir la douleur induite par les soins nécessite un savoir-faire en ce qui concerne la technicité des soins mais aussi un savoir être, un comportement professionnel. L'infirmier a effectivement un rôle prescrit mais aussi un rôle propre et il doit tout mettre en œuvre pour le bien être de son patient et cela passe par la création d'une relation dont nous avons décrit précédemment les différentes composantes. Dans ces situations d'induction de douleur l'infirmier doit se montrer empathique, il doit prendre en compte les émotions et ressentis de ses patients qui peuvent modifier leur perception de la douleur. Il doit écouter, se montrer compréhensif, prendre le temps d'expliquer, de distraire, d'informer, de rassurer tout en respectant les règles définies par la technicité du soin. Face à la douleur de son patient, son angoisse, sa tristesse, l'infirmier doit comprendre ces émotions pour les intégrer à la prise en charge. Mais finalement qu'est-ce que les émotions ? Comment les comprendre, les prendre en compte, les utiliser dans la pratique professionnelle ? De plus la perception et la compréhension de ces émotions par l'infirmier doit aussi engendrer des émotions chez celui-ci. Dans sa pratique professionnelle qu'elle est la place de ses émotions ? Comment peut-il les utiliser ? Représentent-elles une limite au bon déroulement de la prise en charge ? L'infirmier doit-il être dénué d'émotions pour être un professionnel digne de ce nom ?

3. Les émotions :

Les émotions détiennent une place importante au sein de la vie des Hommes, en effet elles sont quotidiennement présentes et s'imposent à tous. Physiologiquement, la régulation des émotions se fait au niveau du système limbique qui correspond à un ensemble de zones du cerveau jouant aussi un rôle dans l'olfaction et la mémoire. Par conséquent nous pouvons admettre que la douleur et les émotions d'une même personne sont inéluctablement liées puisqu'elles prennent toutes deux conscience dans le système nerveux. Or notre sujet portant sur les émotions de l'infirmier face à la douleur qu'il induit à son patient nous pouvons nous interroger sur le rapport possible entre la perception des émotions d'autrui et leurs répercussions sur l'infirmier. Pour cela il sera nécessaire de définir ce que représente les émotions, d'exposer les différentes émotions auxquelles chacun est confronté et ainsi définir les mécanismes de défense permettant à chacun de les contrôler. Pour finir nous exposerons leur place dans la pratique infirmier, leur rôle, leur importance mais aussi leurs limites nécessitant de la part de l'infirmier une capacité de compréhension des émotions d'autrui et de contrôle de ses propres émotions.

3.1. Définition

Étymologiquement, le mot émotion vient du latin « *e movere* » qui signifie : ébranler, mettre en mouvement. « *L'émotion est avant tout mouvement* » selon Anter et Mellier dans leur article « *L'émotion, un mouvement vers l'autre ?* ». Dans le dictionnaire le Larousse l'émotion est définie comme étant une « *réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». Cette définition nous permet de mettre en avant le fait que les émotions découlent d'un stimulus extérieur engendrant une réaction plus ou moins importante dans le temps. La description de cette réaction est complétée par Christine Paillard qui relève dans « *le dictionnaire des concepts en soins infirmiers* » les dires de F Lelord et C André : « *l'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions)* ». (Page 168). En effet, les émotions se répercutent sur l'ensemble de l'organisme par des changements corporels entraînant de nombreux phénomènes biologiques tel que l'hypersudation, la tachycardie, la tachypnée, les pleurs... De plus, la perception des émotions entraîne différents changements hormonaux et biochimiques puisqu'un état de joie va permettre au corps de libérer de la dopamine, en cas de douleur

l'endorphine sera sécrétée, le stress entraîne la libération de l'adrénaline... Aussi chaque émotion entraîne des modifications de l'activité cérébrale sur lesquelles les recherches sont encore importantes puisque nous ne détenons pas encore la totalité des informations nous permettant de définir exactement les répercussions des émotions sur l'activité cérébrale. D'ailleurs peut-être est-ce l'activité cérébrale qui joue un rôle sur les émotions de l'individu ?

Nous pouvons aussi nous demander si les émotions de chaque individu peuvent être comparables et proportionnelles ? Pour répondre à cela, P. Ekman a écrit en 1973 que « *les mêmes expressions faciales sont associées aux mêmes émotions indépendamment de la culture ou du langage* » (page 339). Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que l'expression et la reconnaissance des émotions est universelle. Elles font partie intégrante de chaque individu et sont finalement comparables chez chacun d'entre nous. Mais finalement à quoi servent-elles, qu'elles sont leurs fonctions, leurs rôles ?

Dans le dictionnaire du corps rédigé par M. Marzano, nous pouvons relever plusieurs auteurs ayant tenté d'émettre des réponses à ces questions. Selon Darwin « *Les émotions sont de caractères adaptatifs [...] L'expression des émotions aurait une fonction de communication.* » (Page 339). En effet comme nous avons pu le voir les émotions entraînent des réactions corporelles souvent incontrôlables et perceptibles par l'autre qui par conséquent en déduit l'émotion ressentie par la personne et donc réagit en fonction. La communication étant l'ensemble des interactions avec autrui qui transmettent une quelconque information nous pouvons donc admettre le rôle des émotions et des réactions qui en découlent dans la compréhension d'autrui ainsi que dans la mise en place d'action en adéquation avec les réactions perçues et donc l'émotion que nous déduisons. Ici nous pouvons relever une nouvelle fois l'importance de l'universalité des émotions et des réactions qui en découlent puisqu'elles nous permettent de comprendre l'autre grâce à la comparaison entre les émotions que la personne nous renvoie et nos propres émotions. Finalement les émotions sont des stratégies adaptatives permettant aux Hommes de résoudre, sans recourir au raisonnement donc automatiquement, les problèmes auxquelles leur environnement les confronte mais aussi de percevoir et de comprendre les émotions de l'autre afin d'engager des actions corrélées. De plus M. Marzano cite A. Damasio qui expose que « *la faculté de raisonner s'est probablement développée au cours de l'évolution sous l'égide de mécanismes de régulation biologiques qui*

se traduisent notamment par la capacité d'exprimer et ressentir des émotions. » (Page 340). Nous pouvons donc en déduire que l'apprentissage joue un rôle important dans la détermination du moment et des modalités de la mise en action des processus émotionnels puisqu'il peut moduler l'exécution de processus stéréotypés innés, en intervenant sur la composante. Par conséquent les comportements émotionnels sont modulés et diversifiés par les apprentissages sociaux mais gardent un caractère universelle nécessaire à la communication et à la compréhension des émotions d'autrui très important au sein de la pratique infirmier. Nous comprenons donc ce que représentent les émotions, leurs répercussions sur la vie quotidienne ainsi que leurs fonctions. Cependant qu'elles sont ces différentes émotions ? Comment les reconnaître et les différencier ? C'est ce que nous allons tenter d'éclaircir dans la partie suivante.

3.2. Les différentes émotions

Les émotions représentent un concept complexe. Précédemment nous avons exposé le concept dans sa globalité, nous souhaitons maintenant exposer et définir les différents types d'émotions. Ceci nous permettra de les différencier et ainsi exposer leurs répercussions et leurs conséquences pour pouvoir mettre en place des actions en adéquation avec chacune de ces émotions au sein de la pratique infirmière.

Tout d'abord nous pouvons affirmer, en s'appuyant sur les dires de M. Marzano dans « *Le dictionnaire du corps* », qu'il existe deux grands types d'émotions : « *les émotions fortes, celles qui marquent, qui deviennent des jalons de la mémoire personnelle : les grandes joies, les peines et les peurs – nous avons tous notre répertoire personnel, qui se confond avec notre histoire. Il y a aussi des émotions plus modestes, celles qui font le climat émotionnel de chaque jour, sorte de base continue sur laquelle se détachent des notations plus saillantes, accompagnant les gestes quotidiens.* » (Page 337). De cette distinction entre les émotions dites fortes et celles considérées comme plus modestes nous pouvons en déduire qu'au sein de leur pratique les infirmiers peuvent être confrontés à ces deux types d'émotions. En effet, nous pouvons souligner que les émotions accompagnent les gestes quotidiens. L'infirmier en réalisant des actes qu'ils soient techniques, de confort ou relationnels est confronté à ses émotions et doit les contrôler pour rester professionnel malgré elles. Effectivement, les pleurs d'un patient peuvent l'affecter et induire de la tristesse, l'odeur des excréments lors d'un change peut

engendrer du dégoût chez l'infirmier mais dans toutes les situations il doit savoir gérer pour prendre en charge son patient avec tout le professionnalisme possible. En ce qui concerne les émotions dites fortes l'infirmier doit impérativement s'en protéger pour son bien être à lui-même puisqu'il ne faut pas que ses émotions se répercutent sur sa vie personnelle, elles doivent donc rester passagères, de courte durée. Par exemple, dans sa pratique l'infirmier peut être confronté à une situation d'urgence engendrant une peur dont il se souviendra. Aussi l'accompagnement d'un patient en fin de vie ou la réalisation d'un geste induisant de la douleur peut engendrer de la peine, de la tristesse, nous comprenons alors la nécessité de se protéger dans cette profession souvent énoncée derrière l'idée « de mettre des barrières », la distance professionnelle. Aussi démontrer sa tristesse pour un patient, sa peur ou le dégoût ne sera considéré comme une réaction adaptée et professionnelle. Nous pouvons donc dire que les émotions sont constamment présentes dans la pratique infirmière cependant les infirmiers doivent impérativement développer leur capacité à gérer leurs émotions à la fois pour rester professionnel dans toutes situations et être apte à mettre en place les actions en adéquation avec la situation mais aussi pour que leurs émotions n'envahissent pas leur vie personnelle en ayant des répercussions sur leur propre bien être ou leur entourage.

Nous avons déjà cité précédemment différentes émotions tel que la tristesse, la peur ou encore le dégoût mais combien en existe-t-il ? Qu'elles sont les émotions auxquelles l'infirmier est confronté dans sa pratique professionnelle ? Dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, C. Paillard en s'appuyant sur les dires de P. Ekman dans son livre « *Handbook of cognition and Emotion* » (chapitre 3 : Basic Emotions) expose six émotions de bases : la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise et la joie. Certains auteurs tel que Izard ajoutent à ses 6 émotions le mépris, la détresse, l'intérêt, la culpabilité, la honte ou encore l'amour. Ces émotions « *basales ou primaires sont caractérisés par des éprouvés spécifiques (affects), des expressions comportementales spécifiques et des manifestations physiologiques tout aussi spécifiques. Ces trois composantes forment la classique triade émotionnelle qui caractérise chaque émotion.* » (Page 17), selon J. Cosnier dans son ouvrage « *Psychologie des émotions et des sentiments* ». Les émotions sont donc déterminées par le ressenti de la personne (l'individu est le seul capable d'exprimer ce qu'il ressent), son comportement (il fuit, il est tétanisé, silencieux, changement du faciès ...) ainsi que ces réactions physiologiques (accélération rythme cardiaque, respiratoire, hypersudation, ...). De plus pour spécifier les différentes

émotions de base Paul Ekman a énuméré neuf caractéristiques répertoriées dans l'ouvrage de J. Cosnier (Page 18 à 23). En effet il met tout d'abord en avant l'universalité des signaux émotionnels, comme nous avons pu le constater précédemment les émotions sont innées et universelles. C'est la capacité de contrôle qui diffère chez chacun et se développe par le biais de l'apprentissage. Cette universalité est soutenue par la présence d'expression comparable chez l'homme et chez les autres Primates. Aussi P. Ekman expose que chaque émotion détient ses réactions physiologiques et que les événements déclencheurs sont aussi comparables et entraînent donc des réactions émotionnelles tout aussi comparables. De plus les émotions nous apparaissent spontanément et rapidement, leur durée est limitée et n'est ni volontaire ni raisonnée. Cependant selon les groupes culturels et la personnalité, plusieurs modalisations sont possibles en utilisant des mécanismes de défense ainsi que des mécanismes adaptatifs permettant un certain contrôle de ses émotions c'est que nous allons éclaircir dans une prochaine partie.

Nous allons maintenant tenter de définir succinctement chacune des émotions primaires dans l'optique d'en distinguer les caractéristiques et ainsi pouvoir repérer leur possible apparition au sein de la pratique infirmière et plus particulièrement lorsque l'infirmier est confronté à la réalisation d'un soin induisant de la douleur.

Commençons par la peur, nous avons précédemment parler de la peur lors d'une situation d'urgence, en effet lorsqu'un patient décompense, que sa tension diminue ainsi que ses pulsations, où l'on peut entendre « *on est en train de le perdre* », il est facilement concevable que l'infirmier ai peur, qu'il soit inquiet, angoissé, effrayé ... Autant de synonymes du mot peur nous permettant de la qualifier de différentes manières. Selon le Larousse, la peur représente un « *sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace. Appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation* ». En effet physiologiquement la peur entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire préparant ainsi à l'évitement de cette situation. Or l'infirmier lorsqu'il est confronté à la peur dans sa pratique ne peut s'en aller, il faut qu'il agisse malgré cette peur, il doit donc l'affronter car son patient a besoin de lui et il est de son devoir de mettre en place les actions appropriées à ses besoins. Aussi la réalisation d'un geste douloureux peut induire une certaine peur chez l'infirmier qui la qualifiera plutôt d'anxiété, d'angoisse, ce qui minimise l'intensité de l'émotion. L'infirmier dans une telle situation ne doit pas laisser cette peur avoir

un impact sur la réalisation de son soin ou sur l'appréhension du patient, il doit se montrer sûr de lui pour rassurer le patient. L'infirmier a donc le droit d'avoir peur puisqu'il ne le contrôle pas en revanche il ne doit en aucun cas la laisser transparaître et avoir un impact sur la réalisation du soin et l'anxiété du patient.

La colère se définit comme « *un état affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales.* » selon le dictionnaire « *Le Larousse* ». Physiologiquement nous pouvons observer une augmentation de la fréquence cardiaque, de l'amplitude respiratoire, de l'adrénaline ce qui prépare notre corps à faire face à cette situation vécue comme désagréable, frustrante. Au sein de la pratique professionnelle de l'infirmier, la colère est certainement l'émotion qu'il doit éviter pour ne pas déroger à ses devoirs professionnels. En effet pour des raisons diverses et variées, un patient hautain, mal poli, qui va mal parler ou avoir des gestes inappropriés pouvant aller jusqu'à la vulgarité ou à cause d'un problème lors de la réalisation du soin, que celui-ci ne se passe pas comme prévu, l'infirmier peut se sentir dépassé et réagir de manière inappropriée à l'exercice de sa profession (absence d'empathie, utilisation d'un langage grossier, de gestes brusques). En effet l'échec de la réalisation d'un soin majoré par l'induction de douleur et donc la confrontation à la souffrance du patient peut induire des émotions négatives chez l'infirmier. Dans ce cas, il doit pouvoir prendre sur lui de manière à contrôler son irritation, ne pas le démontrer au patient et ainsi respecter son professionnalisme. La colère est certainement une des émotions les plus difficiles à contrôler puisqu'elle est impulsive et pousse à dire ou faire des choses sur le moment que l'infirmier pourrait regretter ensuite. Lorsque la colère ne permet pas à l'individu de résoudre le problème auquel il est confronté, la tristesse apparaît. Elle représente l'état de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie et est caractérisée par une chute du moral, une réduction du niveau d'activité cognitive et comportementale. Elle a donc une fonction d'autoprotection et initie la recherche d'un soutien social qui facilitera la fuite de la situation déprimante. L'infirmier confronté à la douleur de son patient peut ressentir cette émotion puisqu'il peut considérer que c'est de sa faute, parce qu'il ne le réalise pas comme il faut, ce qui le pousse à se remettre en question et peu ainsi induire de la tristesse. Aussi par le biais de l'empathie, la souffrance engendrant la tristesse du patient peut se répercuter sur le soignant. Lorsque l'infirmier parvient à réaliser son soin, que celui-ci est terminé et qu'il n'a plus à induire de la douleur à son patient, il peut ressentir une certaine joie. Elle est associée directement au plaisir et au bonheur, système

permettant d'encourager l'action ce qui induit un renforcement naturel. Cette émotion provoque une augmentation des fréquences respiratoires et cardiaques ainsi qu'une libération d'endorphine et de dopamine accentuant le renforcement naturel. D'autres émotions primaires tel que le dégoût décrit par le dictionnaire le Larousse comme « *une sensation d'écœurement, haut le cœur provoqué par quelque chose qui dégoûte, répugne, induisant divers maux gastro intestinaux accompagnés de nausées* ». Ou encore la surprise définie comme une réaction causée par quelque chose d'imprévu, de nouveau ou d'étrange et induisant une décélération de la fréquence cardiaque et une augmentation du tonus musculaire et de l'amplitude respiratoire, un ton de voix plus élevé et des vocalisations spontanées. Ces deux émotions peuvent apparaître au sein de la pratique infirmière or lors de la réalisation d'un soin douloureux ce ne sont pas celles qui nous viennent principalement puisqu'elles ne seront pas causées par la douleur du patient mais par d'autres facteurs tel que l'odeur ou l'aspect de la plaie par exemple.

Les émotions primaires ne représentent pas à elles seules toutes les émotions et les réactions qui en découlent au sein de la pratique infirmière puisque comme le souligne C. Paillard dans « *Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers* », « *il existe beaucoup plus de termes pour évoquer les émotions liées aux sentiments, par exemple : le désarroi, l'injustice, l'inquiétude, l'effroi, l'impuissance, la dévalorisation...* » (page 169).

Au sein de leur pratique les infirmiers sont donc confrontés à toutes sortes d'émotions, qu'elles soient fortes ou modestes, primaires ou mixtes. Tout au long de leur journée de travail, ils créent des relations différentes avec chacun de leur patient, réalisent des soins qui peuvent s'avérer douloureux et sont confrontés à la souffrance physique mais aussi psychique de leur patient. Leurs émotions sont par conséquent quotidiennement sollicitées, or elles ne doivent pas limiter leur professionnalisme et donc ne pas être apparentes et avoir des répercussions sur les patients. Même si l'infirmier s'efforce de cacher ses émotions, de ne pas les verbaliser, nous avons précédemment vu que les émotions induisent des symptômes physiologiques alors comment les dissimuler ? Comment l'infirmier parvient-il à contrôler ses émotions de manière que son patient ne les remarque pas ?

3.3. Les mécanismes de défenses

J. Cosnier dans son ouvrage « *Psychologie des émotions et des sentiments* » définit les mécanismes de défense comme étant « *une expression psychanalytique pour désigner des opérations mises en œuvre par le Moi pour se protéger du Surmoi qui risquerait de provoquer des affects pénibles tel que honte, culpabilité, dégoût, si le fantasme sous-jacent devient conscient* » (Page 80). Ce sont donc des processus psychologiques inconscients, automatiques et provisoires, utilisés par le moi pour se protéger d'un danger pour l'intégrité et la constance du Moi, notamment l'anxiété et ainsi maîtriser ses émotions. Les mécanismes de défense sont utilisés dans un fonctionnement psychique normal mais aussi et surtout dans les troubles psychopathologiques. Ils peuvent se combiner, s'alterner, évoluer. Quels sont donc les mécanismes de défense que l'infirmier peut mettre en place lorsqu'il réalise un soin douloureux ?

Dans sa pratique professionnelle, l'infirmier met en place de nombreux mécanismes de contrôle individuel. J. Cosnier dans son ouvrage (Page 89) précédemment cité regroupe ces mécanismes en quatre types ce qui nous permet de mieux les comprendre. Tout d'abord il expose que « *la verbalité ainsi que la motricité et les activités coordonnées ont la propriété de réduire le niveau émotionnel* » (page 87). En effet c'est essentiellement grâce à la parole que les mécanismes de défense sont réalisables. Les mécanismes de décharge permettent le contrôle de ses émotions grâce à une parole forte, abondante et rapide. Contrairement aux mécanismes répressifs qui s'appuient sur la maîtrise à la fois de la parole, de la voix mais aussi des gestes et des pensées permettant ainsi d'éviter de démontrer son émotion et ainsi la canaliser. Il définit aussi des mécanismes cognitifs permettant par le biais de la concentration sur autre chose de se décentrer de la situation émotionnellement chargée et ainsi éviter ou minimiser les émotions qui en découlent. Aussi par le biais de la rationalisation ou l'anticipation de l'aboutissement heureux l'infirmier utilise un mécanisme cognitif lui permettant de contrôler ses émotions. Le dernier mécanisme décrit par J. Cosnier est celui de la relation. En effet, l'utilisation d'un « *support social* » permettant de partager l'émotion avec autrui diminue l'impact de celle-ci par le biais de la verbalisation et de l'expression. De plus, l'infirmier utilise des modalisations, qui sont propres à chaque structure de caractère, de façon à maintenir avec l'objet une distance acceptable et sécurisante, ce qui sera défini au sein de la pratique infirmière comme la distance professionnelle. « *La juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine*

conscience de la différence des places. » d'après Pascal Prayez (Page 213). Selon lui, c'est « *l'identification à l'autre [...] (qui) nous fait perdre toute distance* » (Page 9). La capacité à établir une distance professionnelle dépend de plusieurs facteurs, tout d'abord intrinsèques tels que la personnalité du soignant, ses valeurs, son histoire de vie, ses différentes expériences professionnelles ; mais aussi liés au contexte tel que l'âge du patient, le lieu et la durée de prise en charge, la gravité de sa pathologie ainsi que les affinités entre les deux protagonistes. Chaque relation entre soignant et soigné est unique et de ce fait il ne peut exister de règles ou de normes à suivre qui permettrait aux infirmiers de toujours avoir la juste distance professionnelle même si certain moyen comme le vouvoiement tente de l'accroître. De plus cette idée peut être appuyer par les dire de M. Phaneuf qui, dans son article « *L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ?* », conclut que « *le transfert et le contre transfert sont, des projections inconscientes de nos émotions, ils sont évidemment influencés par l'histoire du patient et celle de l'infirmière, mais aussi par des affects manifestés parfois longtemps auparavant par des personnes signifiantes de leur vie.* ». En effet le contre transfert est une projection inconsciente d'émotions (positives ou négatives) de l'infirmière vers le patient et le transfert, lui, projette sur le soignant des émotions personnelles. Par conséquent nous pouvons admettre qu'il appartient à chacun des soignants d'auto évaluer et adapter sa propre distance avec son patient en fonction de la dynamique de la relation. Malgré tout, le code de déontologie des infirmiers du Québec tente d'établir une norme et expose que « *Pendant la durée de la relation professionnelle, l'infirmière ou l'infirmier ne peut établir des liens d'amitié, intimes, amoureux ou sexuels avec le client. Pour déterminer la durée de la relation professionnelle, l'infirmière ou l'infirmier doit tenir compte, notamment, de la vulnérabilité du client, de son problème de santé, de la durée de l'épisode de soin et de la probabilité d'avoir à redonner des soins à ce client.* ». Effectivement nous ne pouvons nier ces dires cependant sans dépasser les limites énoncées précédemment, ces limites sont personnelles et dépendent de chaque soignant et je dirai même de chaque relation que le soignant établi avec chaque patient. En revanche le non-respect de la distance professionnelle ou le dépassement de cette distance malgré les efforts du soignant peuvent engendrer un épuisement professionnel. Finalement la juste distance peut être considérée comme un mécanisme de défense, de protection or elle peut avoir des conséquences à la fois sur le patient mais aussi sur le soignant, qu'il faut éviter au maximum.

En s'appuyant sur l'étude de M. Grosjean (page 69), J. Cosnier décrit trois types de mécanismes permettant la régulation de nos propres émotions. La régulation par empathie qui consiste à démontrer, parfois de manière excessive, à l'autre que nous comprenons ce qu'il ressent, ses émotions ce qui permet de les normaliser. La régulation par mise à distance par le biais de l'humour ou du récit de la situation ce qui permet de la verbaliser, d'en rire et ainsi de diminuer l'impact émotionnel de cette situation. Et pour finir, la régulation par réassurance lorsque l'infirmier a fait une erreur, qu'il se sent coupable, il va minimiser la faute en se trouvant des excuses réelles ou fictives lui permettant d'accepter son erreur.

Également, le docteur Alain Toledano dans son article « *Les mécanismes de défenses des soignants* » expose les différents mécanismes de défense qui, selon lui, sont utilisés par les soignants ainsi que leurs conséquences pour le patient. Tout d'abord il parle de la banalisation qui consiste à se focaliser sur la maladie et la souffrance physique sans considérer la souffrance psychique ce qui induit un manque de considération et entraîne chez le patient la sensation de ne pas être écouté, compris. L'infirmier pour se protéger de ses émotions peut aussi utiliser la dérision, l'ironie cependant cela altère la communication par conséquent le patient risque de se replier sur lui-même, dans son angoisse et aura un sentiment de solitude. Le mécanisme d'esquive engendre aussi cette sensation de solitude puisque la relation soignant-soigné ne sera pas constructive. Aussi l'infirmier peut aussi utiliser le mécanisme d'évitement en fuyant la situation difficile pour ne pas y faire face, alors le patient aura l'impression d'être exclu. Par le biais de la fausse réassurance l'infirmier optimise la situation et crée ainsi un espoir artificiel ce qui crée un décalage avec la réalité médicale. De plus certains mécanismes tel que « la fuite en avant » où l'infirmier met en avant un savoir et un vocabulaire médical afin de se décharger de son fardeau ; ou la rationalisation dans lequel le discours est hermétique et incompréhensible par le patient entraîne une majoration de l'angoisse ainsi qu'une altération voire une absence de relation de soins. Parfois l'infirmier, en attribuant au patient ses propres sentiments, réactions, pensées ou émotions se donne l'illusion de savoir mieux que le patient ce qui est bon pour lui. En utilisant ce mécanisme pour se protéger l'infirmier peut provoquer un sentiment de culpabilité chez son patient et ainsi majorer ses angoisses si sa souffrance persiste alors qu'il a suivi les consignes données par l'infirmier ou le médecin. Le mécanisme le plus dommageable est le mensonge. En mentant à son patient l'infirmier évite l'angoisse de celui-ci cependant cela crée une désillusion et si le mensonge est découvert la relation de confiance primordiale sera

anéantie. Tous ces mécanismes permettent aux infirmiers d'éviter de se retrouver confronté à une situation émotionnellement chargée face à la tristesse, à l'angoisse ou encore à la souffrance du patient. selon le docteur A. Toledano « *Si chaque soignant pouvait être conscient de ses propres mécanismes de défense face à la maladie grave, et remettre en question parfois ses attitudes spontanées, cela faciliterait souvent la relation avec les patients en souffrance.* » (page 2) de plus il reprend les dires de Martine Ruszniewski dans son ouvrage « *Face à la maladie grave* » : « *Identifier ses défenses, c'est aussi se révéler plus apte à reconnaître celles du patient* » (page 1). *En ayant conscience des mécanismes qu'il utilise pour se protéger l'infirmier pourra alors mieux analyser le comportement ainsi que les paroles de son patient en ayant conscience des répercussions de ses actes et en les considérant.*

Nous avons précédemment vu les possibles conséquences des mécanismes de défense mis en place par l'infirmier. Mais qu'elles sont les conséquences d'un échec de mise en place de mécanisme de défense pour le soignant ?

Parfois, les mécanismes de défense ne suffisent pas, alors les émotions que l'infirmier cherche, dans le meilleur des cas, à éviter sinon au moins à contenir lui apparaissent, il ne parvient pas à les canaliser. J. Cosnier dans son ouvrage « *Psychologie des émotions et des sentiments* » expose ce qu'il nomme « *les ratés du contrôle* » (Page 98). Selon lui, si l'efficacité des mécanismes de défense est insuffisante et qu'il échoue c'est l'anxiété pouvant aller jusqu'à l'angoisse qui apparaîtra. Ces deux émotions font partie des « états timériques » et se distinguent en fonction de leur durée, de leur intensité et des circonstances de leur apparition. En effet l'angoisse et l'anxiété sont des états de peur anobjectif ayant des répercussions physiques (hypersudation, tachycardie, hypertension...), leur apparition lors d'un soin infirmier induisant de la douleur entrave le soin car l'infirmier aura plus de difficulté à le réaliser dans de bonnes conditions. De plus l'anxiété du soignant risque de se répercuter sur le patient. Or ce sont des émotions de la vie quotidienne et il existe divers mécanismes de défense permettant de faire face et de contrôler de manière individuelle et personnel l'apparition de telles émotions. Cependant c'est par le biais de la trop grande intensité de ces états ou par leur passage à chronicité que le stress apparaît. Cette émotion est un déséquilibre perçu entre ce qui est exigé de la personne et les ressources dont elle dispose pour répondre à ces exigences. Son apparition peut être banale et ne pas avoir de répercussion or lorsqu'elle est éprouvée dans la durée elle devient un risque pour la santé et la sécurité de la personne. En effet, le syndrome d'épuisement

professionnel, le burnout correspond à l'ensemble des réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante. Dans une telle situation, l'infirmier est épuisé émotionnellement, et éprouve un sentiment de non-accomplissement au travail ce qui crée une frustration et un mal être quotidien, ce que nous cherchons finalement à éviter.

Savoir interpréter ses réactions, reconnaître ses émotions et les gérer est donc presque une obligation pour les infirmiers afin de parvenir à rester professionnel mais aussi à ne pas se laisser dépasser par leur travail et les émotions qui en découlent. D'où l'importance d'un travail en équipe. Il permet d'être épauler, de ne pas être seul. La cohésion d'équipe peut permettre d'affronter certaines situations suscitant un trop plein d'émotions. En effet il est plus facile mais aussi plus professionnel d'exprimer ses sentiments à ses collègues plutôt que devant le patient. Finalement les mécanismes de défense inconscients ne suffisent pas pour avoir un contrôle total. C'est pour cela que les infirmiers doivent apprendre à gérer leurs émotions et connaître les mécanismes de défenses qu'ils utilisent pour parvenir à les contrôler leur profession quotidienne d'infirmier. Les émotions sont souvent évitées lors de la pratique infirmière or ont-elles une place au sein de la profession ? Les émotions ne jouent-elles pas un rôle dans la prise en charge des patients ? Et plus particulièrement lors de la perception de douleurs ?

3.4. L'intelligence émotionnelle

La pratique en soins infirmiers nécessite le développement de diverses compétences permettant d'arriver à un jugement clinique sûr, par le biais de l'intelligence rationnelle de l'infirmier. L'intelligence rationnelle est définie par M. Phaneuf dans son article « *Les intelligences émotionnelles et sociales des outils pour la relation* » comme étant « *celle qui nous confère notre capacité d'analyse, de synthèse, de raisonnement, de jugement clinique et de résolution des problèmes. [...] Son importance est primordiale pour la planification, l'exécution et l'évaluation des soins.* » (Page 1). Cette intelligence est indispensable dans la pratique professionnelle de l'infirmier à la fois pour recueillir les informations et mettre en place des actions en adéquation mais aussi pour la communication. Or la communication infirmière nécessite de prendre en compte le caractère verbal de celle-ci mais aussi tout ce qu'il pourra percevoir par le comportement, la communication non verbale de son patient. Prendre en compte les émotions de son patient qu'il perçoit est indispensable et permet d'humaniser sa

prise en charge sans quoi la communication perdrait tout son sens. En effet, M. Phaneuf expose que « *Pour développer une approche responsable, le soignant doit chercher à saisir la signification de la situation dans laquelle elle est impliquée, analyser non seulement les réactions du malade, mais aussi les siennes afin d'orienter son jugement et son comportement et d'en tirer le meilleur parti possible dans l'intérêt du malade.* » (Page 3-4). Cette théorie se réfère au concept d'Humanité qui, selon Yves Gineste et Rosette Marescotti, ne consiste pas seulement à traiter les personnes avec humanité mais à les réhabiliter dans ce qu'elles possèdent de typiquement humain et ainsi d'améliorer les relations soignants/soignés. Cela sous-entend finalement de prendre en compte tout ce qui humanise les patients donc particulièrement leurs émotions, leurs souffrances, leurs peurs mais aussi leurs joies. C'est finalement une approche de soins fondé sur l'adaptation du soignant au patient, qui doit toujours être considéré comme une personne. C'est aussi une philosophie du lien, du soutien et de l'accompagnement dans laquelle chacun est considéré comme quelqu'un d'autonome à vie, qui peut faire ses propres choix et sait ce qui est le mieux pour lui. Finalement cela correspond à un ensemble de savoir-faire adapté et positif pour améliorer la qualité des soins et le bien être des patients en les considérant et en considérant leurs émotions.

Soins infirmiers et émotions sont indissociables puisque les émotions du patient ainsi que celles du soignant font partie intégrante de la profession. Aussi, les infirmiers, doivent développer une capacité de contrôle pour que celles-ci n'impactent ni la prise en charge de leur patient ni leur capacité d'action, ni leur santé mentale, ni leur vie personnelle. C. Paillard dans « *Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers* » expose les dires de F. Michon : « *Le soignant, pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ces émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer. Il fait preuve alors « d'intelligence émotionnelle » en connaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant* » (page 169). Le concept d'« *Intelligence émotionnelle* » (l'IE) est relativement récent puisqu'il a été défini par Abelson en 1963 et sa première utilisation officielle fut en 1990 par J. Mayer et P. Salovey qui l'ont décrit comme étant « *la capacité à percevoir l'émotion, à intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre les émotions et à les maîtriser afin de favoriser l'épanouissement personnel* » (M. Marc, « *Définition de l'intelligence émotionnelle* »). C'est grâce à la parution de l'ouvrage « *L'intelligence émotionnelle* » de D. Goleman que ce concept est dorénavant mondialement connu. Il propose un modèle s'articulant autour de cinq compétences primordiales : tout

d'abord, la conscience de soi qui représente la capacité à réaliser et comprendre nos propres émotions ainsi que leurs effets sur les autres. La maîtrise de soi permet d'accepter et de gérer adéquatement nos émotions. La motivation interne permet d'évaluer notre motivation et nous automotiver. Ces trois compétences sont personnelles, Goleman expose aussi 2 compétences sociales. L'empathie que nous avons précédemment décrite par le biais de la relation empathique et qui permet finalement de reconnaître et comprendre les émotions des autres. Il faut aussi que l'infirmier puisse gérer harmonieusement ses relations avec les autres, c'est ce qu'il décrit sous le terme des « aptitudes sociales ». Il considère que l'intelligence émotionnelle dépend de ces compétences et de la capacité de chacun à les développer et les perfectionner.

BAR-ON (1997-2000), directeur de l'Institut des intelligences appliquées du Danemark en développant le concept d'intelligence émotionnelle de Goleman a créé son propre modèle et a ainsi fait apparaître le terme de « quotient émotionnel » (QE). En effet toute personne a déjà entendu parler du quotient intellectuel qui permet de réussir à l'école, de faire de grandes études et ainsi de pouvoir avoir le diplôme que l'on souhaite pour faire le métier que l'on souhaite. Or *« qu'en est-il des qualités personnelles de motivation, de persévérance, de la capacité de travailler et de vivre ensemble ? S'adapter à une réalité difficile et poursuivre son travail dans des conditions demandant beaucoup d'efforts sont de grande qualité »* (Page6) indispensables particulièrement pour l'exercice des soins infirmiers.

En raison du contexte émotionnellement chargé du travail en soins infirmiers, connaître cette théorie permet d'en comprendre les applications possibles et ainsi de développer et enrichir la relation aux autres. M. Marc, qui a étudié les différentes théories concernant l'IE propose une définition commune : *« C'est la capacité à percevoir ses propres émotions ainsi que celles des autres, à les comprendre, à les utiliser et à les réguler pour atteindre un objectif clairement défini. Cela met donc en avant une connaissance précise puis une analyse rationnelle des émotions. »* (Page 5). Pour ce faire, l'IE repose sur un ensemble de compétences qui nous permettent de comprendre son importance dans la vie de chacun et particulièrement lorsqu'on exerce le métier d'infirmier. Margot Phaneuf expose dans son article ce que permettent ces compétences : *« Identifier nos propres émotions et celles des autres ; Exprimer correctement nos émotions et aider les autres à exprimer les leurs ; Comprendre nos propres émotions et celles des autres ; Gérer nos émotions et de nous adapter à celles des autres ;*

Utiliser nos émotions et les habiletés propre à l'intelligence émotionnelle dans différentes sphères d'activités : pour bien communiquer, prendre de bonnes décisions, gérer nos priorités, nous motiver et motiver les autres entretenir de bonnes relations interpersonnelles, faire des apprentissages, réussir dans la vie. » (page 6). Finalement ce concept voudrait que dès la formation en soins infirmiers l'intelligence émotionnelle de chacun soit développée au même titre que l'intelligence rationnelle puisque le fait de porter attention à nos propres émotions nous prédispose à saisir et à comprendre celles des autres. Il faut se comprendre soi-même avant de vouloir comprendre les autres et pouvoir les aider, les accompagner.

IV. Enquête exploratoire sur le terrain

1. Méthodologie

1.1. Choix de l'outil :

La rédaction de ce travail de fin d'études nécessite l'utilisation de la méthode clinique de recherche décrite par Le Petit Robert comme étant « *une démarche de type scientifique qui repose sur un mode de confrontation des idées issues de l'expérience et de l'imagination avec données concrètes et réelles, dans le but de confirmer, de nuancer ou de rejeter ses idées de départ. La recherche permet de constituer un corpus de connaissances (y compris de connaissance nouvelles), la maîtrise des méthodes et des processus et un questionnement sur les pratiques* ». Les enjeux de ce type de recherche sont multiples et permettent à la fois la promotion de la santé des individus et des groupes, l'amélioration de la qualité des soins, le développement de l'ensemble des pratiques soignantes, la construction de savoirs par la communication et le partage des travaux de recherche ainsi que le renforcement de la professionnalisation et de l'identité professionnelle. La méthode clinique utilisée dans ce travail de recherche vise à comprendre un phénomène ici psychologique par rapport aux émotions des infirmiers lorsqu'ils réalisent des soins douloureux.

L'objectif de notre enquête étant d'identifier les caractéristiques individuelles pouvant expliquer les variations comportementales des individus concernant la gestion des émotions face à la douleur induite par les soins, il s'inscrit dans une méthode différentielle. Nous avons donc réalisé une enquête exploratoire par le biais d'un entretien semi-directif. L'entretien représente une situation de communication orale entre l'enquêteur et l'enquêté. Les données recueillies sont donc essentiellement des opinions, des informations qualitatives ce qui était indispensable au vu de mon sujet portant sur les émotions qui sont très personnelles et subjectives.

Nous avons choisi de réaliser un entretien semi-directif car notre sujet comporte un certain nombre de thèmes que nous avons identifiés dans un guide d'entretien (voir annexe 2) préparé au préalable dans lequel des questions seront posées selon un protocole puisque nous recherchons des informations précises. En effet nous avons établi une question de départ ainsi que plusieurs questions de relance pour chaque thème. Ce type d'entretien permet de faciliter

l'expression propre de l'interviewer et cherche à éviter qu'il ne se sente enfermé dans des questions. Nous pensons qu'il est nécessaire de leur laisser la possibilité de s'exprimer avec leurs propres mots afin de permettre à la personne d'exprimer sa propre réalité et éviter que nous (les chercheurs) imposions nos propres catégorisations mentales.

Notre guide d'entretien commence bien évidemment par une question permettant à la personne de se présenter. Ensuite, notre question de départ étant : « Comment les infirmiers gèrent-ils leurs émotions face à la douleur induite par les soins ? ». Nous avons choisi de poser une question inaugural tel que : Selon vous, quelle place tiennent les émotions dans votre pratique professionnel ? Puis nous avons décidé de suivre la construction de notre travail de fin d'études par conséquent nos questions de relance porte sur trois thèmes principaux : Les soins infirmiers, la douleur induite et les émotions.

Pour chaque thème plusieurs questions ont été établis et nous permettent d'amener la personne interviewer à parler du sujet que l'on souhaite en tentant de ne pas influencer ses réponses. En effet nous souhaitons tout d'abord nous interroger sur les difficultés que rencontre les infirmiers dans leur profession lors de la réalisation d'un soin et pourquoi, ce qui nous permettrait de connaître les soins considérés comme difficile et ainsi voir si les soins induisant de la douleur sont considérés comme étant les plus difficiles. De plus nous voulons connaître leur capacité à définir la douleur induite, à la prévenir et à la traiter si besoin. Aussi nous souhaitons savoir si ces infirmiers connaissent des recommandations concernant ce type de prise en charge. Parler de la douleur induite permettra de contextualiser notre sujet. Pour finir nous tenterons de savoir quelles émotions peuvent être ressenti par les infirmiers lorsqu'ils effectuent un soin douloureux mais aussi qu'elles sont les situations dans lesquels le contrôle des émotions est mis à mal et par quels moyens parviennent-ils à gérer leurs émotions dans de tels situations. A la fin de notre entretien nous demanderons à l'infirmier s'il veut rajouter quelques choses qui selon lui pourrais enrichir notre sujet. Nous nous laisserons la possibilité de reformuler une phrase dites par l'infirmier afin de lui demander d'approfondir son discours.

1.2. Population et lieux d'investigation :

Notre sujet portant sur la capacité des infirmiers à gérer leurs émotions face à la douleur induite, il paraît évident d'interviewer des infirmiers travaillant au sein de services dans lesquels ils sont confrontés à la douleur induite. Afin d'avoir un maximum de diversité chaque infirmier interrogés exerce dans des services différents et nous avons aussi souhaité interviewer une étudiante de troisième année. Ceci nous permet de mettre en évidence les possibles différences qui pourraient exister selon la spécialité du service comme la durée de prise en charge, les pathologies traitées ou encore l'âge de la personne soignée. Nous avons donc fait nos demandes d'entretiens auprès du centre hospitalier d'Avignon afin d'interviewer un IDE exerçant dans leur service des urgences adultes ; du centre hospitalier de Montfavet dans le service des lits d'accueils médicalisés (LAM) ; et au sein d'un cabinet libéral. Nous voulions avoir des différences de sexes entre les participants à cette enquête et en effet nous avons pu interroger un infirmier, deux infirmières ainsi qu'une étudiante infirmière. La différence d'âge, de parcours professionnel, d'expérience dans la profession infirmière, ou au sein d'une autre profession soignante, était aussi importante pour déterminer si l'expérience ou la maturité peuvent être considérés comme des facteurs influençant le contrôle des émotions des individus. Nous sommes parvenus à tenter de mettre en évidence ces facteurs car l'étudiante infirmière commence tout juste sa vie professionnelle, tandis que l'infirmière exerçant en psychiatrie est plus âgée mais commence depuis peu la profession d'infirmière, cependant elle n'est pas novice dans les professions soignantes puisqu'elle a exercé le métier d'aide-soignant durant 15 années. Aussi l'infirmier aux urgences n'a que 30 ans et exerce depuis seulement 3 ans tandis que l'infirmière libérale a 42 ans et 19 ans d'expériences au mois de juillet. Nous nous sommes aussi intéressés à l'ancienneté dans le service actuelle de la personne interviewé afin de soulever une possible croissance de la motivation dû à fort investissement dans le service ou au contraire une diminution de la motivation ce qui pourrait être un facteur influençant la prise en charge de la douleur induites ainsi que les émotions qui découlent de ces situations. Aussi nous savons que des formations existent concernant la prise en charge de la douleur ainsi que de nouveaux procédés comme l'hypnose ou la RESC qui permettent de diminuer les douleurs mais aussi l'anxiété des patients cependant nous n'avons pas pu interviewer un IDE ayant suivi ce genre de formations.

Chaque personne interrogée ne me connaissait pas et n'avait aucun lien de parenté ou amical avec moi. La taille de notre échantillon n'étant pas numériquement élevé nous

n'omettons pas le fait qu'il ne peut être représentatif de la population infirmières et nous ne pouvons poser d'affirmation sur les critères précédemment cités. Or cela nous permettra déjà de mettre en avant le point de vue des infirmiers interrogés concernant la place de leurs émotions dans leur profession et leur capacité à les gérer particulièrement lors de la réalisation de soins douloureux. Mais aussi de s'interroger sur la prise en charge de la douleur induite et de l'impact de certains facteurs pouvant influencer à la fois la prise en charge de la douleur induite mais aussi la capacité de l'infirmier à gérer ses émotions.

1.3. Traitement des données

Durant chaque entretien nous avons enregistré grâce à un magnétophone tout ce qui a été dit par chacun des protagonistes afin de pouvoir les étudier, les analyser et en ressortir toutes les informations utiles au développement de notre réflexion. Nous avons ensuite retranscrit chacun de ces entretiens ce qui nous a permis de comprendre et de reformuler tout ce qui avait été expliciter. Nous avons ensuite relevé pour chaque entretien des bribes de discours que nous considérons comme étant les plus explicites et qui nous apparaissent comme indispensables à la compréhension et à l'avancée de notre étude. Le discours de chacun étant encadré par les questions préétablis du guide d'entretien nous avons utilisé un tableau d'analyse nous permettant de répertoriés les différentes phrases relevées au sein des discours selon la question. Cela a permis la catégorisation du contenu c'est-à-dire le classement des verbatims des entretiens dans un tableau thématique. En effet notre questionnaire étant déjà construit en fonction de 3 thèmes principaux nous avons distingué par le biais d'un code couleur les différents thèmes et sous thème faisant référence à notre cadre conceptuelle. En effet vous pourrez constater dans les différentes retranscriptions se trouvant à l'annexe n°5 (de la page VI à XVI) que tout ce qui a été relevé dans le tableau apparaît de couleur différente. En effet tout ce qui concerne la présentation de chacun des protagonistes sera retranscrit en violet. Aussi le discours de chacun d'eux concernant les émotions apparaîtra en rouge, les répercussions des émotions en rose, les moyens de contrôles des émotions en marron. De plus nous avons questionner les infirmiers sur la douleur induite et sa prise en charge que nous avons annoté en vert au sein des retranscriptions. En orange seront relevé tout ce qui se rapporte au soins infirmiers et leurs difficultés. En bleu tout ce qui ne rentre pas dans notre cadre de référence comme les émotions dans d'autres situations que lors de l'induction de douleur, l'extériorisation des émotions ou encore la prise en charge particulière en milieu libéral.

V. Analyse des entretiens

1. Synthèse des entretiens

1.1. Synthèse entretien n°1 : Noémie étudiante infirmière en troisième année.

Nous avons tout d'abord interrogé une étudiante en soins infirmiers de troisième année. Elle s'appelle Noémie et a 23 ans, suite à l'obtention de son bac Scientifique elle a fait une année de préparation au concours infirmiers et l'année scolaire suivante elle intégra l'IFSI du GIPES d'Avignon. Lors de sa formation Noémie a pu réaliser différents stages dont trois en EHPAD, un en rééducation fonctionnelle, en médecine polyvalente aigüe, en chirurgie et en psychiatrie dans un hôpital de jour (HDJ). Concernant la place des émotions dans la profession Noémie expose qu'elle a beaucoup été confronté à celles-ci durant ses stages particulièrement lors de situation de refus de soin, de mécontentement du patient. Elle considère que les émotions du patient, qu'elles soient positives ou négatives, se répercutent sur les nôtres, « *forcément on ressent leurs émotions* » (L. 18-19). Noémie estime « *qu'il n'y a pas de soins plus difficiles qu'un autre mais plutôt des situations de soins qui peuvent être difficiles* » (L. 26-27) lorsque les infirmiers sont confrontés à des émotions négatives (tristesse, agressivité). Pour elle, la douleur induite est « *une douleur physique à laquelle va être confronté le patient pendant un soin* » (L.40). Lorsque nous lui avons demandé ce qu'elle mettait en place dans sa pratique afin d'éviter d'induire de la douleur à ses patients elle a longuement réfléchi mais n'a pas su nous donner de réponses. Nous l'avons donc aiguillé en lui demandant si elle avait déjà utilisé des protocoles. Elle nous a dit avoir déjà utiliser des protocoles douleurs et nous donne l'exemple du produit anesthésiant avant le sondage vésical, du patch EMLA et des antalgiques. De plus elle expose la nécessité de rassurer le patient avant un soin douloureux.

Lors de la réalisation d'un tel soin, Noémie dit être mal à l'aise particulièrement lorsqu'elle a mis en place tout ce qu'elle pouvait pour prévenir cette douleur. Dans ces conditions elle se sent démunie et dit être un peu triste. Elle pense que « *c'est nécessaire pour le patient de ressentir toute ces émotions* » (L.59). Pour contrôler ses émotions Noémie tente de se protéger en se disant que « *les soins sont indispensables et que c'est transitoire, ce ne sera pas éternel* » (L. 62). De plus elle dit essayer de mettre en place tout ce qu'elle peut pour

éviter la douleur. Elle nous partage que ses émotions ne l'ont jamais affecté au moment du soin mais qu'elle y repense en rentrant chez elle et qu'elle a besoin d'en parler. Elle nous fait part de son expérience et explique que durant ses premiers stages elle ne s'était pas rendu compte qu'elle avait besoin d'extérioriser ses émotions mais que maintenant elle en parle avec des professionnels de santé.

1.2. Synthèse entretien n°2 : Johanna, infirmière dans le service d'accueil des lits médicalisés (LAM).

Nous avons aussi décidé d'interviewer une infirmière exerçant en psychiatrie, nous sommes donc allés au sein du service des lits d'accueils médicalisés (LAM) pour qu'elle effectue dans sa pratique quotidienne des soins induisant de la douleur. L'infirmière interrogée se nomme Johanna, elle a 45 ans et est diplômée depuis l'année dernière. Auparavant elle a été aide-soignante au sein d'un hôpital de jour durant 15 ans, elle a donc seulement 8 mois d'expérience professionnelle en tant qu'infirmière au sein de ce service. Or elle a une expérience importante dans le domaine de la santé et particulièrement dans les services de psychiatrie. Pour elle, les émotions détiennent une grande place dans sa pratique. Elle dit ne pas avoir de barrière et soulève le fait que c'est un défaut qu'on lui renvoie or elle pense que ses émotions sont positives dans son travail puisqu'elles lui « *amènent des éléments* », l'a donc aidé à réfléchir, l'a aidé et l'a rendu donc plus bienveillant. Elle met déjà en évidence la prise en charge de la douleur en exposant que la souffrance l'atteint et cela l'a fait travailler sur les actions mises en place pour éviter d'induire de la douleur. Ses émotions impactent sa vie personnelle, elle nous expose un exemple et nous dit avoir pleuré au travail mais aussi chez elle, sa cadre lui aurait dit qu'elle dépassait les limites et que ses émotions l'emportaient mais elle considère que celles-ci font sa richesse.

Les soins que Johanna trouve les plus difficiles à réaliser sont les soins techniques du fait qu'elle soit jeune diplômée, elle manque de dextérité, elle met donc plus de temps, lors d'un soin douloureux cela lui porte préjudice. Pour elle, la douleur induite représente une douleur provoquée par un soin technique (prise de sang, pose de sonde, soins d'escarres...) plus « *que par un soin de douche* » (L. 55). Nous lui avons donc demandé si les soins peuvent induire une douleur psychique ce à quoi elle a répondu : « aussi, oui peut être plus de la contrariété » (L.

58). En effet, elle prend l'exemple d'un patient qui a refusait un soin, malgré cela il a été réalisé par le personnel soignant ce qui a induit une douleur psychique chez ce patient puisqu'il était contrarié.

Afin d'éviter la douleur chez les patients dans sa pratique Johanna met en place différentes actions : elle les prévient et explique de ce qu'elle va faire, elle leur demande s'ils ont besoin de faire des pauses, elle arrête si c'est trop douloureux et leur parle durant le soin. Si une prescription lui permet de donner des antalgiques, elle leur demande s'ils les veulent et attend qu'ils agissent. Elle les informe avant, pendant et après le soin, selon elle « *énumérer tout ce que je fais je pense que ça les aide.* » (L. 71-72). Dans son service il n'existe pas de protocoles préétablis permettant de prévenir la douleur induite par les soins. Elle expose l'idée de l'hypnose ou du RIKI cependant elle n'est pas formée à cela.

Lorsqu'elle effectue un soin douloureux, Johanna se rassure en se disant que c'est pour le bien du patient. Elle nous répond : « *on fait avec j'ai envie de dire parce qu'on sait que c'est pour la bonne cause* » (L. 84). Elle tente de rester positive et exprime au patient sa compassion en lui disant qu'elle sait que ça fait mal qu'elle en est désolée. Elle a conscience que son corps réagit, elle a des bouffées de chaleur, elle transpire cependant elle tente de « garder la tête froide » car elle sait que le patient est en face d'elle, qu'elle doit être là pour lui et ne pas trop lui montrer qu'elle est « *débordée(e) et qu'(elle) ne gère pas trop* » (L.126).

Lors de situations d'urgence, Johanna stresse et ne parvient pas à gérer ses émotions. En effet elle nous donne plusieurs exemples. Elle sait que cela est dangereux pour le patient et qu'il faut qu'elle travaille dessus cependant en tant que jeune diplômée elle considère ne pas avoir été assez formé sur « *comment réagir à l'instant T, dans des situations qui font peur* » (L. 96). Johanna nous dit être quelqu'un qui verbalise beaucoup, en effet lorsque des situations la mettent en difficulté elle en parle pour tenter de les améliorer. Cependant elle nous expose qu'après de telles situations elle se met à pleurer et verbalise que ce n'est pas normal, « *des fois je m'en veux de ne pas avoir anticipé* » (L.138). Aussi elle nous expose l'importance du soutien de ses collègues de travail qu'elle considère comme des amis et elle aimerait faire une formation pour apprendre à mieux gérer ses émotions. Selon elle, « *c'est à nous de se remettre en question et anticiper les situations et ne pas attendre qu'on nous propose des formations* » (L. 144-145)

de plus « *c'est avec l'expérience que l'on apprend à gérer nos émotions, on n'a pas le choix.* » (L. 119).

Pour arriver à gérer nos émotions je pense que si on connaissait mieux certaines pathologies, les soins d'urgence si on approfondissait les choses en formation pour déjà apprendre à gérer les différentes situations et surtout apprendre à nous connaître nous-mêmes en prenant en compte nos émotions en les comprenant ducoup on pourrait mieux les gérer.

1.3. Synthèse entretien n°3 : Anthony Infirmier aux urgences.

Le troisième entretien fut réalisé auprès d'un infirmier exerçant aux urgences adulte du centre hospitalier d'Avignon. Âgé de 30 ans, Anthony est infirmier diplômé d'état depuis juillet 2017, il a travaillé 7 mois en réanimation cardiaque aux franciscaines puis a débuté depuis 3 ans son poste aux urgences. Durant ces 3 années, il a pu faire des formations internes au service concernant la lecture des ECG et le déchocage.

Aux urgences Anthony nous dit que les émotions sont assez occultées du fait que la prise en charge soit réalisée durant la phase aigüe de la pathologie, par conséquent la priorité est de faire face à la douleur. La relation avec le patient entraîne une lecture des émotions mais l'infirmier des urgences va avoir une approche primaire en voulant pallier la douleur avec des antalgiques. Aux urgences, Anthony dit avoir les moyens et les compétences pour aborder tous les soins et ne considère donc pas certains soins comme plus difficiles à réaliser même si cela est infirmier dépendant.

Pour lui, la douleur induite représente « *l'effet secondaire à une pathologie* » (L..39), il donne l'exemple des coliques néphrétiques. Dès que nous lui avons demandé ce qu'il mettait en place pour pallier la douleur induite il explique que les urgences sont régies par un protocole médical se basant sur l'échelle numérique de la douleur de 0 à 10. En effet selon l'évaluation de l'intensité de sa douleur par le patient l'infirmier choisira quel pallier de traitement antalgique sera adapté selon la classification préétablie par l'OMS. De plus il nous précise qu'avec l'expérience les infirmiers apprennent à associer les traitements antalgiques afin de les

potentialiser, à administrer les traitements en fonction de la pathologie pour ne pas nuire à la prise en charge médicale ou encore adapter le traitement pour éviter au patient de rester sous surveillance trop longtemps.

À ce moment de l'interview nous avons voulu recentrer Anthony sur notre sujet qui est la douleur induite. Il a alors compris ce que nous entendions derrière ce terme et a affirmé ne pas avoir de protocole pour prévenir ce type de douleur. Cependant Anthony nous a fait part de techniques utilisées aux urgences comme l'hypnose qui selon lui « *permet de réduire cette anxiété et du coup les douleurs engendrées par le soin.* » (L. 76-77) ou le MEOPA dont il prône la rapidité. Puis il explique que « *les patients qui se présentent aux urgences ont besoin d'une antalgie assez rapide.* » En 10 minutes les soins permettant de traiter la douleur seront réalisés même s'ils sont douloureux eux aussi, le fait qu'il vise à pallier la douleur voir même à sauver la vie fait que cette douleur est plus acceptable.

Concernant ses émotions lors de la réalisation de soins douloureux Anthony nous parle d'empathie, il essaie de ne pas faire mal au patient mais sait que les soins qu'il prodigue sont traumatiques. Selon lui, aux urgences, gérer ses émotions face à la douleur induite « *est plus facile parce qu'ils viennent dans une voie d'urgence donc ils savent très bien que même si le soin est douloureux derrière c'est le seul moyen de les soulager donc en général ils le comprennent* » (L. 90 à 92). Certains soins ne pouvant pas être anticipés, en expliquant au patient la nécessité du soin et la rapidité de réalisation ils comprennent que l'infirmier ne peut se permettre d'attendre et de prévoir des prémédications.

Aux urgences le débit important de soin entraîne une mise de côté des sentiments, Anthony dit qu'ils sont tellement dans le feu de l'action que « *le seul moment où on gère nos émotions c'est quand on se met en salle de pause et qu'on souffle un petit peu* » (L. 107). Pour lui, l'affluence aux urgences fait que durant le soin il ne se pose pas trop de questions et nous dit que c'est souvent après qu'il se dit qu'il aurait pu faire ça ou ça pour que le soin se passe mieux. Anthony appuie l'importance de la collaboration de l'équipe en expliquant que « *pour pallier les difficultés on arrive pas mal à s'entraider et c'est grâce à cette entraide qu'on arrive à mieux gérer nos émotions.* » (L.126 – 127). La communication au sein de l'équipe est primordiale et semble permettre de se questionner et se remettre en question pour toujours améliorer la prise en charge mais aussi d'éviter de « *ramener tout ça à la maison* » (L. 129). À la fin de l'entretien Anthony n'a pas souhaité rajouter d'information.

1.4. Synthèse entretien n°4 : Blandine, infirmière dans un cabinet libéral.

Blandine, une infirmière libérale de 42 ans a été la dernière participante de notre enquête. Mariée et maman de 4 enfants elle travaille au sein d'un cabinet libéral. Elle exerce la profession d'infirmière depuis 19 ans et a travaillé auparavant dans différents services tel que la chirurgie durant deux ans et demi, l'hémodialyse pendant six mois et en maison de retraite 3 ans. Depuis 10 ans elle possède un cabinet libéral avec une collègue infirmière située à Riom-es-Montagnes dans le département du Cantal (15). Elle a aussi effectué une formation d'éducation thérapeutique.

Blandine dès le début de l'interview nous expose la place importante que tiennent les émotions dans sa pratique professionnelle et souligne le fait que ni son âge ni son ancienneté ne lui permettent de se « *blinder [...] quand ce sont des fins de vie particulièrement* » (L.20). Elle prend comme exemple un patient en fin de vie porteur d'un drain thoracique, à qui elle doit faire le pansement tous les jours et qui s'avère être un soin très douloureux. Cet homme dit ne pas avoir mal mais face à son comportement, elle ne peut nier sa souffrance. Dans cette situation Blandine dit ne plus savoir quoi faire, ne parle plus, cogite et se remet en question. Pour elle, « *les émotions dans les soins c'est permanent et ce n'est pas évident. Moi je n'arrive pas à faire un soin sans ressentir aucune émotion.* » (L. 25 – 26) nous dit-elle. Blandine fait une distinction entre ce que représente les émotions dans la pratique en général et pour elle personnellement car en général elle sait que pour ne pas souffrir de ces situations il faudrait qu'elle parvienne à se blinder afin de les affronter avec plus de distance. Or du fait de son investissement dans la relation avec son patient elle dit souvent ressentir des émotions et se confie sur le fait qu'elle a déjà pleurer plus d'une fois. Elle appuie le fait qu'en tant qu'infirmière à domicile la relation avec le patient n'est pas la même qu'à l'hôpital du fait de la connaissance importante de la vie personnelle de celui-ci et de la durée de prise en charge conséquente.

Pour Blandine ce sont tous les soins qu'elle doit prodiguer à des personnes en fin de vie qui s'avèrent être difficile pour elle car il faut faire preuve de concentration intellectuelle. En effet elle expose « *qu'il faut toi que tu trouves les bons mots donc ce n'est quand même pas non plus instinctif, il faut quand même l'adapter à la personne que tu as en face puisque tous ne*

vivent pas leur situation de la même manière donc il faut quand même réfléchir aussi à ce que tu vas dire et peser l'impact. » (L.46 à 49). Dans ces moments-là Blandine stresse, elle transpire et ne se sent pas forcément bien par conséquent elle manque de dexérité. Elle pense que « *dans n'importe quelle situation, [...] il y a de l'émotion qui passe.* » (L.43).

Concernant la douleur induite, Blandine explique que « *ça peut être la simple prise de sang [...] (qui) induit une douleur physique* » (L. 56 - 57), « *Quand tu déplaces les patients et que tu accentues toutes ses douleurs physiques.* » (L. 57 – 58) et « *c'est aussi la douleur émotionnelle* » (L. 58). Pour nous expliquer ce qu'elle met en place dans sa pratique professionnelle, elle reprend l'exemple précédemment donné : « *on essaie de le positionner de manière qu'il n'est pas trop mal* » (L. 65), « *je lui ai dit [...] de prendre des antalgiques avant que je vienne* » (L. 66), « *j'ai fait l'échelle de la douleur. Si demain je vois que c'est aussi douloureux j'appellerai le médecin pour mettre en place un protocole adapté* » (L. 67 – 68). De plus, elle nous dit aussi que cet homme souffre de douleur psychique, elle a donc contacté le médecin pour qu'il lui prescrive un traitement « *pour l'aider à se décontracter* » (L.71). Blandine ne supporte pas voir quelqu'un souffrir elle considère que « *C'est différent pour chaque situation mais je pense qu'il faut faire en sorte, pour la douleur physique quelle qu'elle soit, de toujours l'éviter et se renseigner sur les douleurs de nos patients afin de pouvoir s'adapter et toujours faire au mieux.* » (L. 80 à 82). Au sein de son cabinet libéral, il n'existe pas de protocoles lui permettant d'adapter seule les traitements de ses patients que ce soit pour des antalgiques, des AVK ou autres. Elle nous explique que cela lui permettrait d'avoir une petite rémunération supplémentaire or les médecins avec qui elle travaille y sont opposés. En revanche ils sont disponibles, à l'écoute, se déplacent et vont eux même adapter les traitements si besoin. De plus elle nous parlera ultérieurement d'un protocole de xylocaïne qu'elle fait mettre en place par les médecins lorsqu'elle doit réaliser des pansements d'escarres ou d'ulcères très douloureux.

Durant la réalisation d'un soin douloureux, Blandine exprime sa frustration, « *on n'est pas là pour faire souffrir les gens* » (L. 113). En reprenant son exemple, elle nous explique que face à la souffrance de son patient elle a réalisé la détersion très délicatement sans réellement nettoyer comme elle aurait dû et se rassure en se disant que du fait que ce soit une fin de vie, « *ça ne changera pas grand-chose malheureusement* » (L.109). Suite à un tel soin où elle a

préférée épargner la douleur physique du patient au détriment de la bonne pratique, elle contacte le médecin afin qu'il prescrive des antalgiques lui permettant de réaliser le soin dans de meilleures conditions. De plus, elle dit ressentir leur douleur, « *tu as presque aussi mal qu'eux* », elle ne sait pas comment exprimer ce sentiment mais nous dit ne pas être bien puis en réfléchissant elle évoque la culpabilité et l'angoisse.

Blandine a déjà été confrontée à la prise en charge de patients en fin de vie qui l'ont impactée au point de pleurer à côté de leur conjoint, dans ces situations elle considère qu'elle n'a pas géré et qu'elle n'aurait pas dû. « *Je suis entière dans la relation avec les patients, je me donne à fond donc forcément il n'y a plus de barrières.* » (L. 142 – 143).

Face à la douleur physique, afin de tenter de contrôler ses émotions, Blandine nous explique « *ne pas trop regarder le patient* » (L.148) et informe, prévient les patients de ses actes. Elle réagit différemment selon la situation car pour réaliser un soin douloureux à un enfant elle nous dit être « *en nage* » (L. 154), mais elle parvient à faire diversion et à contrôler ses émotions car cela ne dure pas longtemps, ils ont les patch EMLA et appréhendent plus qu'ils n'ont mal. Parfois elle parvient à canaliser ses émotions lors de soins prodigués à des personnes en fin de vie mais ces situations sont plus compliquées à gérer pour elle car « *les gens ils souffrent au final et ils savent très bien que cette souffrance ne les amènera malheureusement à rien de bon.* » (L. 158 – 159). Alors Blandine essaie de dévier leur attention en leur parlant de tout autre chose (ses intérêts, sa famille...) ce qui selon elle permettrait de s'éloigner de la douleur et ainsi la rendre moins importante. Un peu plus tard durant l'interview, elle nous fait part d'un ultime exemple d'un patient porteur d'un VAC (Vacuum Assisted Closure) au retrait douloureux et explique que durant ce soin elle tente de détendre l'atmosphère par la musique, appréciée par ce patient, en montant le son, en chantant et en lui demandant de chanter avec elle, « *j'essaie de faire diversion [...] et toi tu le vis mieux quand même* ». (L. 195).

Nous avons pu constater son intérêt pour notre sujet particulièrement lorsque nous lui avons laissé libre court afin d'exposer ce qu'elle souhaitait dire qui pourrait enrichir notre sujet. Elle associe alors l'humanité avec l'obligation de ressentir des émotions et nous expose sa « *thérapie* » (L.171) lui permettant de s'« *évader et extérioriser un peu toutes les émotions accumulées* » (L. 179) « *pour aborder le prochain patient qui ne doit pas subir (son) angoisse* »

(L. 174) ressentie peu de temps avant avec un autre patient. Elle met la musique forte dans sa voiture, tente de s'évader avec le paysage du Cantal, ce qui lui permet de « *souffler et vraiment (se) vider* » (L. 173). Elle nous parle même d'un jour où elle s'est arrêtée sur le bord de la route et a été marcher car « *émotionnellement c'était trop important pour moi, je ne me sentais pas capable d'attaquer une autre relation.* » (L. 182 – 183). Blandine souligne donc l'avantage de pouvoir « *souffler une peu entre deux patients* » (L.176) dans l'exercice de la profession infirmière en libéral. Finalement pour Blandine la connaissance du patient en milieu libéral permet la mise en place de plus de moyens de diversion favorisant le soin. Or, en parallèle cette relation fait qu'il n'y a « *plus de filtres donc de ce fait émotionnellement tu trinque un peu* » (L. 204). Aussi l'inconvénient en libéral, est de ne pas avoir une équipe sur laquelle s'appuyer en cas de difficulté, « *parfois les mots tu ne sais pas où les trouver alors que quand on est plusieurs on rebondit plus facilement* » (L. 208 – 209). Blandine finit par dire que « *c'est une relation très prenante et si un jour tu peux le vivre, je te le conseil.* » (L.209 – 210).

2. Analyse croisée

2.1. Les soins considérés comme difficiles

Après avoir synthétisé chacun des entretiens et mis en évidence les différents avis et points de vue de chacun des protagonistes, nous allons maintenant tenter de comparer leurs discours avec ce que nous avons relevé dans notre cadre de référence. S'accordent-ils ou au contraire la réalité du terrain laisse entrevoir de nouveaux axes auxquelles nous n'aurions pas pensé ?

Tout d'abord concernant les soins infirmiers nous avons cherché à relever les soins considérés comme difficiles par les infirmiers et ainsi comprendre en quoi le sont-ils pour eux. Pour Noémie, étudiante infirmière en troisième année ce ne sont pas tant les soins qui s'avèrent être difficiles pour elle mais plutôt des situations de soins confrontant l'infirmier à des émotions négatives du patient tel que la tristesse ou l'agressivité par exemple. Tandis que pour Johanna, jeune diplômée ce sont plutôt les soins techniques qui lui portent préjudice à cause de son manque de dextérité et certainement d'organisation induisant un contre temps particulièrement lors de la réalisation de soins techniques. Elle nous donne comme exemple la réfection d'un pansement d'escarre douloureux, ce qui fait écho avec notre sujet. Pour Blandine l'infirmière libérale ce sont les situations de fin de vie qu'elle qualifie de difficile, elle nous dit que « *ce sont les fins de vie n'importe quel soin qu'il soit* » (L. 41). Nous avons donc cherché à savoir pour qu'elle raison, et Blandine a explicité que dans de telles situations « *il faut que toi, tu trouves les bons mots donc ce n'est quand même pas non plus instinctif, il faut quand même l'adapter à la personne que tu as en face puisque tous ne vivent pas leur situation de la même manière donc il faut quand même réfléchir aussi à ce que tu vas dire et peser l'impact* » (L. 46 à 49). Finalement elle expose la nécessité d'une concentration intellectuelle lors de la réalisation de soin auprès de personnes en fin de vie ce qui fait référence aux exigences importantes de connaissances théoriques, de qualité technique mais aussi de qualité de relation avec la personne soignée correspondant à un savoir être que nous avons pu mettre en évidence précédemment au sein de notre cadre conceptuel. Nous avons aussi exposé que les infirmiers doivent apporter aux patients des explications claires et compréhensibles sur la nature du geste et les complications possibles. Pour cela il est donc nécessaire de s'adapter à la personne, en utilisant un vocabulaire adapté et en s'assurant que la personne nous comprend ce que Blandine

reprend parfaitement tout en mettant en avant la difficulté et la concentration intellectuelle que demande ceci. De plus elle souligne l'impact de son investissement dans la relation établie avec le patient ce qui accentue la difficulté lors de la réalisation de soins. Plus particulièrement les soins douloureux puisqu'elle nous donne l'exemple d'un homme en fin de vie porteur d'un drain thoracique auquel elle a réalisé la réfection d'un pansement et qui s'est avéré émotionnellement difficile pour elle. « *Il faudrait qu'on arrive je pense, pour ne pas souffrir de ces situations, à se blinder et de ce fait pouvoir affronter les fins de vies et toutes situations avec beaucoup de distance* » (L. 29-30) exprime-t-elle car elle nous explique qu'elle a souvent ressenti des émotions et à déjà pleuré lors de telles situations. Le discours de Blandine se rapproche tout particulièrement de notre sujet puisque dès le début de l'entretien elle nous expose sa difficulté à gérer ses émotions lorsqu'elle réalise des soins induisant de la douleur, accentuée dans son cas par le contexte de fin de vie.

Anthony exerçant aux urgences est le seul infirmier à ne considérer aucun soin comme plus difficile à réaliser qu'un autre. Aux urgences tout est tellement protocolisé et il dispose de tellement de moyens que tout est prévu. Nous pouvons donc nous demander si la logistique des urgences permet de limiter voire de pallier les difficultés liées au soin ? Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'infirmier parvient à gérer plus facilement ses émotions lorsqu'il dispose de prescriptions médicales et de protocoles préétablis clairs et précis lui permettant de savoir qu'elle acte entreprendre et à quel moment. Cependant il ne faut pas oublier l'importance du rôle propre de l'infirmier car comme nous avons pu le développer précédemment soigner nécessite un ensemble d'attitudes permettant d'entrer en relation avec une personne pour l'aider à atteindre son plein potentiel de santé. La pratique infirmière ne correspond pas à la seule exécution de prescriptions ou de protocoles médicale mais comprend aussi un accompagnement de la personne en la prenant en compte dans sa globalité soit son parcours de vie, ses croyances, ses angoisses...

Finalement nous pouvons probablement admettre que les soins considérés comme difficiles diffèrent selon l'âge, les parcours de vie, les expériences professionnelles ainsi que la personnalité de chaque infirmier.

2.2. La douleur induite

Définition.

Nous avons ensuite souhaité analyser la compréhension des infirmiers de ce que représente la douleur induite par les soins. Nous pouvons constater qu'à part l'infirmier des urgences qui définit la douleur induite comme étant la conséquence d'une pathologie, alors que comme nous avons pu le relever précédemment il s'agit d'une douleur de courte durée provoquée par le soignant intentionnellement et ayant un objectif diagnostique ou thérapeutique.

Les autres infirmiers interrogés ont plus ou moins bien su la définir. En effet Noémie l'a décrit comme « *une douleur physique à laquelle va être confronté le patient pendant un soin* » (L.40) et illustre cette définition avec la prise de sang ou la réfection de pansement ce qui est exact mais qui en soit, ne suffit pas puisque ces exemples ne font référence qu'à des soins techniques or comme nous avons pu le souligner les soins de confort peuvent aussi induire de la douleur. Johanna donne aussi une définition incomplète en la centrant autour des soins techniques (prise de sang, pose de sonde, soin d'escarres) et en soulignant le fait que les soins de douche, selon elle n'induisent pas de douleur. Certes le soin en lui-même n'est pas censé être douloureux or la mobilisation d'une personne peut accentuer ses douleurs déjà présentes c'est pourquoi cela doit aussi être considéré comme une douleur induite par le soin.

Blandine est finalement la seule à nous donner une définition complète de ce que représente la douleur induite puisqu'elle prend tout d'abord l'exemple d'un soin technique (la prise de sang) pour illustrer l'induction de douleur physique. Puis elle nous parle de l'accentuation des douleurs physiques d'un patient lorsqu'on le mobilise et finit même par nous exposer que « *c'est aussi la douleur émotionnelle* » (L. 58). En effet comme nous l'avons souligné, la douleur induite peut aussi être psychique lorsque l'infirmier provoque une gêne ou fait remonter de mauvais souvenir pouvant impacter la santé mentale de son patient. Nous avons voulu savoir si Johanna a oublié de nous parler de cette douleur psychique ou si elle ne la considérait vraiment pas comme une douleur induite c'est alors qu'elle évoque la contrariété d'un patient suite à un soin et inclue ce type de douleur comme pouvant être induite.

Les moyens mis en place par les infirmiers comme moyen analgésique permettant de prévenir la douleur induite.

Nous nous sommes intéressés à la capacité des soignants à mettre en place des moyens analgésiques permettant d'éviter, de prévenir ou de traiter la douleur induite.

Nous avons pu constater que Noémie ne savait pas vraiment quoi nous répondre, elle nous parle de la réassurance du patient avant un soin douloureux sans définir comment elle procède. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela est dû à son manque d'expérience. Johanna quant à elle développe ceci et expose plusieurs actions : « *à chaque fois je préviens bien de ce je vais faire* » (L. 67) ; si elle dispose d'une prescription elle propose les antalgiques et elle nous précise qu'elle « *attend(s) que le traitement fasse effet* » (L. 65-66) ; « *je leur demande s'ils ont besoin de faire des pauses, si c'est trop douloureux on arrête* » (L. 69) ; Elle les informe et énumère constamment ce qu'elle fait. Johanna considère que tout cela aide ses patients. Blandine aussi nous énumère les actes qu'elle met en place pour tenter de limiter la douleur de ses patients lors de la réalisation de soins, en reprenant l'exemple précédemment cité et nous dit « *on essaie de le positionner de manière qu'il n'est pas trop mal* » (L. 65), elle lui a demandé de prendre des antalgiques avant qu'elle vienne pour la prochaine réfection du pansement. Elle nous a aussi cité plus loin l'utilisation de patch EMLA pour réaliser une ponction veineuse sur un enfant par exemple cependant les adultes ne semblent pas avoir le droit à une telle prévention. De plus Blandine évalue l'intensité de la douleur de ses patients par le biais de l'échelle de la douleur que nous avons exposé dans notre cadre conceptuel. Elle explique que lors de la prochaine réfection elle réévaluera l'intensité de la douleur et contactera le médecin afin qu'il mette en place un protocole adapté, si celui-ci s'avère être toujours aussi douloureux malgré la prise d'antalgique. Blandine prend en compte la douleur psychique de ses patients particulièrement lors d'un contexte de fin de vie en demandant au médecin de prescrire un traitement adapté pour leur permettre de « *se décontracter, (d') accepter un petit peu* » (L. 71). Nous avons donc soulevé le fait qu'elle travaille souvent en collaboration avec les médecins et en effet elle nous a répondu qu'elle ne supporte pas de voir souffrir quelqu'un. Par conséquent elle pense « *qu'il faut faire en sorte, pour la douleur physique quel qu'elle soit de toujours l'éviter et se renseigner sur les douleurs de nos patients afin de pouvoir s'adapter et toujours faire au mieux* » (L. 80 à 82). Anthony quant à lui, expose très clairement la prise en charge de la douleur aux urgences régie par un protocole médical qui consiste à évaluer

l'intensité de la douleur et administré en fonction les antalgiques appropriés. En effet comme nous l'avons explicité dans nos références Anthony nous explique très justement que « *quand on est entre 0 et 3 on peut utiliser un antalgique de pallier 1 type paracétamol, de 4 à 6-7 on va utiliser un antalgique de pallier 2 types Tramadol, Acupan, et au-delà on va passer aux morphiniques opiacés donc entre 7 et 10* » (L. 45 à 47).

Enfin, finalement chacun des protagonistes nous ont exposé les actions qui leur permettent d'éviter la douleur induite chez leurs patients. L'étudiante infirmière manquant d'expérience ne sait que mettre en place tandis que l'IDE diplômée depuis 8 mois expose l'utilisation d'antalgiques et d'actions relevant du rôle propre permettant d'accompagner la personne lors de la réalisation d'un soin qui s'avère douloureux. Blandine, infirmière depuis 19 ans et exerçant dans le milieu libéral depuis 10 ans expose à la fois la nécessité d'une évaluation ainsi que d'une réévaluation de la douleur lui permettant de demander au médecin de mettre en place un traitement médicamenteux si besoin. De plus Blandine cite beaucoup d'actes relevant de son rôle propre et dépendant de la relation qu'elle entretient avec ses patients. Nous pouvons par conséquent supposer que l'expérience permet de développer de nombreuses techniques permettant de réaliser les soins douloureux dans de meilleures conditions. Mais aussi que l'investissement et l'adaptation de l'infirmier dans la relation avec son patient a certainement un impact lors de la réalisation de tel soins.

Comme nous avons pu le souligner grâce à nos recherches théoriques la prise en charge de la douleur induite nécessite tout d'abord une évaluation de cette douleur de manière appropriée car comme nous avons pu le voir il existe de multiples échelles d'évaluation spécifique selon l'âge, le type de douleur, la capacité de communication... Seuls Blandine et Anthony nous ont parlé de l'évaluation de la douleur induite, nous pouvons donc nous demander si la douleur induite n'est-elle pas sous-évaluée. De plus Anthony dit « *se fier [...] à l'échelle numérique de la douleur de 0 à 10* » (L. 44-45) et Blandine dit avoir utilisé « *l'échelle de la douleur* » (L. 67) alors nous pouvons aussi nous demander s'ils savent adapter l'échelle d'évaluation en fonction de l'individu mais aussi du soin prodigué et de sa temporalité comme nous avons pu le souligner précédemment.

Aussi, nous avons mis en évidence que selon l'intensité et le type de douleur décrit, un traitement antalgique adapté devra être mis en place. En effet c'est ce qu'Anthony expose en citant le protocole préétabli aux urgences, que nous avons déjà cité au vu des recommandations de l'OMS. L'administration de traitement médicamenteux pour prévenir ou traiter la douleur induite est donc indispensable pour effectuer une prise en charge adaptée de la douleur induite. De plus comme le souligne Johanna il est indispensable de respecter les délais d'action des traitements sans quoi son administration est obsolète.

Les infirmiers doivent aussi utiliser des moyens non médicamenteux en mettant en place des actes en adéquation avec le comportement du patient permettant de le rassurer, de lui démontrer de l'empathie... Lors des interviews nous avons pu relever que l'importance de ces actes dépendant du rôle propre de l'infirmier pour Blandine et Johanna, tandis que Noémie le souligne sans donner d'exemple. Anthony quant à lui ne nous parle pas de cela. De plus il ne faut pas omettre la nécessité d'une réévaluation de la douleur suite à l'administration des traitements ce qui permet d'évaluer l'efficacité mais aussi les effets indésirables qu'ils peuvent engendrer. C'est pourquoi l'évaluation de la douleur devra être réitérée autant de fois que nécessaire or Blandine est la seule interviewée qui dans son discours émet la nécessité de réévaluer quotidiennement la douleur cependant elle ne nous parle pas d'une évaluation faisant suite à l'administration d'antalgiques. Nous avons aussi souligné l'importance de la traçabilité de ses données permettant un suivi médical et ainsi une meilleure adaptation des antalgiques individualisés au vu des bénéfices et des risques liés aux effets indésirables cependant aucun des protagonistes n'a exposé ce point.

La présence de protocoles dans les services, leur impact sur la prise en charge et donc potentiellement sur les émotions.

Nous avons aussi cherché à savoir si au sein de leur service les infirmiers disposent de protocoles ou de recommandation leur permettant d'améliorer la prise en charge de la douleur induite. Noémie nous a dit avoir souvent utilisé des protocoles comme « *le protocole douleur avant un soin vraiment douloureux* » (L. 50). Or elle n'a point défini ce protocole et nous pouvons nous demander, pourquoi seulement sur les soins vraiment douloureux ? Ne doit-on pas éviter la douleur même si celle-ci est de faible intensité selon le soignant ? Comme nous

avons pu le comprendre le ressenti de la douleur varie selon de nombreux facteurs, chaque soin devrait alors être considéré comme potentiellement douloureux pour le patient et prévenir cette douleur quel qu'elle soit devrait être indispensable.

Johanna et Blandine ne possèdent pas de protocoles leur permettant d'avoir une ligne de conduite afin d'éviter d'induire de la douleur à leur patient lors de la réalisation des soins. Johanna expose la possibilité d'utiliser l'hypnose ou le Riki mais ils ne sont pas utilisés dans son service puisqu'il n'y a pas de soignants formés à ces techniques thérapeutiques. De plus elle associe cela aux protocoles alors que ces techniques sont généralement effectuées par les infirmiers formés lorsqu'ils considèrent son utilisation pertinente afin de permettre un meilleur déroulement du soin. Lors de l'interview Blandine nous parlera aussi d'un protocole de xylocaïne qu'elle peut demander de mettre en place aux médecins pour la réfection des pansement douloureux par exemple mais celui-ci n'est pas automatiquement mis en place.

Aux urgences, nous avons déjà pu relever la présence de protocoles régissant le service et permettant aux IDE de réaliser tous les soins sans difficulté particulière, selon Anthony. Or en plus de ces protocoles Anthony nous a expliqué que « *par expérience on a par habitude de fonctionner avec des familles thérapeutiques* » (L 50-51). En effet chez une personne très algique devant réaliser des examens il explique qu'associer un antalgique de pallier 3 avec un antalgique de pallier 1 permet de potentialiser leurs effets. De plus il nous explique que dans des situations où un geste médical douloureux devra être réalisé les antalgiques ne sont pas administrés dès l'arrivée afin de ne pas « *gêner le médecin dans sa prise en charge* » (L.61). L'administration des antalgiques aux urgences nécessite donc une réflexion constante afin de favoriser la prise en charge mais aussi la durée d'hospitalisation car l'administration d'antalgiques puissants nécessite une surveillance. Anthony à ce moment de l'interview explicitait la prise en charge des douleurs en général, nous lui avons donc reposer la question en le recentrant autour de notre sujet, la douleur induite. C'est alors que nous avons pu constater l'absence de connaissance de protocole pour ce type de douleur. Les patients admis aux urgences présentent généralement d'intenses douleurs dès leur arrivée c'est pourquoi Anthony explique la nécessité d'une prise en charge rapide : « *nos soins découlent très rapidement, dans les 10 minutes où il va arriver aux urgences il sera déjà perfusé, il aura eu des antalgiques et on l'aura sondé. En fait la douleur elle sera assez rapidement géré* » (L. 82 à 85). Effectivement

nous pouvons comprendre que très vite Anthony sait ce qu'il doit réaliser comme soins permettant de traiter la douleur de son patient induite par sa pathologie cependant que fait-il de la prise en charge de la douleur que lui-même va induire en réalisant ces soins ? Il expose alors que du fait de l'urgence « *des fois ils comprennent qu'en agissant rapidement on ne peut pas se permettre d'attendre et de prévoir des prémédications.* » (L. 101-102). Il finit par énoncer l'utilisation du Méopa et de l'hypnose qui « *permet de réduire (l') anxiété et du coup les douleurs engendrées par le soin* » (L. 75-76). En effet ce sont deux moyens non médicamenteux, de prévention de la douleur induite que nous avons relevée précédemment. Cependant même si Anthony nous dit beaucoup les utiliser, nous pouvons nous questionner sur la considération que les infirmiers aux urgences ont, concernant la douleur induite, car celle induite par la pathologie semble être prioritaire.

Finalement nous avons mis en évidence que la prise en charge de la douleur induite commence par sa considération et donc son évaluation via des échelles adaptées. Ceci permettra à l'infirmier d'administrer des antalgiques en fonction d'un protocole préétabli ou d'une prescription médicale spécifique. Cependant l'administration de thérapeutiques médicamenteuses ne suffisent pas et il est possible de plus ou moins mettre en place des moyens permettant d'éviter cette douleur. Nous avons pu souligner que la connaissance du patient ainsi que la considération pour sa douleur impactent la mise en place de tels actes. Aussi une réévaluation de la douleur ainsi que de la surveillance de la potentielle apparition d'effets indésirables doit faire partie de la prise en charge. Tout comme la traçabilité de ces évaluations et surveillances permettant un suivi et donc si nécessaire une adaptation des thérapeutiques administrées. Aussi les protocoles permettent de faciliter la prise en charge de la douleur induite cependant leur présence dans les services est rare. Nous pouvons donc admettre que la considération et la prise en charge de la douleur induite se développe certainement cependant nous avons pu constater un manque de savoir mais aussi de moyens la concernant.

2.3. Les émotions

Les émotions dans les soins en général.

Nous avons tenté de déterminer quelle place accordait les infirmiers à leurs émotions au sein de leur pratique professionnelle. Que ce soit Noémie, Johanna ou Blandine elles ont toutes trois souligné l'importance de celles-ci dans leur pratique. En effet Noémie nous a confié que durant ses stages elle avait beaucoup été confrontée à ses propres émotions car pour elle « *quand on est en contact avec un patient il y a tout le temps les émotions du patient et elle se répercutent sur les nôtres* » (L. 19-20). Johanna exprime ne pas avoir de barrières dans la relation avec ses patients, ses émotions détiennent une grande place dans sa pratique et cela lui a déjà été reproché car elle a déjà pleuré que ce soit au travail ou chez elle. Ses émotions impactent donc aussi sa vie personnelle cependant Johanna les considère comme positives dans son travail puisqu'elles l'aident lors de ses prises en charges en lui apportant des éléments l'amenant à une réflexion. En effet elle nous donne l'exemple d'une panne d'extracteur d'oxygène et explique que dans ces situations elle se « *sent débordée [...] mais (elle) garde la tête froide* » (L. 129-130). Pour elle c'est lorsque la situation est terminée qu'elle va pleurer et donc verbaliser ses émotions. Elle pense aussi que ses émotions font sa richesse et lui permettent de se remettre en question et d'être « *encore plus bienveillante avec les patients* » (L. 23). En effet nous avons souligné le rôle des émotions dans la communication avec autrui ainsi que l'importance de celles-ci dans la pratique infirmière par le biais du concept de l'intelligence émotionnelle.

Malgré son âge et son ancienneté comme nous l'exprime Blandine, les émotions tiennent pour elle aussi une place conséquente dans sa pratique. « *Les émotions dans les soins c'est permanent et ce n'est pas évident. Moi je n'arrive pas à faire un soin sans ressentir aucune émotion* » (L. 25-26) nous dit-elle. Comme nous l'avons déjà souligné précédemment pour elle ses émotions sont accentuées lors des contextes de fins de vie. En effet son investissement important dans la relation avec ses patients induit une incapacité de contrôle de ses émotions puisque lors de telle situation elle a déjà pleuré, même avec la famille du patient. Elle souligne aussi l'importance de la relation soignant-soigné dans le milieu libéral, point que nous développerons un peu plus loin. Alors effectivement nous avons relevé que les émotions pouvaient avoir une place au sein de la pratique infirmière puisque selon le concept

d'intelligence émotionnelle et les écrits de F. Michon : « *Le soignant, pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ses émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer. Il fait preuve alors « d'intelligence émotionnelle » en connaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant* » (page 169). Les discours de Noémie, Johanna et Blandine nous laissent penser que leurs émotions certes leur permettent de prodiguer des soins de qualité en prenant en compte leur patients dans leur globalité et en instaurant une relation soignant-soigné digne de ce nom. Cependant le contrôle des émotions est tout aussi important que la perception de celle de l'autre et il ne faudrait pas qu'elles prennent une place trop importante au sein de leur vie personnelle sans quoi comme nous avons pu le voir le stress permanent pourrait malheureusement les amener à ne plus parvenir à contrôler et supporter l'impact émotionnel quotidien de leur pratique. C'est pourquoi il est nécessaire de prévenir au maximum les situations émotionnellement difficiles pour les soignants. Cependant la pratique infirmière par le biais de la relation humaine induit inévitablement des émotions. En effet l'intelligence émotionnelle étant défini par M MARC comme « *la capacité à percevoir ses propres émotions ainsi que celles des autres, à les comprendre, à les utiliser et à les réguler pour atteindre un objectif clairement défini. Cela met donc en avant une connaissance précise puis une analyse rationnelle des émotions.* » (Page 5) soutien notre réflexion. De plus nous avons aussi grâce à l'article de M. Phaneuf exposé les différentes compétences indispensables au développement de l'intelligence émotionnelle qui nous permettent finalement de comprendre que le contrôle des émotions passe tout d'abord par la compréhension de celles-ci.

Anthony quant à lui explique qu'aux urgences les émotions « *sont assez occultées parce qu'on va être sur la phase aigüe des pathologies* » (L. 19-20) et souligne que c'est un défaut. Selon lui la relation avec le patient induit une lecture des émotions mais il définit l'approche aux urgences comme primaire puisque la priorité sera de faire face à la douleur pathologique. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la nécessité d'une prise en charge rapide aux urgences minimise les émotions ressenties par les infirmiers puisqu'ils doivent être directement dans l'action. Cela peut aussi être dû à l'investissement dans la relation qui est différente aux urgences du fait de la durée de prise en charge réduite mais aussi peut être de la charge de travail parfois importante lorsque l'infirmier doit gérer plusieurs patients en même temps et rapidement. Aussi on peut penser que le fait d'être en action et de savoir quoi faire à quel moment permet de minimiser les émotions ressenties. Nous pouvons aussi nous demander si la

place des émotions dans les soins n'est pas limitée, minimisée par le fait qu'Anthony soit un homme. Il expose quand même dans son discours la présence d'émotions en nous disant que « *ça peut arriver quand on fait un transfert* » (L.106) finalement Anthony fait face à ses émotions plutôt après le soin car comme il nous l'explique « *le seul moment où on gère nos émotions c'est quand on se met en salle de pause et qu'on souffle un peu* » (L.). Nous pouvons alors émettre l'hypothèse qu'Anthony grâce à sa carrière dans des services intensifs comme la réanimation ou les urgences à développer une capacité de contrôle de ses émotions lors de la réalisation des soins sans peut être même qu'il ne s'en rende vraiment compte.

Les émotions lors de la réalisation de soins douloureux.

Après avoir déterminé la considération de chacun des protagonistes concernant la place de leurs émotions dans leurs pratiques nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux émotions qu'ils peuvent ressentir lors de la réalisation de soins douloureux. Ainsi nous avons aussi pu analyser leur capacité à s'exprimer sur leurs émotions et leur répercussions physiologiques.

Johanna ne met pas de mots sur les émotions qu'elle ressent lors de l'induction de douleur chez ses patients mais elle a conscience que son corps réagit (bouffées de chaleur, transpiration). Elle expose directement des moyens de contrôle qu'elle met en place lors de telles situations. Pour Noémie ces situations la « *mettent mal à l'aise* » (L. 53), « *dans une position inconfortable* » (L. 55) parce qu'elle nous a dit ne pas savoir que faire de plus par conséquent elle se sent « *démunie* » (L. 56). Après le soin elle sera « *un peu triste pour le patient* » (L. 58) mais elle nous précise qu'elle pense que « *c'est nécessaire pour le patient de ressentir toute ces émotions* » (L. 59). Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que du fait de son manque d'expérience et, comme nous avons pu le voir précédemment, un manque de connaissance concernant la prise en charge de la douleur induite, Noémie durant ces soins ressent des émotions négatives puisqu'elle se sent désemparée ce qui l'impact émotionnellement par la suite. Blandine aussi qui pourtant a plus d'expériences et nous cite plus d'outils lui permettant d'éviter la douleur induite, nous exprime sa frustration durant la réalisation de tel soins. Elle appuie le fait que les infirmiers ne sont « *pas là pour faire souffrir les gens* » (L. 113). En y réfléchissant elle finit par parler d'angoisse voire de culpabilité puisque

« *tu as presque aussi mal qu'eux, c'est ça tu ressens la douleur* » (L. 119-120). En ce mettant dans une telle position Blandine dépasse la relation d'empathie que nous avons décrite puisqu'être empathique permet de comprendre la situation du patient afin de réagir de manière appropriée. Pour cela il est nécessaire de comprendre ce que ressent l'autre et lui démontrer notre compréhension cependant ce concept exclut la confusion entre soi et l'autre. Cela voudrait dire que les émotions du patient doivent être comprises et considérées par l'infirmier mais ne devraient pas impacter émotionnellement l'infirmier. Cependant nous avons souligné que les émotions font partie intégrante de chacun et sont incontrôlables, leur présence dans n'importe quelles situations de soin qu'il soit, est donc inévitablement humaine.

Le discours d'Anthony s'oppose au discours précédent puisqu'il nous parle directement d'empathie comme l'émotion ressentie durant ses soins. Or l'empathie n'est pas définie comme une émotion mais comme une capacité cognitive. En effet même s'il nous dit ne pas ressentir d'émotions durant sa pratique il a conscience que les soins qu'ils prodiguent peuvent être « traumatiques » (L. 89) d'où son empathie. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ses émotions sont présentes mais que sa capacité de contrôle est supérieure. Deux hypothèses peuvent alors être proposées soit cela est accentué par le sexe masculin d'Anthony soit par son expérience dans des services intensifs comme les urgences et la réanimation, sachant que ces deux critères peuvent être complémentaires.

De plus, comme nous avons pu le mettre en avant lors de nos recherches littéraires grâce aux écrits de F. Lelord et C. André. « *l'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions).* » (page 168) Par conséquent nous avons souhaité relever les différentes réactions de chacun des protagonistes lorsqu'ils sont confrontés à l'induction de douleur chez leurs patients. Johanna et Blandine sont les seules à nous avoir décrit ce qu'elles ressentaient physiologiquement. Dans une telle situation Blandine nous expose réellement ce qu'elle ressent, toujours en reprenant l'exemple de son patient en fin de vie. Elle nous a dit qu'elle transpirait, qu'elle ne parlait pas, qu'elle a finalement fait le pansement rapidement pour écourter le soin. Johanna aussi nous dit ressentir que son corps réagit et nous donne l'exemple des bouffées de chaleur.

Finalement les infirmiers dans leur pratique sont obligatoirement confrontés à leurs émotions comme toute personne humaine dans sa vie quotidienne cependant ils développent plus ou moins leur capacité à les contrôler. Cela nécessite donc la connaissance de ce que sont les émotions, une considération de celles-ci que ce soit les nôtres ou celle des autres, ce qui leur permettra finalement de pouvoir les comprendre et ainsi pouvoir les contrôler par le biais de processus inconscients que nous avons pu développer dans nos recherches théoriques, les mécanismes de défense.

La gestion des émotions

Dans certaines situations les émotions sont décuplées et leur contrôle devient difficile. Nous nous sommes intéressés au moyen mis en place par les infirmiers qui leur permettent de contrôler leurs émotions lors de la réalisation de soins douloureux.

Noémie nous a expliqué qu'elle se « *protège en (se) disant que les soins sont indispensables et que c'est transitoire, ce ne sera pas éternel* » (L. 62-63) et rajoute qu'elle essaie de mettre en place tout ce qui est en son pouvoir pour éviter d'induire une douleur à son patient. Or comme nous l'avons relevé précédemment, Noémie par son manque d'expérience manque de moyens lui permettant de prévenir la douleur induite. Avant de réaliser ce type de soins et ayant conscience que cela risque d'être difficile pour elle, elle nous dit prendre « *une bonne inspiration* » (L. 37) avant de rentrer dans la chambre. Effectivement par le biais du contrôle de la respiration Noémie tente de se mettre en condition pour parvenir à gérer ses émotions durant le soin.

Pour Johanna le contrôle de ses émotions s'avère compliqué et elle ne nous expose que peu les moyens qu'elle utilise pour les contrôler face à la douleur induite par les soins qu'elle prodigue. Elle a conscience des réactions corporelles qui se produisent chez elle lorsqu'elle est confronté à l'induction de la douleur. « *Pour autant je garde la tête froide, je sais que j'ai le patient en face de moi, je sais que je suis là pour lui, qu'il ne faut pas non plus que je lui montre trop que je suis débordée et que je ne gère pas trop* » (L. 125-126) nous dit-elle. Sa réponse se centre autour de la verbalisation car en effet c'est suite à une situation qui la mette en difficulté et l'angoisse, particulièrement lors de situations d'urgence qu'elle appréhende et qu'elle va

ensuite en faire part à ses supérieurs. Ceci lui permet probablement d'extérioriser en partageant ses difficultés avec autrui. Elle souligne aussi l'importance du soutien de ses collègues qu'elle considère comme des amis et qu'elle peut appeler en cas de difficultés rencontrées. Finalement elle nous dit que « *c'est l'expérience qui fait qu'au bout d'un moment on apprend à gérer nos émotions, on n'a pas le choix.* » (L. 119) et rajoute la possibilité d'effectuer des formations qui lui permettrait certainement de développer cette capacité de contrôle.

Blandine est finalement la plus explicite et expose de nombreux moyens lui permettant de canaliser ses émotions. Selon le contexte nous avons pu comprendre que ses émotions varient puisque l'induction d'une douleur à un patient en fin de vie est plus complexe émotionnellement à vivre pour elle qu'une prise de sang auprès d'un enfant par exemple. Elle justifie cela en expliquant que « *cette souffrance ne les amènera malheureusement à rien de bon. [...] alors que les enfants ils ont les patch EMLA, souvent c'est des hurlements d'appréhension...* » (L. 159 – 160). En effet toujours en reprenant l'exemple de son patient en fin de vie, elle nous explique qu'elle « *arriverait peut-être face à la douleur physique à ne pas trop regarder le patient* » (L. 148). Cependant elle communique beaucoup avec le patient tout d'abord en lui expliquant le soin puis elle souligne l'importance de la distraction en explicitant que « *le fait de parler moi ça m'aide, comme ça j'essaie de capter son attention par des sujets de conversations [...] il arrive un petit peu à s'éloigner de la douleur qu'on lui induit. Je pense qu'elle est moins importante* » (L. 164 ; 166). Nous pouvons donc admettre que Blandine adapte ses soins ainsi que les moyens de diversion qu'elle utilise en fonction de son patient. Elle individualise ses prises en charges et prend en compte chacun de ses patients dans leur globalité. Nous avons effectivement relevé l'importance de ceci dans la pratique infirmière.

Anthony quant à lui nous explique pourquoi aux urgences les émotions sont certainement moindres et le justifie car selon lui « *aux urgences on est tellement, on va dire, dans le feu de l'action qu'en général le seul moment où on gère nos émotions c'est quand on se met en salle de pause et qu'on souffle un petit peu* » (L. 106 à 108). Lors de la réalisation du soin aux urgences à cause de la charge de travail importante Anthony exprime mettre de côté les sentiments. En revanche c'est « *parfois quelques minutes après le soin on se dit : ah mince, j'aurai pu lui proposer de faire ça ou ça...* ». (L. 110-111) nous dit-il. Aussi Anthony rajoute qu'« *aux urgences tous soin douloureux qu'on va pouvoir faire c'est ensuite pour soulager le*

patient ce n'est pas des soins qui vont être pratiqués à titre de diagnostic et qui vont engendrer une douleur qui ne sera pas nécessaire » (L.96 à 99). La nécessité du soin et l'explication permettent généralement au patient d'accepter la douleur induite puisqu'ils comprennent que c'est le seul moyen de soulager la souffrance déjà présente lors de leur arrivée.

En effet comme nous avons pu le mettre en évidence grâce à nos recherches théoriques toute personne lorsqu'elle est confrontée à des émotions, qu'elle a besoin de contrôler met en place inconsciemment des mécanismes de défense. Ce sont des processus psychologiques inconscients, automatiques et provisoires, utilisés par le moi pour se protéger d'un danger pour l'intégrité et la constance du Moi, notamment l'angoisse et ainsi maîtriser ses émotions. Afin de prendre en charge ses patients de manière optimale l'infirmier doit avoir conscience de ces mécanismes afin qu'ils n'entravent pas sa prise en charge ainsi que la relation soignante qu'il entretient avec ses patients. Aussi nous avons explicité que l'échec de la mise en place de ces mécanismes peut engendrer des émotions négatives tel que l'angoisse ou le stress par conséquent les infirmiers doivent aussi apprendre à les utiliser.

Finalement nous avons pu relever à plusieurs reprises le manque de connaissance des infirmiers, nous pouvons donc émettre l'hypothèse que l'intégration dans la formation infirmiers de cours permettant de développer l'intelligence émotionnelle de chacun des étudiants, leur permettrait d'avoir un meilleur contrôle de leurs émotions et une meilleure prise en compte des émotions de leur patients, afin d'adapter leur prise en charge en fonction de celles-ci.

Aussi que ce soit par le biais de la protocolisation, de l'expérience ou d'une accentuation de la formation portés sur les situations qui risquent d'être émotionnellement chargés. Le fait de savoir quels actes mettre en place et à quel moment permet de mieux gérer son stress et les émotions qui en découlent comme le souligne Johanna : *« Pour arriver à gérer nos émotions je pense que si on connaissait mieux certaines pathologies, les soins d'urgences, si on approfondissait les choses en formation pour déjà apprendre à gérer les différentes situations et surtout apprendre à nous connaître nous-mêmes en prenant en compte nos émotions, en les comprenant et du coup on pourrait mieux les gérer » (L. 153 à 157). Johanna décrit sans le savoir ce que suggère le développement de l'intelligence émotionnelle. Cependant il ne faut pas*

oublier qu'il est du devoir de l'infirmier de se former continuellement afin d'améliorer sa pratique en effet Johanna souligne que « *c'est à nous de nous remettre de longue en question et anticiper les situations et ne pas attendre qu'on nous propose des formations* » (L. 144).

On peut en conclure que les émotions du soignant sont directement liées aux émotions du patient qui se répercutent sur lui, il doit donc être en capacité de les gérer pour ne pas tomber dans un engrenage où les émotions de chacun pourrait nourrir les émotions de l'autre et entraver le soin.

L'extériorisation des émotions.

La présence de situation émotionnellement chargée dans la pratique infirmière peut avoir un impact sur la santé et le bien être psychologique des soignants. Certains des infirmiers interrogés ont avancé d'eux même le besoin d'extérioriser les émotions accumulées. En effet Noémie nous explique que ses émotions ne l'ont jamais impacté durant le soin mais elle nous dit qu'elle « *n'a jamais agi différemment pendant un soin à cause de (ses) émotions mais après (elle a) besoin d'en parler* » (L.71-72) car cela va l'affecter personnellement. En effet Noémie lors de ses premiers stages ne s'était pas rendu compte de son besoin d'extérioriser et lors d'un tour de table en service elle nous confie avoir pleurer. Depuis elle parle régulièrement des situations l'impactant avec d'autres professionnels de la santé. Aussi nous avons relevé précédemment qu'après une situation difficile Johanna extériorise en explicitant à ses supérieurs la situation et le problème rencontrés afin de tenter de les résoudre afin que cela ne se reproduise pas. Johanna s'appuie donc sur ses supérieurs pour éviter les situations qui la mette en difficulté mais aussi sur ses collègues puisqu'elle nous a dit les contacter en cas de besoin. Anthony aussi souligne l'importance du travail d'équipe qui permet de se questionner sur sa pratique afin de l'améliorer. En effet « *on s'entraide pas mal ducoup on communique beaucoup sur tout ce qui est soin, savoir si on aurait pu mieux faire pour le patient* » (L. 121-122) nous a dit Anthony. De plus la cohésion d'équipe permet aussi d'extérioriser les émotions accumulées tout au long de la journée ou lors d'une situation particulière. Anthony explique que « *pour pallier les difficultés on arrive pas mal à s'entraider et c'est grâce à cette entraide qu'on arrive à mieux gérer nos émotions* » (L. 126-127), et il rajoute que la discussion avec ses collègues lui permet de « *se protéger [...] pour ne pas avoir à ramener tout ça à la maison.* »

(L.128-129). Il est donc probable que la cohésion d'équipe aux urgences permet d'améliorer les soins par le biais de la réflexion mais aussi d'extérioriser l'impact émotionnel de certaines situations difficiles.

« Ma thérapie c'est lorsque je vais sortir du domicile de mon patient, je mets la musique à fond dans la voiture ça me permet de souffler, vraiment te vider [...] j'arrive à me relâcher pour aborder le patient qui ne doit pas subir l'angoisse que j'ai eu ¼ d'heure avant » (L. 172-173 ; 174) nous explique Blandine. Sans même que nous lui demandions Blandine a exposé le besoin de s'« évader et extérioriser un peu toutes les émotions accumulées » (L. 179). Elle nous fait aussi part d'une situation qui a été émotionnellement difficile pour elle et nous explique : *« Je ne me sentais pas encore d'aller chez le prochain patient. Je me suis arrêtée au bord de la route, j'ai marché un peu, j'ai pensé qu'il me fallait un petit quart d'heure de détente, parce qu'émotionnellement c'était trop pour moi, je ne me sentais pas capable d'attaquer une autre relation, il fallait que je me vide un peu »* (L. 180 à 183). À ce moment Blandine souligne l'avantage de la pratique en milieu libéral ce qu'elle va développer et que nous allons analyser dans la prochaine partie.

La pratique infirmière particulière en milieu libéral.

L'analyse de ces entretiens nous a permis d'élargir notre réflexion vers la relation soignant-soigné dans le milieu libéral. Blandine dans son discours expose les avantages mais aussi les difficultés auxquelles sont confrontés les infirmiers libéraux. Il est donc intéressant de les relever puisque nous pouvons supposer que par le biais d'une relation soignant-soigné plus développé en libéral du fait de la connaissance du patient mais aussi de l'investissement de Blandine dans celle-ci impacte la prise en charge. Concernant la prise en charge de la douleur induite nous avons pu effectivement relever les nombreux actes dépendant du rôle propre de l'infirmier que Blandine met en place. En effet elle souligne que la connaissance du patient n'est pas la même qu'à l'hôpital ce qui lui permet de mettre en place des actions adaptées au besoin et aux envies du patient comme écouter de la musique ou discuter de ce qu'il apprécie. Cette connaissance du patient, de ses habitudes de vie, de sa famille et autre permet à Blandine de le distraire et donc de tenter de minimiser l'impact du soin ainsi que la douleur possiblement induite par celui-ci. En revanche nous avons aussi relevé l'importance que Blandine accorde à

ses émotions dans sa pratique et nous pouvons probablement émettre l'hypothèse que l'importance de la relation soignant-soigné en libéral induit une accentuation des émotions ressenties par l'infirmier. Par conséquent les infirmiers exerçant dans ce milieu doivent certainement développer diverses méthodes, mécanismes de défense leur permettant de s'investir dans la relation sans que celle-ci n'impacte leur vie personnelle.

3. De la conclusion de l'analyse croisée à la problématisation

La confrontation de nos recherches théoriques avec le discours des infirmiers interviewés nous a permis de distinguer la théorie de la réalité. Ceci nous a permis de faire progresser notre réflexion et ainsi émettre des hypothèses.

Tout d'abord nous avons relevé que les soins considérés comme les plus difficiles à réaliser sont infirmier dépendant selon leur expérience, leur appréhension, leur difficulté personnelle et bien plus encore. En effet la pratique infirmière nécessite d'être en capacité de réaliser de nombreux actes par conséquent les soins douloureux ne sont pas forcément les plus complexes à prodiguer pour les infirmiers.

Nous souhaitons aussi déterminer la capacité des infirmiers à définir ce que représente la douleur induite. Nous avons pu nous apercevoir que celle-ci était encore trop peu connue puisque les infirmiers la comparent à la douleur physique induite par les soins techniques. Or il s'agit aussi de la douleur psychique qui est souvent omise ainsi que l'accentuation de douleur pathologique déjà présente par la mobilisation par exemple. Cela démontre un manque de connaissances limitant sa prise en charge. En effet nous avons pu constater que lorsque les infirmiers ne savent pas définir la douleur induite dans la totalité de ce qu'elle représente, l'initiation d'acte permettant de la prévenir est restreinte. Aussi l'expérience professionnelle permet probablement d'accroître la mise en place de divers moyens analgésiques, médicamenteux relevant du rôle prescrit ou non médicamenteux relevant du rôle propre de l'infirmier. La pratique infirmière ne se contente pas d'exécuter des prescriptions puisque de nombreux moyens non médicamenteux peuvent être mis en place et limiter la douleur induite par le soin. L'investissement et l'adaptation de l'infirmier dans sa prise en soin et donc dans la relation avec le patient permet de favoriser la mise en place de tel moyen et donc la prévention de la douleur induite.

Nous avons aussi réalisé de nombreuses recherches concernant la prise en charge de la douleur induite ce qui nous a permis de mettre en évidence plusieurs étapes sans lesquelles la prise en charge ne peut être complète et optimale. Tout d'abord nous avons appuyé la nécessité d'une évaluation de la douleur adaptée or nous avons pu constater qu'elle n'était pas obligatoirement réalisée ce qui restreint sa considération ainsi que sa prise en charge. De plus

nous avons pu mettre en évidence les nombreuses échelles d'évaluation de la douleur permettant de la quantifier mais nous n'avons pas pu déterminer si les infirmiers interrogés savaient les adapter en fonction du patient (son âge, sa capacité de communication, le type de douleur qu'il ressent...), de la situation, du soin prodigué... Après avoir évalué et mis en place des moyens médicamenteux et non médicamenteux permettant de prévenir ou de traiter la douleur induite il est nécessaire de la réévaluer afin d'analyser l'efficacité des actions mis en place et ainsi en rajouter si besoin. Cette réévaluation n'a été citée que par l'infirmière libérale ce qui nous laisse penser qu'elle n'est que très peu effectuée. Nous avons aussi souligné l'importance de la traçabilité de ces données permettant un suivi médical et ainsi une meilleure adaptation individualisée des antalgiques au vu des bénéfices et des risques liés aux effets indésirables cependant aucun des protagonistes n'a exposé ce point. L'absence de protocoles ou de recommandations permettant de prendre en charge la douleur induite démontre encore un manque de considération de celle-ci.

Notre travail de fin d'études ayant comme finalité de mettre en évidence l'impact des émotions dans la prise en charge de la douleur induite. Nous avons ensuite poursuivi nos recherches sur l'implication et la gestion émotionnelle des infirmiers.

Tout d'abord nous avons voulu déterminer la place qu'accordaient les infirmiers à leurs émotions dans leur pratique. Nous avons pu mettre en évidence que les émotions font partie intégrante de la vie quotidienne de chacun des individus humains. Elles sont des stratégies adaptatives permettant aux Hommes de résoudre automatiquement, sans recourir au raisonnement, les problèmes auxquelles leur environnement les confronte mais aussi de percevoir et de comprendre les émotions de l'autre afin d'engager des actions corrélées. La pratique infirmière par le biais de la relation humaine induit alors inévitablement des émotions. En effet les infirmiers interrogés ont conscience de la place importante de celles-ci dans leur pratique, seul Anthony expose leur occultation. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela est due à son expérience dans des services intensifs nécessitant une prise en charge rapide afin d'éviter tout danger potentiel pour le patient ce qui lui a permis de développer sa capacité de contrôle de ses émotions. Aussi aux urgences tout est organisé et protocolisé afin de pouvoir réaliser tout soins dans les meilleures conditions possibles par conséquent nous pouvons émettre l'hypothèse que ceci permet de minimiser l'impact des émotions des infirmiers lors de situations émotionnellement chargées. Aussi que ce soit par le biais de la protocolisation, de

l'expérience ou d'une accentuation de la formation sur les situations qui risquent d'être émotionnellement chargées, le fait de savoir quels actes mettre en place et à quel moment permettrait donc de favoriser la gestion des émotions. De plus Anthony est le seul infirmier de sexe masculin que nous avons interrogé nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la place accordée aux émotions est accentuée chez les personnes de sexe féminin.

La présence d'émotion dans la pratique infirmière permet de prodiguer des soins de qualité en prenant en compte les patients dans leur globalité et en instaurant une relation soignant-soigné digne de ce nom. Cependant le contrôle des émotions est tout aussi important que la perception de celle de l'autre et il ne faudrait pas qu'elles prennent une place trop importante au sein de leur vie personnelle sans quoi comme nous avons pu le voir le stress permanent pourrait malheureusement les amener à ne plus parvenir à contrôler et supporter l'impact émotionnel quotidien de leur pratique. En effet nous avons souligné le rôle des émotions dans la communication avec autrui et donc sa considération ainsi que l'importance de celles-ci et de leur gestion dans la pratique infirmière par le biais du concept de l'intelligence émotionnelle.

Lors de la réalisation de soins douloureux les infirmiers interrogés ont difficilement défini les émotions qu'ils ressentaient. Nous avons donc émis l'hypothèse d'un manque de connaissance concernant les différentes émotions existantes permettant de les définir et de les caractériser. On demande à l'infirmier de faire preuve d'empathie avec ses patients c'est-à-dire de considérer leurs émotions sans qu'elles impactent les leurs. Or les infirmiers dans leur pratique sont obligatoirement confrontés à leurs émotions comme toute personne humaine dans sa vie quotidienne cependant ils développent plus ou moins leur capacité à les contrôler. Cela nécessite donc la connaissance de ce que sont les émotions, une considération de celles-ci que ce soit les nôtres ou celle des autres, ce qui leur permettra finalement de pouvoir les comprendre et ainsi pouvoir les contrôler par le biais de processus inconscients que nous avons pu développer dans nos recherches théoriques, les mécanismes de défense.

Finalement nous avons pu relever à plusieurs reprises le manque de connaissance des infirmiers, nous pouvons donc émettre l'hypothèse que l'intégration dans la formation en soin infirmier de cours permettant de développer l'intelligence émotionnelle de chacun des

étudiants, leur permettraient d'acquérir un meilleur contrôle de leurs émotions et une meilleure prise en compte des émotions de leur patients, afin d'adapter leur prise en charge en fonction de celles-ci

Nos recherches nous ont aussi permis de mettre en évidence la nécessité d'extérioriser ses émotions afin qu'elles n'impactent pas péjorativement leur pratique professionnelle ainsi que leur vie personnelle.

Finalement nous pouvons conclure que les émotions des infirmiers sont inéluctablement présentes dans leur pratique et impactent leur prise en charge particulièrement concernant celle de la douleur induite car c'est par le biais de la perception de la souffrance induisant des émotions chez l'infirmier qu'il va mettre en place des actions en adéquation. Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur induite ainsi que tout autre prise en charge il nous paraît nécessaire de considérer et ainsi utiliser les émotions du patient et de l'infirmier pour potentialiser la prise en soin. Le fait de porter attention à nos propres émotions nous prédispose à saisir et à comprendre celles des autres. Il faut se comprendre soi-même avant de vouloir comprendre les autres et pouvoir les aider, les accompagner.

En conclusion les émotions impactent la totalité de notre existence. Elles sont mémorisées inconsciemment, nous habitent et nous permettent de construire notre identité. Les émotions des infirmiers impactent donc la pratique infirmière et donc probablement la construction d'une identité professionnelle. Notre travail de réflexion devrait donc se poursuivre autour de la problématisation suivante :

- En quoi les émotions peuvent impacter la construction de l'identité professionnelle des infirmiers ?

Conclusion

Ce travail de fin d'études à tout d'abord commencer par le choix d'une situation vécue en stage qui m'a permis de me questionner et ainsi retenir une problématique principale sur laquelle je souhaitais réaliser ce travail. Cette situation complexe sur plusieurs points de vue aurait pu nous amener à retenir une autre problématique. Or durant mes stages j'ai vécu plusieurs situations impactant mes émotions et où la gestion de celles-ci s'est avérée compliquée, que ce soit au moment du soin ou après lorsque je repensais à celles-ci. Les émotions des infirmiers est un sujet que nous n'abordons que très peu durant la formation. C'est pourquoi initier une réflexion et réaliser des recherches sur ce sujet me tenait à cœur.

Ma démarche réflexive a tout d'abord nécessité d'effectuer de nombreuses recherches théoriques me permettant d'établir un cadre de référence. J'ai donc retenu trois grands concepts à développer.

Dans un premier temps j'ai souhaité contextualiser l'ensemble de ce travail de recherche en m'intéressant à ce que représente les soins infirmiers. J'ai donc d'abord cherché à les définir puis je me suis appuyé sur le cadre réglementaire et législatif de l'infirmier diplômé d'état afin de mettre en évidence les règles auxquelles ils sont soumis. De plus je me suis informée sur les différents concepts et théories du soin ce qui m'a permis de comprendre ce que représente la notion de « prendre soin ». Cette notion étant étroitement lié à la relation soignant-soigné, j'ai aussi tenté de la définir et d'en exposer les différentes caractéristiques.

Mon travail de recherche s'intéressant principalement à la prise en charge de la douleur induite et les émotions des infirmiers qui en découlent, nécessitait de mettre en évidence des recherches théoriques me permettant de les expliciter.

En effet la deuxième partie de mon cadre de référence concerne la douleur induite et sa prise en charge. Dans un premier temps j'ai donc défini celle-ci puis j'ai voulu exposer les différents types de ces douleurs existantes puisqu'elle comprend à la fois la douleur physique, psychique et l'accentuation de douleur pathologique par les soins. Je me suis par la suite renseignée sur la prise en charge de la douleur induite en commençant par son évaluation puis en exposant la nécessité et les moyens permettant de la prévenir ou de la traiter si nécessaire. J'ai donc à la fois déterminé les moyens médicamenteux mais aussi les moyens non médicamenteux faisant

référence aux actions mis en place par les infirmiers permettant d'agir sur les facteurs pouvant influencer la perception de la douleur.

La troisième partie de mon cadre de référence vise à définir les émotions et distinguer chacune d'elles. La présence d'émotions nécessite de les contrôler particulièrement dans la pratique infirmière, j'ai donc explicité ce que sont les mécanismes de défense ainsi que leurs potentielles conséquences sur la prise en soin. L'exposition du concept d'intelligence émotionnelle était donc indispensable pour finaliser ma partie concernant les émotions puisqu'elle permet de mettre en évidence la nécessité d'identifier, d'exprimer, de comprendre et de gérer et ainsi utiliser nos émotions afin de potentialiser chacune des prises en soin. Ceci nous a permis d'exposer la nécessité d'une accentuation de la formation à ce sujet puisque le fait de porter attention à nos propres émotions nous prédispose finalement à saisir et à comprendre celles des autres. « *L'intelligence émotionnelle est la liaison entre le cœur et la raison* ». (Ryad Chabouni)

Après avoir effectué toutes ces recherches théoriques, j'ai souhaité les comparer avec la réalité du terrain. Pour cela, j'ai tout d'abord construit un guide d'entretien (Cf annexe 4, page V) me permettant de répertorier et ainsi de savoir qu'elles questions poser afin que les infirmiers puissent apporter des éléments nourrissant ma réflexion. J'ai ensuite réalisé mes entretiens auprès de quatre infirmiers étant différents autant par rapport à leur lieu d'exercice que par leur expérience professionnelle, leur âge, leur sexe... J'ai ensuite retranscrit puis analysé chacun des entretiens par le biais d'un tableau d'analyse (Cf annexe 6, page XVII à XXXIV). Tout ceci m'a permis de rédiger une synthèse de chacun des entretiens. Puis j'ai finalement exposé une analyse croisée me permettant de comparer mes recherches théoriques avec les discours des infirmiers représentant la réalité du terrain. La finalité de cette démarche réflexive étant d'accroître mes connaissances sur le sujet mais aussi de développer ma réflexion et ainsi améliorer ma future pratique professionnelle. Elle m'a permis de comprendre que les émotions dans la pratique infirmière ne sont pas forcément péjoratives. Elles peuvent finalement être facteur d'une prise en soin adaptée, individualisée et ainsi permettre à l'infirmier de construire son identité professionnelle à partir du moment où l'implication et la gestion de ses émotions ne lui porte pas préjudice et n'impacte pas péjorativement la prise en soin.

Comme le souligne Serge Desjardins, « *Gérer ses émotions n'implique pas de les contrôler ni de les combattre mais de les accueillir en tenant compte du message qu'elles véhiculent* »

Si je devais poursuivre ce travail de recherche ma réflexion s'orienterait autour de la question suivante : En quoi les émotions peuvent impacter la construction de l'identité professionnelle des infirmiers ?

Bibliographie :

- A Toledano, A. T. (2018, 22 novembre). *Les mécanismes de défense des soignants*. institut-rafael.fr. <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>
- Colère, dégoût, peur. . . (s. d.). Dans *Le Larousse*. Consulté le 20 mars 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Collière, M. (1998). *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers (Hors collection) (French Edition)*. MASSON.
- Coutaux, A., & Collin, E. (2008). Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. *Douleur et Analgésie*, 21(3), 126-138. <https://doi.org/10.1007/s11724-008-0103-6>
- *La douleur en questions*. (2004, novembre). Société d'étude et de traitement de la douleur et Ministère de la Santé et de la Protection sociale. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_douleur_en_questions.pdf
- E. Boccard, E. B., & V. Deymier, V. D. (2006). *Pratique du traitement de la douleur*. Institut UPSA de la douleur.
- F. (2021, 8 février). *Différents aspects de la relation soignant soigné*. PaReDoc. <https://formationsparamedicales.wordpress.com/2018/10/08/1902/>
- G Apter, G. A., & D Mellier, D. M. (s. d.). *L'émotion, un mouvement vers l'autre ?* Cairn.info. Consulté le mars 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-9.htm>
- Goleman, D., & Roche, D. (2018). *L'intelligence émotionnelle - Tome 2 (Hors collection) (French Edition)*. Robert Laffont.
- Grisolet, N. (2020, 28 septembre). *Nouvelle définition de la douleur - SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur*. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. <https://www.sfetd-douleur.org/nouvelle-definition-de-la-douleur/>
- Henderson, V. (1969). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Association des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec.
- Hesbeen, W. (2018). Les mots du prendre soin. *Soins Aides-Soignantes*. Published. <https://doi.org/10.1016/j.sasoi.2018.01.006>

- J. Cosnier, J. C. (2015). *Psychologie des émotions et des sentiments*. icar.cnrs.fr. http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/Emotions_et_sentiments.pdf
- M Marc, M. M. (2018, 17 décembre). *Qu'est-ce que l'intelligence émotionnelle?* intemotionnelle.com. <https://www.intemotionnelle.com/quest-ce-que-lintelligence-emotionnelle/>
- M Phaneuf, M. P. (2013, février). *Les intelligences émotionnelle et sociale des outils pour la relation*. prendresoins.org. <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Les-intelligences-Z%CC%8Cemotionnelle-e-t-sociale-des-outils-pour-la-relation.pdf>
- M. Phaneuf, M. P. (2018, 12 mars). *L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ?* prendresoins.org. <http://www.prendresoins.org/?p=3627>
- M Ruzsniowski, M. R. (2011, 8 décembre). *Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave*. pediadol.org. https://pediadol.org/wp-content/uploads/2011/12/U2011_ruzsniowski.pdf
- Marzano, M. (2007). *Dictionnaire du corps (Dictionnaires Quadrige) (French Edition)* (Quadrige Dicos poche éd.). PUF.
- *Memento de la douleur*. (2010). Comité de lutte contre la douleur. http://reseau-pic.info/travaux/documents/Memento_CLUD.pdf
- Muller, A., Metzger, C., Schwetta, M., & Walter, C. (2020). *Soins infirmiers et douleurs (Savoir et pratique infirmière) (French Edition)*. MASSON.
- Muller, A., Metzger, C., Schwetta, M., Walter, C., Bartier, J., Bellet, P., Brasseur, L., Bruxelles, J., Dumény, E., Duparc-Alégria, N., Dupeyron, J., Gaertner, E., Grandsard, C., Helms, O., Hentz, J., Kopferschmitt, J., Laugner, B., Breton, D. L., Mutabesha, D., . . . Thibault, P. (2012). *Soins infirmiers et douleur (Savoir et pratique infirmière) (French Edition)* (4e éd.). Elsevier Masson.
- N. Lelievre, N. L. (s. d.). *Douleur et droits*. SFMU. Consulté le avril 2021, à l'adresse https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Douleur_et_droits.pdf
- Nadia Péoch, N. P. (s. d.). *La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement*. Cairn.info. Consulté le mars 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-65.htm>

- Paillard, C. (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers - 3e édition (French Edition)*. French and European Publications Inc.
- Poletti, R. (1980). *Aspects psychiatriques des soins infirmiers*. Le centurion.
- Ricard - Hibon, R. H. (s. d.). *La douleur induite par les soins*. SFMU. Consulté le mars 2021, à l'adresse https://www.sfm.uqam.ca/formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/033.pdf
- *Site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé*. (s. d.). Site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr>
- Sternberg, R. J. (2020). *The Cambridge Handbook of Intelligence (Cambridge Handbooks in Psychology)* (2e éd.). Cambridge University Press.
- Tremblay, G. (2002). Compte rendu de : La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement par Jean-Luc Héту, 3 édition, Montréal et Paris, Gaétan Morin, 2000, 189 p. *Service social*. Published. <https://doi.org/10.7202/006882ar>
- Watson, J. (2008). *Nursing : The Philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado.

Législation :

- *Le code de déontologie des infirmiers du Québec*. (s. d.). oiiq.org. Consulté le avril 2021, à l'adresse <https://www.oiiq.org/la-relation-professionnelle-un-delai-pour-chaque-situation>
- David Naudin, Marion Lenoir, Laurent Brocker. Cahier des sciences infirmières : rôles infirmiers organisation du travail et inter professionnalité. Encadrement des professionnels de soins p.39.
- Partie réglementaire, quatrième partie : professions de santé, Livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Titre Ier : profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre Ier : règles liées à l'exercice de la profession, Section 1 : actes professionnels.
- Partie réglementaire, quatrième partie. Livre III. Titre Ier : profession d'infirmier ou d'infirmière Chapitre II : règles professionnelles, Section 1 : Dispositions communes à tous les modes d'exercice, Sous-section 2 : devoirs envers les patients, article R4312-25
- Projet de Code de Déontologie des Infirmiers en lien avec les Articles R. 4312-1 et suivants du Code de la Santé Publique, validés par le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers.

- Premier plan de lutte contre la douleur (1998-2000)
- Article 2 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Le code de la santé publique dans lequel l'article L-1110-5
- L'article 7 du décret paru en juillet 2002
- Le second programme de lutte contre la douleur (2002-2005)

Annexes :

1. Annexe 1 : Les facteurs susceptibles d'influencer la douleur.

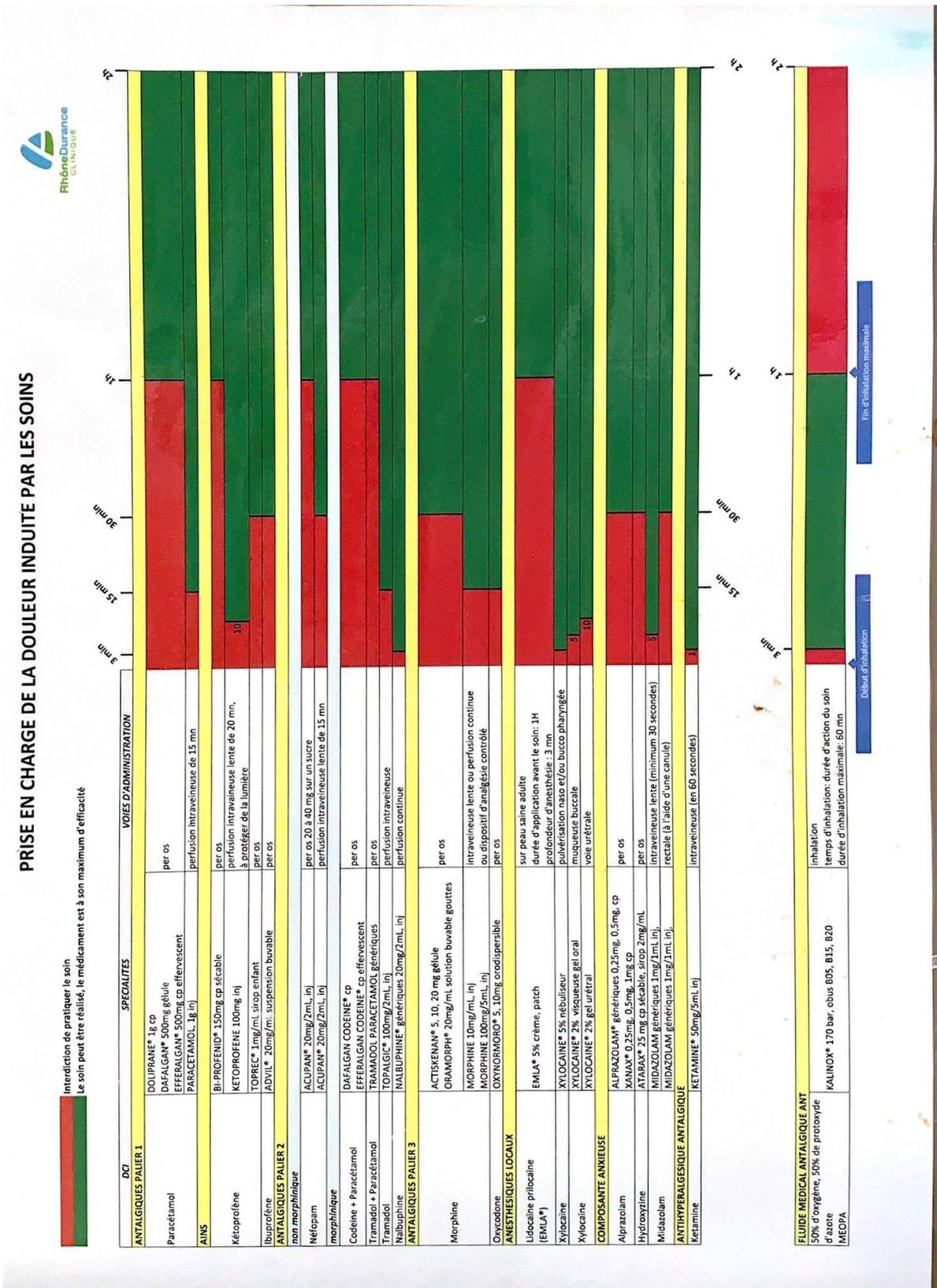
DE NOMBREUX FACTEURS SONT SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LA DOULEUR

| AUGMENTENT LA DOULEUR | DIMINUENT LA DOULEUR |
|-------------------------|--------------------------|
| Fatigue | Repos |
| Tristesse | Gaieté |
| Désespoir | Espoir |
| Dépression | Plaisir |
| Démoralisation | Bon moral |
| Cafard | Joie |
| Pessimiste | Optimiste |
| Tension | Relaxation |
| Nervosité | Calme |
| Colère | Bon caractère |
| Peur | Réassurance |
| Incertitude | Explications |
| Anxiété | Sécurité |
| Penser à la douleur | Oublier la douleur |
| Inquiétude | Tranquillité |
| Désœuvrement | Occupations |
| Isolement | Contacts humain |
| Insomnie | Sommeil réparateur |
| Soucis | Vie paisible |
| Mauvaise forme physique | Bonne condition physique |

Issue de l'article du Dr Marie-Josée Thévenot - CETD (Centre d'étude et de Traitement de la Douleur), Hôpital Saint-Antoine, Paris.

<https://www.contreladouleur.fr/mieux-connaître-douleur/comprendre-douleur-chronique>.

2. Annexe 2 : Prise en charge de la douleur induite par les soins.



Issue de la Clinique Rhône Durance, 1750 chemin du Lavarin 84000 AVIGNON.

3. Annexe 3 : Lettre d'autorisation des établissements de santé :



DIRECTION DES SOINS, DE LA QUALITE
ET DE LA GESTION DES RISQUES
ASSOCIES AUX ACTIVITES DE SOINS

☎ 04 90 03 90 06

Avignon, le 17 Février 2021

Madame Mélanie BENEDIT

melanie.benedit09@gmail.com

Réf. : FB/IS/028/2021

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens infirmiers

Madame,

En réponse à votre demande, je vous informe que je vous donne mon accord pour que vous puissiez réaliser des entretiens auprès d'infirmiers de l'établissement dans le cadre de votre travail de fin d'études.

Votre demande a été transmise aux Cadres de Santé du Pôle Social et Médico-Social, vous serez contactée directement pour définir les modalités de ces entretiens dans les meilleurs délais.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Le Coordinateur Général des Soins,


Isabelle SCHULLER



CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON

305 rue Raoul FOLLEREAU
84902 AVIGNON CEDEX 9

DIRECTION DES SOINS

☎ 04 32 75 35 81 (secrétariat)

Avignon, le 17 février 2021

Le Directeur Coordonnateur Général des Soins
Karine RONAT

Madame Mélanie BENEDIT
10 rue Bon Pasteur
84000 AVIGNON

Nos Réf. : KR/MP/21

Vos Réf. : votre courrier du 13 février 2021

Objet : TFE

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émet un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderais de bien vouloir prendre contact avec Madame Bonneau, cadre de santé des urgences au 04 32 75 31 94 ou Madame Mouries, cadre de santé des urgences au 04 32 75 31 83, dès réception de ce courrier.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS

K. RONAT

4. Annexe 4 : Guide d'entretien :

Les émotions des soignants face à la douleur induite.

Présentation :

Bonjour, je m'appelle Mélanie Bénédict. Étudiante en troisième année à l'IFSI du GIPES d'Avignon, j'effectue une enquête dans le cadre de mon travail de fin d'étude qui cherche à connaître les capacités des soignants à gérer leurs émotions lorsqu'ils sont confrontés à la douleur induite par les soins. La durée de cet entretien n'excédera pas 1 heure.

Expérience professionnelle :

- Présentez-vous : nom/prénom, âge, situation familiale.
- Quel est votre parcours professionnel ?
 - o Depuis quand êtes-vous diplômé ?
 - o Quel est votre parcours professionnel ?
 - o Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de cette structure ?
 - o Avez-vous des formations spécifiques ?

Question inaugurale

- Selon vous, quelle place tiennent les émotions dans votre pratique professionnelle ?

Question de relance :

Les soins infirmiers :

- Certains soins sont-ils plus difficiles à réaliser que d'autres, pour vous ? lesquels ?
- Pourquoi ces soins sont-ils plus difficiles ?

La douleur induite et sa prise en charge :

- Qu'est-ce que la douleur induite pour vous ?
- Dans votre pratique, que mettez-vous en place afin d'éviter la douleur chez vos patients ?
- Au sein de votre service utilisez-vous des protocoles permettant de prévenir la douleur induite ?

Les émotions :

- Que ressentez-vous lorsque vous effectuez un soin douloureux ?
- Existe-t-il des situations de soins où vous n'arrivez pas à gérer vos émotions ?
- Comment parvenez-vous à gérer vos émotions face à la douleur induites par les soins ?

5. Annexe 5 : Retranscriptions des entretiens.

5.1. Entretien n°1 : EIDE de troisième année.

- 1 **M : Bonjour, je m'appelle Mélanie Bénédit. Étudiante en troisième année à l'IFSI du GIPES**
2 **d'Avignon, j'effectue une enquête dans le cadre de mon travail de fin d'étude qui cherche à**
3 **connaître les capacités des soignants à gérer leurs émotions lorsqu'ils sont confrontés à la douleur**
4 **induite par les soins. La durée de cet entretien n'excédera pas 1heure. Tout d'abord je vais vous**
5 **demander de vous présenter s'il vous plait.**
- 6 **N : Bonjour je m'appelle Noémie, j'ai 23 ans et je suis en troisième année d'étude infirmière au GIPES**
7 **d'Avignon.**
- 8 **M : D'accord et quel stage avez-vous effectué durant votre formation ?**
- 9 **N : J'ai fait trois stages en EHPAD, un stage en rééducation fonctionnel, un stage en médecine**
10 **polyvalente aigue, un stage en chirurgie et un stage en psychiatrie dans un hôpital de jour.**
- 11 **M : D'accord, merci. Je souhaite réaliser un entretien semi directif donc je vais d'abord**
12 **commencer par vous poser une question inaugurale puis je vous proposerai des questions de**
13 **relance.**
- 14 **Selon vous, quelle place tiennent les émotions dans votre pratique professionnel.**
- 15 **N : La place des émotions, même si on essaie de les garder à distance, je pense qu'elles prennent**
16 **beaucoup de place** enfin pour moi. Dans les soins, **j'ai beaucoup été confronté à mes propres émotions**
17 **pendant mes stages.** Par exemple, en gériatrie, les émotions sont présentes **par rapport aux résidents qui**
18 **n'étaient pas forcément content d'être là, qui refusaient les soins ou étaient énervé. Forcément on ressent**
19 **leurs émotions** et je pense qu'elles prennent beaucoup de place. Au final **quand on est en contact avec**
20 **un patient il y a tout le temps les émotions du patient et elles se répercutent sur les notre.** Parfois je ne
21 sais pas si j'ai la juste distance, quand je vois un patient énervé forcément ça va me faire de la peine ou
22 un patient joyeux je vais aussi avoir des émotions positives. Dans tous mes stages je pense que mes
23 émotions ont pris beaucoup de place.
- 24 **M : D'accord très bien. Certains soins sont-ils plus difficiles à réaliser que d'autres pour vous ?**
25 **Et si oui, lesquels ?**
- 26 **N : Je ne m'étais jamais vraiment posé la question mais je pense qu'il n'y a pas de soins plus difficiles**
27 **qu'un autre mais plutôt des situations de soins qui peuvent être difficile.** Par exemple quand une
28 **personne refuse le soin ou qu'elle va avoir mal ou être triste.**
- 29 **M : D'accord et pourquoi ses situations sont plus difficiles pour vous ?**
- 30 **N : Certaines de ces situations où par exemple il va y avoir un refus de soin ou quand une personne va**
31 **être triste même sans refus mais je sens qu'elle en a marre, je lui donne ses traitements elle accepte mais**
32 **elle va me dire qu'elle en a marre de prendre les traitements. Là je pense que ces situations sont**
33 **compliquées parce qu'on va être confronté à la tristesse du patient. C'est quand on est confronté à des**
34 **émotions négative de la part du patient que ça va être compliqué.** Comme pour un patient qui présente
35 de l'agressivité, j'avais une patiente en EHPAD qui était très agressive, à chaque fois avant de rentrer
36 dans sa chambre je prenais une bonne inspiration parce que je savais que ça allait être un moment
37 compliqué. Ces situations sont très difficiles pour moi.
- 38 **M : D'accord. Et concernant la douleur induite qu'est-ce que cela représente pour vous ?**
- 39 **N : La douleur induite je pense que c'est une douleur qui va être faites au moment du soin, pendant un**
40 **soin. Je pense que c'est une douleur physique à laquelle va être confronté le patient pendant un soin**
41 **comme une prise de sang ou pendant la réfection d'un pansement.**
- 42 **M : Dans votre pratique que mettez-vous en place afin d'éviter d'induire de la douleur à vos**
43 **patients ?**
- 44 **N : Euh...**
- 45 **M : Est-ce qu'au sein des services ou vous avez fait vos stages vous avez utilisé des protocoles qui**
46 **vous ont permis de prévenir la douleur induite ?**

47 N : Oui, j'ai déjà utilisé, par exemple avant de poser une sonde on va mettre un produit anesthésiant
48 pour éviter que le patient ait mal pendant le geste. J'ai souvent eu des protocoles puis quand on sait
49 qu'une prise de sang va faire mal ou que la personne appréhende on va utiliser le protocole douleur
50 avant un soin vraiment douloureux comme un pansement. Il faut aussi rassurer le patient avant le soin
51 ce qui marche beaucoup pour les soins qui ne sont pas très douloureux.

52 M : D'accord et que ressentez-vous lorsque vous effectuez un soin douloureux ?

53 N : Ce sont des situations qui me mettent mal à l'aise. Parfois on va mettre un protocole en place avant
54 pour éviter que le patient ait mal comme un patch d'EMLA ou des antalgiques. Quand malgré tout le
55 patient souffre quand même devant nous ça me met dans une position inconfortable parce que je ne sais
56 pas quoi faire de plus, je me sens démuni, c'est le terme. Face à la douleur j'essaie de montrer au patient
57 que... enfin je ne sais pas l'expliquer. Si un de mes patient a était très douloureux pendant un soin après
58 je vais quitter la chambre et je vais être un peu triste pour le patient. Je pense que c'est nécessaire pour
59 le patient de ressentir toute ces émotions.

60 M : D'accord, et toutes ces émotions, comment parvenez-vous à les gérer face à la douleur induite
61 par les soins ?

62 N : Je me protège en me disant que les soins sont indispensables et que c'est transitoire, ce ne sera pas
63 éternel. Je me dis que c'est un mauvais moment à passer pour le patient mais les soins au bout d'un
64 moment ne seront plus nécessaires. Je pars de ce principe-là pour ne pas trop souffrir avec le patient. Je
65 me dis que c'est transitoire, que ça ne va pas être éternel et j'essaie de mettre en place tout ce que je
66 peux pour éviter qu'il ait mal justement.

67 M : D'accord. Existe-t-il des situations de soin où vous n'avez pas réussi gérer vos émotions ?

68 N : Non je ne pense pas que ça me soit arriver parce que personnellement mais émotion elles ne viennent
69 pas sur le coup parce que j'essaie de me blinder. C'est après que je vais souffler et me dire que c'est
70 terminé. Mes émotions ne m'ont jamais affecté au moment du soin, ça va plus m'affecté
71 personnellement en rentrant chez moi ou après quand je vais y repenser. Je n'ai jamais agi différemment
72 pendant un soin à cause de mes émotions mais après j'ai besoin d'en parler. Dans mes premiers stages
73 je ne m'étais pas rendu compte que j'avais besoin d'extérioriser mes émotions. Je repensais à des
74 situations parfois en boucle dans ma tête mais je ne pensais pas que j'avais besoin d'en parler. Et c'est
75 pendant mon stage à l'hôpital de jour en psychiatrie, on avait dû supprimer des entretiens à certains
76 patients et les patients après venaient me voir et me disaient qu'il se sentaient abandonné, que pour eux
77 c'était triste de ne plus venir. C'était pendant la période du deuxième confinement donc en plus d'être
78 confiné, ils n'avaient personne il se sentaient seul. C'était très dur pour eux de devoir faire sans les soins.
79 Un jour la psychiatre nous avait demander comment on vivait le deuxième confinement, elle voulait
80 faire un tour de table et là elle m'a demandé de m'exprimer vu que j'étais en stage dans leur service. Et
81 moi qui penser ne pas avoir besoin de parler et d'extérioriser mes émotions, je me suis retrouvé à fondre
82 en larme pendant le tour de table parce qu'en fait je ne m'étais pas rendu compte que j'avais besoin
83 d'extérioriser. Au final c'était une situation où j'avais été confronté à la détresse des patients, ça m'avait
84 beaucoup touché et pourtant je ne pensais pas que ça m'avait touché comme ça mais le fait d'en parler,
85 je me suis rendu compte que finalement j'en avais besoin. Maintenant ce que je fais c'est que j'en parle
86 avec des gens qui sont dans le domaine soignant aussi. Je fais ça pour ne pas garder toutes ces émotions
87 pour moi.

88 M : D'accord, l'entretien est terminé. Je vous remercie d'avoir répondu à la totalité de mon
89 questionnaire

5.2. Entretien n°2 : IDE exerçant en psychiatrie

- 1 **M : Bonjour, je m'appelle Mélanie Bénédict, étudiante en troisième année à l'IFSI du GIPES**
2 **d'Avignon j'effectue une enquête dans le cadre de mon travail de fin d'étude concernant la**
3 **capacité des soignants à gérer leurs émotions lorsqu'ils sont confrontés à la douleur induite par**
4 **les soins. La durée de cet entretien n'excèdera pas 1h. Tout d'abord je vais vous demander de vous**
5 **présenter s'il vous plaît.**
- 6 **J : je m'appelle Johanna j'ai 45 ans je suis infirmière depuis le 17 juillet 2020. Avant j'étais aide-**
7 **soignante, pendant 15 ans à peu près et c'est l'hôpital de Montfavet qui m'a financé ma formation.**
- 8 **M : D'accord et depuis combien de temps travaillez-vous au sein de cette structure ?**
- 9 **J : Depuis le 17 juillet, dès l'obtention de mon diplôme on m'a muté ici.**
- 10 **M : D'accord et en tant qu'aide-soignante où avez-vous travaillé ?**
- 11 **J : Sur Montfavet, un hôpital de jour.**
- 12 **M : D'accord et avez-vous des formations spécifiques ?**
- 13 **J : Non.**
- 14 **M : D'accord très bien merci, tout d'abord je vais vous poser une question inaugurale puis je vous**
15 **poserai des questions de relance qui me permettront vous aiguiller dans mon sujet.**
- 16 **J : D'accord très bien.**
- 17 **M : Selon vous quelle place tiennent les émotions dans votre pratique professionnelle ?**
- 18 **J : Alors pour moi les émotions, elles ont une grande place et c'est souvent un défaut qu'on me renvoi,**
19 **on trouve que je n'arrive pas à mettre la barrière. Je n'ai pas de barrière et je pense que finalement c'est**
20 **du positif dans mon travail, parce que justement selon les patients, leur action quand je fais des soins,**
21 **s'ils ont des douleurs et tout, c'est quelque chose qui m'atteint, c'est quelque chose qui me touche. Alors**
22 **je ne dis pas que les autres ne font pas bien, mais pour moi vraiment je pense que c'est quelque chose**
23 **qui m'aide et qui fait en sorte que je suis encore plus bienveillante avec les patients.**
- 24 **Je vais prendre plus mon temps, je vais bien leur expliquer ce que je fais, je vais leur demander le**
25 **lendemain si ça va mieux, s'il y a besoin je me fais des pauses puis je reprends. Je suis beaucoup à**
26 **l'écoute du coup, plus que si j'avais cette barrière il me semble. Par rapport au patient, je pense vraiment**
27 **que pour moi c'est un plus d'avoir des émotions comme ça et de ne pas avoir de barrière. Quand je sors**
28 **d'ici, je ramène tout chez moi, j'y repense et quand je reviens le lendemain j'essaie de mettre des choses**
29 **en place si je vois que mon soin de la veille n'a pas été bien pour le patient. Je pense que ça m'amène**
30 **des éléments au contraire et ça me fait réfléchir, travailler sur comment je peux mettre en place des trucs**
31 **pour que mon patient soit moins douloureux soit mieux. Voilà en gros.**
- 32 **M : D'accord, au sein de votre travail vous pensez que c'est bénéfique. Est-ce que parfois cela vous**
33 **porte préjudice dans votre vie personnelle ?**
- 34 **J : Un petit peu effectivement. Mon mari des fois va me le reprocher. Je suis à la maison, je repense à**
35 **des trucs. Par exemple quand j'étais aide-soignante lors de la fin d'une prise en charge d'un patient, je**
36 **n'étais pas d'accord avec le reste de l'équipe et c'est quelque chose que j'ai mal supporté. J'en ai pleuré**
37 **chez moi et j'en ai pleuré à mon travail d'où ma cadre qui m'avait que je dépassais les limites et que mes**
38 **émotions m'emporté mais je suis persuadé encore à l'heure actuelle que j'avais raison. Ils voulaient le**
39 **renvoyer dans sa famille ou les parents étaient complètement démunis, pour moi c'est absurde d'avoir fait**
40 **ça. On l'a fait, je n'ai pas eu le mot final mais voilà ces émotions là je pense que ça a permis à ce patient**
41 **de gagner un peu de temps parce qu'on a pu prolonger sa prise en charge avec une infirmière qui était**
42 **de mon côté. C'est pour ça je vous dis je pense que mes émotions et ma façon d'être et de faire pour les**
43 **patients c'est tout bénéf. Mais effectivement ça me coûte moi dans ma vie perso ouais, mais c'est ma**
44 **richesse je pense.**
- 45 **M : D'accord très bien, merci. Certains sont-ils plus difficiles à réaliser que d'autre pour vous ?**
- 46 **J : Pour moi à l'heure actuelle je pense que les soins techniques sont les plus difficile parce que je suis**
47 **jeune diplômé et que je bataille encore un peu, que j'ai peur d'être longue. Je n'ai pas encore la bonne**
48 **dextérité et tout ça donc les soins sont plus longs que quand ce sont mes collègues qui le font. Par**
49 **exemple on a un patient qui a un escarre conséquent au sacrum, quand je lui fais le soin, quand il est sur**

50 le côté il est très douloureux parce qu'il a une pathologie, il est très maigre. Je suis très longue à faire le
51 pansement le temps de bien nettoyer et c'est ça pour moi qui pêche un peu.

52 **M : D'accord, qu'est-ce que la douleur induite pour vous ?**

53 **J :** Ça va être la douleur provoquée par un soin, plus un soin technique comme la prise de sang, les poses
54 de sonde, les soins d'escarres... Pour moi c'est plus la douleur induite par un soin technique que par un
55 soin de douche par exemple. Quelqu'un qui ne veut pas faire sa douche, même si c'est un soin, ça n'induit
56 pas de douleur.

57 **M : Est-ce que vous pensez que les soins peuvent induire une douleur psychique ?**

58 **J :** Aussi oui peut être plus de la contrariété ducoup cela les mets mal à l'aise donc oui effectivement.
59 Par exemple j'avais un patient qui ne voulait pas qu'on lui coupe les ongles des orteils alors qu'ils étaient
60 hyper long. On l'a fait et ça l'a contrarié après il ne nous parlé plus, oui c'est une douleur psychique
61 effectivement.

62 **M : D'accord et dans votre pratique que mettez-vous en place afin d'éviter la douleur chez les
63 patients ?**

64 **J :** Moi souvent je vais les voir, je les préviens du soin à chaque fois, il y'en a qui ont le droit à des
65 morphiniques avant le soin donc s'ils les veulent je leur propose toujours. J'attends que le traitement
66 fasse effet bien sûr et à chaque fois que je fais quelque chose je les préviens du soin. « Je fais la toilette »,
67 « je vais nettoyer avec des compresses », à chaque fois je préviens bien de ce que je vais faire, je leur
68 demande s'ils ont besoin de faire des pauses, si c'est trop douloureux on arrête, je le remets sur le dos
69 correctement. Je leur parle beaucoup, j'explique beaucoup tout ce que je fais et souvent je pense qu'ils
70 sont partie prenante. Lui ça va c'est rare qu'il me dise « bon on arrête on reprend après ». Je fais en sorte
71 de les informer avant, pendant et même après quand on a terminé. D'énumérer tout ce que je fais je
72 pense que ça les aides. C'est comme ça que je fais pour éviter qu'ils aient mal au maximum.

73 **M : D'accord, est ce que au sein de votre service il y a des protocoles qui permettent de prévenir
74 la douleur induite par les soins ?**

75 **J :** On n'en a pas non. On pourrait faire l'hypnose, du Riki mais non on n'a rien d'autre. Les dolipranes
76 à la limite en tant qu'infirmière on a le droit d'en administrer mais ça ne marchera pas pour prévenir un
77 soin douloureux.

78 **M : D'accord. Que ressentez-vous lorsque vous effectuez un soin douloureux ?**

79 **J :** Euh ... je me dit, en même temps, que c'est pour son bien, que la finalité c'est pour que lui soit mieux.
80 Par exemple pour le pansement d'escarre je lui dis que je suis désolé je sais que ça fait mal mais votre
81 escarre va mieux de jour en jour, je suis positive parce que de toute façon c'est la réalité, c'est pour que
82 le patient se sente mieux. On met en place avant, tout ce qu'on peut pour limiter la douleur, il a mal à
83 l'instant T mais on sait que la finalité c'est pour que l'escarre guérisse et que le pansement soit mieux.
84 On fait avec j'ai envie de dire parce qu'on sait que c'est pour la bonne cause.

85 **M : D'accord. Existe-t-il des situations de soin où vous n'arrivez pas à gérer vos émotions ?**

86 **J :** Ce ne sera pas sur les soins techniques moi, ce sera plus si une personne, par exemple on a un patient
87 qui est sous oxygène et qui a un extracteur d'oxygène et l'autre fois, l'extracteur d'oxygène ne marchais
88 plus et là vraiment j'ai commencé à paniquer. Même plus que le patient, je pense que c'est lui qui m'a
89 rassuré parce que dans ma tête ça va vite. Jeune diplômée je ne maîtrise pas, j'ai très peur de l'accident.
90 Dans ces moments-là, mes émotions elle l'emportent, c'est quelque chose qu'il faut que j'arrive à
91 travailler. Ça va aussi être le patient qui va s'étouffer qu'il faut que j'aspire, c'est pareil. Je ne l'ai jamais
92 vu, je ne l'ai jamais vécu. Je pense que je vais demander de faire un jour en pneumonie au CHA,
93 vraiment parce que je stress de ça. Dans cette situation là je pense que mes émotions l'emporteraient je
94 ne serai pas gérer. Rien que de le dire j'en ai les larmes aux yeux. Je pense que ce sont des choses qui
95 ne s'apprennent pas à l'école, ce qui est dommage d'ailleurs. Je pense qu'il faudrait avoir une formation
96 sure « comment réagir à l'instant T » dans des situations qui font peur. On le fait un petit peu mais je
97 trouve que ce n'est pas suffisant parce que ces situations me font stresser et je pense que c'est ça que je
98 dois travailler. Nos émotions elles prennent le dessus et ça peut être dangereux pour le patient et ce n'est
99 pas possible.

100 **M : D'accord, très bien. Comment parvenez-vous à gérer vos émotions face à la douleur induite ?
101 Est-ce que vous vous rendez compte que vous mettez des moyens, des mécanismes en place qui
102 vous permettent de justement éviter de perdre le contrôle de vos émotions ?**

103 **J** : C'est une question très intéressante mais très compliqué. Moi je suis quelqu'un qui verbalise
104 beaucoup. Le médecin dès que je suis arrivé je lui ai dit que je n'ai jamais fait une aspiration bronchique.
105 Quand on avait un patient qui risquer de s'étouffer je l'ai prévenu que je ne savais pas faire qu'il faudrait
106 qu'il soit là. Finalement le médecin m'a dit que c'était bien, que quand on ne sait pas il faut le dire. Moi
107 je lui dis les choses, par exemple les médicaments c'est une pharmacie privée, ce n'est pas la pharmacie
108 de l'hôpital donc comment on reçoit les médicaments comme à la maison. Quand l'infirmière de nuit
109 déblistère les médicaments dans le pilulier, moi le matin je ne sais pas quel est ce médicament, selon
110 comment il est coupé. Rien que ça, c'était une source d'angoisse, je vérifiais mes traitements je ne savais
111 pas. Donc je l'ai verbaliser à la cadre et au médecin, pour autant on m'a répondu « tu t'y feras parce
112 qu'ici ça marche comme ça », j'ai répondu texto « ou pas » et je n'ai pas envie de m'adapter à ce système
113 parce que pour moi c'est dangereux.

114 Pour l'instant je dis les choses alors des fois j'appelle mes collègues, quand je suis en difficulté aussi. Ça
115 m'aide aussi les ressources de mes collègues, les infirmières franchement le top, bonne équipe, à toute
116 heure du jour de la nuit. J'ai fait des nuits j'ai pu appeler aussi quand j'avais besoin vraiment ça c'est
117 extraordinaire, le soutien des amis, de mes collègues de boulot. Je suis comme ça et puis ça va faire 6
118 mois que j'y suis malgré tout et je prends plus assurance. Il y a des choses que j'accepte mieux et je pense
119 qu'après c'est l'expérience qui fait qu'au bout d'un moments on apprend à gérer nos émotions, on n'a
120 pas le choix. Il y a des formations qui existent pour ça aussi et j'aimerais pouvoir en faire une.

121 **M** : Pour reprendre ce que vous dites, vous extériorisez vos émotions après les situations
122 émotionnellement chargé en verbalisant. Et pendant le soin douloureux comment gérer vos vos
123 émotions ?

124 **J** : Mon corps réagit, j'ai souvent des bouffées de chaleur, à l'instant T je transpire, faut dire ce qui est.
125 Pour autant je garde la tête froide, je sais que j'ai le patient en face de moi, je sais que je suis là pour lui,
126 qu'il ne faut pas non plus que je lui montre trop que je suis débordé et que je ne gère pas trop. Ce n'est
127 pas comme pour l'exemple du patient dont je vous parlais précédemment lui il l'a vu, je lui ai dit parce
128 qu'à un moment donné je ne savais pas ce que son appareil avait je lui ai dit « je ne sais pas mais on va
129 trouver une autre solution, une bouteille d'oxygène ». Malgré tout je me sens débordée, je sens que j'ai
130 des bouffées de chaleur tout ça mais je garde la tête froide pour l'instant. Pour l'instant parce que je n'ai
131 pas eu de situation critique mais je sais que si ça arrivé il faudrait que je gère. De toute façon je n'ai pas
132 le choix, c'est moi l'infirmière. Ma position d'aide-soignante me manque beaucoup, d'ailleurs. Je sais
133 que la situation dépend de moi, qu'il faut que je gère et je pense que malgré tout j'arriverai à gérer. Après
134 je craque par contre, c'est sûr, après l'instant je craque. Je me mets à pleurer et puis je verbalise que ce
135 n'est pas normal. Après je m'en veux, il y a des situations où je me dis qu'il faut que je prévoie si un
136 jour par rapport à ces appareils j'ai un problème. Ça faisait 2 mois que j'étais là, je savais qu'il y avait
137 un patient avec un extracteur et je ne me suis posé plus de question et si un jour ils tombent en panne
138 qu'est-ce que je vais faire ? C'est pour ça que des fois je pleure et je m'en veux de ne pas avoir anticipé.
139 Ce sont des choses auxquelles on ne pense pas forcément quand tout va bien, donc ça m'apprend aussi
140 à être plus vigilante. C'est pareil pour le massage cardiaque on l'a appris à l'école, ça fait 6 mois que je
141 suis là, j'ai dit à la cadre qu'il fallait que je revoie les gestes de premiers secours parce que j'ai peur,
142 parce qu'on l'a fait en 2e année ça, ça fait un an et demi et je pense que ce sont des formations, tous les
143 6 mois dans un premier temps se sera bien, quand on ne le vit pas, ce n'est pas comme le vélo ça, on
144 peut l'oublier. Il y a pleins de choses mais c'est à nous de se remettre en question et anticiper les
145 situations et ne pas attendre qu'on nous propose des formations.

146 **M** : Vous diriez finalement que l'expérience et le savoir-faire vous aidera à gérer vos émotions ?

147 **J** : Oui tout à fait si j'étais mieux préparer je pense que je gérerai mieux mes émotions mais elles seront
148 toujours présente dans pleins d'autres situations.

149 **M** : Auriez-vous quelque chose d'autre à rajouter qui pourrait, selon vous, apporter à mon sujet.

150 **J** ; On fait un très beau métier qui est très dur émotionnellement et physiquement. Je trouve que quand
151 on sort de l'école on n'est pas assez préparé et pourtant j'étais aide-soignante avant. Même moi je
152 m'étonne des fois. Je trouve que la formation n'est pas assez centrée sur les traitements, sur les
153 pathologies, sur les soins d'urgence et je trouve ça dommage. Pour arriver à gérer nos émotions je pense
154 que si on connaissait mieux certaines pathologies, les soins d'urgence si on approfondissait les choses

155 en formation pour déjà apprendre à gérer les différentes situations et surtout apprendre à nous connaître
156 nous-mêmes en prenant en compte nos émotions en les comprenant ducoup on pourrait mieux les gérer.
157 Je suis déçu du contenu de la formation qui devrait nous apprendre aussi à mieux nous connaître et
158 vraiment connaître les actions à mettre en place. Il y a des soignant qui sont comme des murs mais je
159 pense que dans notre métier si tu n'as pas un peu des émotions qui te tiennent et qui font que tu as de la
160 compassion pour tes patients c'est compliqué, tu es moins bienveillante et pourtant c'est que du positif
161 pour les patients. Après où se trouve le juste milieu ? Mais **chacun est différents et on fait tous de notre**
162 **mieux.**

5.3. Entretien n°3 : IDE exerçant aux urgences.

1 **M : Bonjour je m'appelle Mélanie Bénédict, étudiante en troisième année à l'IFSI du GIPES**
2 **d'Avignon. J'effectue une enquête dans le cadre de mon travail de fin d'étude qui cherche à**
3 **connaître les capacités des soignants à gérer leurs émotions lorsqu'ils sont confrontés à la douleur**
4 **induite par les soins. La durée de cet entretien n'excèdera pas une heure.**

5 **Tout d'abord je vais vous demander de vous présenter s'il vous plaît.**

6 **A : Je suis Anthony, infirmier aux urgences d'Avignon depuis 3 ans, avant j'ai fait un an en réanimation.**
7 **Je suis diplômée depuis 2017 de l'IFSI Tenon à Paris dans le 19e arrondissement. J'ai fait mes études à**
8 **Paris après je suis descendu directement travailler ici. J'ai commencé la réanimation aux franciscaines,**
9 **une réanimation cardiaque, pendant 7 mois et après je suis venu ici directement aux urgences depuis**
10 **janvier 2018 donc ça a fait 3 ans cette année.**

11 **M : D'accord, merci. Avez-vous des formations spécifiques ?**

12 **A : Pas du tout, on a des formations internes au service mais je n'ai pas encore passé de DU (diplôme**
13 **universitaire) ou quoi que ce soit. En interne au service on a des formations sur tout ce qui est lecture**
14 **des ECG donc on sait interpréter les ECG, s'il y a des troubles ou non de repolarisation ou des pathologie**
15 **cardiaque dessus. On a aussi des formations sur le déchocage. Elles sont un peu spécifiques aux urgences**
16 **mais c'est juste des formations internes.**

17 **M : D'accord. Tout d'abord, selon vous quelle place tiennent les émotions dans votre pratique**
18 **professionnelle ?**

19 **A : Alors, aux urgences on a le défaut quelles sont assez occultées parce qu'on va être sur la phase**
20 **aiguë des pathologies. Quand les patients arrivent ils sont souvent douloureux puisque la plupart des**
21 **pathologies qui arrive aux urgences induisent une douleur. Notre but ça va être de directement calmer**
22 **cette douleur de façon urgente donc nous notre priorité c'est de faire face à la douleur. Dans le soin**
23 **indirectement on va avoir une relation avec le patient qui va induire cette lecture des émotions mais**
24 **directement on va voir plus une approche primaire. En voulant directement casser la douleur avec des**
25 **antalgiques qui sont assez puissants directement pour ensuite prendre en charge le patient correctement.**

26 **M : D'accord très bien. Selon vous certains soins sont-ils plus difficiles à réaliser que d'autres ? et**
27 **si oui, lesquels ?**

28 **A : Nous, l'avantage qu'on a aux urgences c'est qu'on peut réaliser tous les soins quasiment parce qu'on**
29 **a des salles propres, limites bloc opératoire, pour réaliser des soins qui nécessite une très bonne asepsie.**
30 **On a des salles, dites salle, pour tout ce qui est abcès tout ça donc il y a moins besoin d'asepsie parce**
31 **que c'est considéré comme des soins de salle. On peut abordés tous les soins aux urgences, on a cette**
32 **faciliter-là d'aborder tous les soins et d'avoir tous les moyens pour les faire. Du sondage naso-gastrique,**
33 **sondage urinaire donc des soins limites presque bloc opératoire au soin où il faut retirer un abcès on**
34 **pourra tout faire.**

35 **M : D'accord donc il n'y a pas de soins qui sont plus difficile pour vous que d'autres ?**

36 **A : Euh non, même avec la relation au patient, c'est infirmier dépendant je pense mais nous ici on a les**
37 **moyens et les compétences, je pense, pour tout faire donc on n'appréhende pas tellement les soins.**

38 **M : D'accord. Qu'est-ce que la douleur induite par les soins selon vous ?**

39 **A : La douleur induite ça va être l'effet secondaire à une pathologie pour moi. Par exemple une colline**
40 **néphrétique, la douleur est induite par la colique néphrétique.**

41 **M : D'accord et dans votre pratique que mettez-vous en place afin d'éviter la douleur induite chez**
42 **vos patients ?**

43 **A : Nous on est régie par un protocole médical donc qui est assez bien défini puisqu'aux urgences on**
44 **l'utilise quasiment pour chaque patient. Ducoup on va se fier, on va dire, à l'échelle numérique de la**
45 **douleur de 0 à 10. Quand on est entre 0 et 3 on peut utiliser un antalgique de palier I type paracétamol,**
46 **de 4 à 6-7 on va utiliser un antalgique de palier II type Tramadol, Acupan, et au-delà on va passer aux**
47 **morphiniques opiacés donc entre 7 et 10.**

48 **M : D'accord donc au sein du service vous avez été vraiment des protocoles qui vous permettent**
49 **de gérer la douleur de vos patients ?**

50 A : C'est ça, on se sert beaucoup de ces protocoles. Après par expérience on a par habitude de
51 fonctionner avec des familles thérapeutiques. Par exemple on va souvent utiliser morphine paracétamol
52 directement en première intention chez quelqu'un qui est très algique pour mettre ensemble un palier 1
53 pour potentialiser le palier 3. Quand on va avoir quelqu'un ou on sait qu'il y a un geste, par exemple
54 quelqu'un qui vient pour une luxation de l'épaule, on ne va pas forcément lui donner de traitement per
55 os dès son arrivée parce qu'on sait qu'ensuite il va être perfusé et il va y avoir une légère sédation pour
56 pouvoir lui remettre l'épaule. Dans ces situations on n'a pas la même conduite parce que des fois on va
57 anticiper. Par exemple, quelqu'un qui est algique sur une douleur abdominale le but c'est qu'il passe le
58 scanner assez rapidement, il faut qu'il soit soulagé pour que tous les examens puissent bien se passer.
59 Dans les situations où il va avoir un geste médical comme une luxation on va peut-être un petit peu
60 temporiser et pas directement donner tous les antalgiques parce qu'on sait qu'après ça peut gêner le
61 médecin dans sa prise en charge. Si on met des morphiniques et que lui après il rajoute de la kétamine
62 et du diprivan par exemple ça peut modifier la prise en charge, ça risque d'être des traitements assez
63 lourds pour le patient et qui va empêcher sa sortie. Le but des urgences c'est de pas y rester mais quand
64 y'a pas d'hospitalisation c'est bien de ne pas trop charger les patients entre guillemets alors qu'il ne le
65 méritait pas. C'est pour ça que des fois on préfère ne pas trop donner d'antalgiques, voire d'abord la
66 dose que le patient nécessite pour arrêter cette douleur et au moins on lui met les même traitement per
67 os. Alors que si on commence directement toutes les douleurs par la morphine on n'aura pas cette échelle
68 de dosage on va dire.

69 M : D'accord, très bien. Vous me parlez de la douleur des patients qui sont induites par leur
70 pathologie mais concernant la douleur que vous vous induisez en prodiguant des soins est-ce que
71 vous avez des protocoles qui permettent de pallier les douleurs que vous allez engendrer ?

72 A : On n'a pas de protocole mais pareil en formation interne on a de l'hypnose donc dans le service on
73 utilise beaucoup l'hypnose. Il y a 7 ou 8 personnes dans le service qui sont formés à l'hypnose. On va
74 l'utilise pour tout ce qui est ponction lombaire, des réductions de luxation des soins qui risque d'entraîner
75 des douleurs. On a soit l'hypnose qui elle va venir soulager le patient par exemple pour une personne
76 qui est très anxieuse pour poser un cathéter. Ça permet de réduire cette anxiété et du coup les douleurs
77 engendrées par le soin.

78 Après on utilise beaucoup le MEOPA qui a une efficacité très rapide. Par exemple pour quelqu'un qui a
79 une appréhension sur un soin comme un sondage urinaire ou quelque chose comme ça, on peut utiliser
80 le MEOPA. Sinon la plupart du temps on va utiliser un antalgique médicamenteux ou intraveineux assez
81 rapidement parce que c'est la facilité, parce qu'en général les patients qui se présente aux urgences ont
82 besoin d'avoir une analgie assez rapide. Nos soins découlent très rapidement par exemple un sondage
83 urinaire sur quelqu'un qui vient pour une rétention aiguë d'urine, dans les 10 minutes ou il va arriver aux
84 urgences il sera déjà perfusé, il aurait eu des antalgiques et on l'aura sondé. En fait la douleur elle sera
85 assez rapidement géré.

86 M : D'accord. Concernant vos émotions, que ressentez-vous lorsque vous effectuez un soin
87 douloureux ?

88 A : Très souvent de l'empathie, après on essaye toujours d'être le plus doux et de ne pas faire mal, on va
89 dire, mais on sait que la plupart de nos soins, ce sont des soins qui sont assez traumatique. On essaye de
90 l'expliquer au patient, pour nous c'est plus facile parce qu'ils viennent dans une voie d'urgence donc ils
91 savent très bien que même si le soin est douloureux derrière c'est le seul moyen de les soulager donc en
92 général ils le comprennent assez bien. Des fois, par exemple pour une rétention aiguë d'urine c'est même
93 eux qui le demandent pour pouvoir enfin les soulagée parce que c'est des choses qui traîne depuis
94 plusieurs heures et du coup c'est le seul moyen de les soulager. En général nous on approche de manière
95 à leur faire comprendre que c'est nécessaire pour eux et eux l'entendent très bien. On fait preuve de pas
96 mal d'empathie et on essaie de leur faire passer le message comme ça. Nous aux urgences tous soins
97 douloureux qu'on va pouvoir faire c'est ensuite pour soulager le patient ce n'est pas des soins qui vont
98 être pratiqués à titre de diagnostic et qui vont engendrer une douleur qui ne sera pas nécessaire tout de
99 suite. Vu qu'on ne peut pas anticiper certains soins par exemple une personne qui arrive pour une
100 occlusion et qu'il faudra mettre une sonde nasogastrique ça ne sera pas quelque chose qui sera anticiper
101 comme on peut préparer un bloc opératoire ou une consultation anesthésiste. Nous faudra qu'on agisse

102 rapidement donc des fois ils comprennent qu'en agissant rapidement on ne peut pas se permettre
103 d'attendre et de prévoir des prémédications. La plupart du temps ils sont assez complaisant.

104 **M : D'accord, et du coup il existe-t-il des situations de soins ou vous n'arrivez pas à gérer vos**
105 **émotions ?**

106 **A : Ça peut arriver quand on fait des transferts mais nous aux urgences on est tellement, on va dire, dans**
107 **le feu de l'action que en général le seul moment où on gère nos émotions c'est quand on se met en salle**
108 **de pause et qu'on souffle un petit peu.** Surtout en ce moment avec la crise sanitaire, on est souvent sous
109 tension on va dire que l'affluence qu'on a aujourd'hui fait qu'on n'a pas trop le temps de se poser des
110 questions. Parfois quelques minutes après le soin on se dit « ah mince, j'aurais pu lui proposait de
111 proposer ça ou faire ça ». On a un débit de soin qui est assez important toute la journée entre les
112 perfusions, les sondages, tout ça donc des fois on peut mettre de côté, je pense, le côté sentiments, on
113 va dire. Mais entre nous on en parle assez pour justement se libérer de tout ça.

114 **M : D'accord donc vous diriez que durant la réalisation du soin il n'y a pas forcément ces**
115 **émotions, c'est plus quand vous vous posez après que vous réfléchissez qu'il y'a peut-être un petit**
116 **peu des émotions qui reviennent ?**

117 **A : C'est ça, c'est peut-être que c'est pour se protéger entre nous parce qu'on voit des choses qui ne sont**
118 **pas souvent agréable à voir et qu'on n'a pas envie d'amener à la maison.** Déjà nous on est en 12h donc
119 on passe pas mal de temps ensemble et en plus on parle beaucoup de tout ce qu'on fait. On est un service
120 où on a tous la même mentalité, on s'entraide pas mal sur ça quand il y a des choses qu'on ne comprend
121 pas les uns les autres. **On s'entraide pas mal du coup on communique beaucoup sur tout ce qui est soins,**
122 **savoir si on aurait pu mieux faire pour le patient, pour le bien du patient ou faire autrement.** On en
123 discute après, rarement directement dans le soin ou alors vu qu'on est un service assez ouvert, on a
124 beaucoup de passage de soignants, parfois on va être en train de faire un soin et notre collègue peut
125 arriver et lui va nous aider à prendre en charge la victime, le patient en essayant de le rassurer un petit
126 peu. **Pour pallier les difficultés on arrive pas mal à s'entraider et c'est grâce à cette entraide qu'on arrive**
127 **à mieux gérer nos émotions.**

128 Je pense que c'est propre à chacun mais **on se protège pas mal justement en discutant entre nous pour**
129 **ne pas avoir à ramener tout ça à la maison.** Je pense que la plupart des soignants ici aux urgences on a
130 des conversations quand on est entre collègue qu'il n'y a pas dans d'autres services et du coup qui
131 indirectement évite d'en parler à la maison et donc faire revenir tout ça. C'est propre à chacun mais moi
132 ma compagne est dans le médical aussi donc c'est plus facile d'en parler après à la maison directement
133 mais c'est plus on va dire un retour d'expérience quand on en parle qu'un relâchement total. **Quand on**
134 **se relâche c'est vraiment plus à l'hôpital et de suite après les soins.**

135 **A : D'accord merci. Est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter qui pourrait selon vous**
136 **m'apporter pour mon travail de fin d'étude.**

137 **A : Non pas particulièrement.**

138 **M : D'accord, je vous remercie.**

5.4. Entretien n°4 : IDE exerçant en libéral.

1 **M : Bonjour, je m'appelle Mélanie Bénédict. Étudiante en troisième année à l'IFSI du GIPES**
2 **d'Avignon, j'effectue une enquête dans le cadre de mon travail de fin d'étude qui cherche à**
3 **connaître les capacités des soignants à gérer leurs émotions lorsqu'ils sont confrontés à la douleur**
4 **induite par les soins. La durée cet entretien n'excèdera pas 1h.**

5 **Tout d'abord je vais vous demander de vous présenter s'il vous plaît (nom, prénom, âge et**
6 **situation familiale)**

7 **B : Je m'appelle Blandine, j'ai 42 ans, je suis marié et maman de 4 enfants.**

8 **M : D'accord, et qu'elle est votre parcours professionnel ?**

9 **B : J'ai été diplômé en 2002, j'ai travaillé 3 ans à la clinique de Riom-es-Montagnes en chirurgie. J'avais**
10 **fait 6 mois de dialyse aussi, à l'époque on avait des lits de dialyses à la clinique. Après je suis parti à la**
11 **maison de retraite de 2007 à 2010 et en 2011 j'ai ouvert mon cabinet libéral. Depuis je suis infirmière**
12 **libérale.**

13 **M : Est-ce que vous avez des formations spécifiques ?**

14 **B : J'ai fait la formation d'éducation thérapeutique.**

15 **M : D'accord très bien merci. Pour commencer je vais vous poser une question inaugurale puis**

16 **plusieurs questions de relance. Donc ma question inaugurale est : selon vous quelle place tiennent**

17 **les émotions dans votre pratique professionnelle ?**

18 **B : Pour moi personnellement ou en général ? Parce que pour moi personnellement beaucoup de place,**

19 **beaucoup de place, même encore tu vois à 42 ans et presque 20 ans d'ancienneté je n'arrive pas encore,**

20 **c'est ce que je dis, à me blinder tu vois. Alors voilà émotions quand ce sont des fins de vie**

21 **particulièrement. Par exemple, tout à fait lié à ton thème, ce matin un patient qui a un drain thoracique**

22 **à qui j'ai fait le pansement tous les jours. Il me dit qu'il n'est pas douloureux mais je pense qu'il l'est, il**

23 **se rétracte et tout. À ce moment-là, tu sais plus ce qu'il faut faire, tu parles plus, tu cogites à dire comment**

24 **faire ? Est-ce que je ne fais pas bien les choses ? Ça te remet tout de suite un peu en question en te**

25 **disant je fais un soin, je fais mal, pourquoi ? Donc oui les émotions dans les soins c'est permanent et ce**

26 **n'est pas évident. Moi je n'arrive pas à faire un soin sans ressentir aucune émotion.**

27 **M : D'accord. Vous avez fait une distinction en me disant : pour moi personnellement ou dans le**

28 **global faites-vous une différence ?**

29 **B : Oui, peut-être parce qu'il faudrait qu'on arrive je pense, pour ne pas souffrir de ces situations, à se**

30 **blinder et de ce faites pouvoir affronter les fins vie fin et toutes situations avec beaucoup de distance.**

31 **Mais moi souvent dans les relations, je suis entière donc je m'investis à fond et voilà quoi c'est très**

32 **souvent que j'ai ressenti des émotions et il m'est arrivé de pleurer. Et encore plus à domicile parce que**

33 **la relation elle est pas du tout la même que à l'hôpital avec les patients. Tu fais partie de la famille**

34 **presque, enfin j'exagère, mais t'es au courant un peu de tous les problèmes et puis des gens que t'as suivi**

35 **pendant 3-4 ans, ils connaissent aussi tout de toi presque, donc oui moi j'ai eu pleurer plus d'une fois.**

36 **Voilà quoi c'est moi.**

37 **M : D'accord, merci. Selon vous, certains sont-ils plus difficiles à réaliser que d'autres ?**

38 **B : Émotionnellement tu veux dire ? Par rapport à la douleur ou par rapport à n'importe quel soin en**

39 **général ?**

40 **M : N'importe quel soin.**

41 **B : Optionnellement, moi ce sont les fins de vie, n'importe quel soin qui soit, que ce soit la pose d'une**

42 **perf, la simple prise de sang ou une toilette, quelqu'un qui est en fin de vie, qui à ce moment-là veut te**

43 **parler ou dans son regard tu vois un échange. Dans n'importe quelle situation, moi je pense qu'il y a de**

44 **l'émotion qui passe.**

45 **M : D'accord et pourquoi ces soins ils sont plus difficiles à réaliser pour vous ?**

46 **B : Alors parce qu'il faut toi que tu trouves les bons mots donc ce n'est quand même pas non plus**

47 **instinctif, il faut quand même l'adapter à la personne que tu as en face puisque tous ne vivent pas leur**

48 **situation de la même manière donc il faut quand même réfléchir aussi à ce que tu vas dire et peser**

49 **l'impact. Déjà c'est un peu de concentration intellectuelle aussi et après moi dans ces moments-là, tu**

50 **vois, je vais me mettre à transpirer, tu sens que tu n'es pas forcément bien. Moi j'ai déjà eu les mains**

51 **moites, comme quand toi tu as dû débiter tes premiers soins certaines fois, et parfois tu stress et tu le**

52 **ressens par ta dextérité et de se faites des fois une simple prise de sang ce jour-là ça va moins bien se**

53 **passer.**

54 **M : D'accord, très bien et concernant la douleur induite et sa prise en charge qu'est-ce que la**

55 **douleur induite ?**

56 **B : Ça dépend des situations donc déjà ça peut être la simple prise de sang qui ne fait pas du bien et**

57 **induit une douleur physique malgré tout. Après quand tu déplaces les patients et que tu accentue toute**

58 **ses douleurs physiques. Puis c'est aussi la douleur émotionnelle je ne sais pas si on peut dire ça mais ça**

59 **existe quand même ?**

60 **M : Bien sûr, vous voulez parler de la douleur psychique ?**

61 **B : Oui voilà tout à fait.**

62 **M : D'accord et dans votre pratique que mettez-vous en place afin d'éviter la douleur chez vos patients ?**

63 **B : Alors pour les soins, qu'est-ce qu'on met en pratique ? Euh... bah par exemple, ce matin le drain**

64 **thoracique lui fait mal parce qu'il se met sur le côté. En plus, il a le drain qui donne beaucoup donc nous**

65 **on essaie de le positionner de manière qu'il n'est pas trop mal. Je lui ai dit, pour demain vu que c'était**

66 la première fois, de prendre des antalgiques avant que je vienne, justement pour le pansement. Après on
67 vérifie, ce matin j'ai fait l'échelle de la douleur. Si demain je vois que c'est aussi douloureux j'appellerai
68 le médecin pour mettre en place un protocole adapté. Voilà par rapport à ce genre de choses. Après ce
69 patient il est en fin de vie, il a aussi une douleur psychique, on sent qu'il n'est pas bien. Tu vois il parle
70 plus parce qu'il n'a pas envie de te parler donc aujourd'hui j'ai fait venir un médecin justement pour qu'il
71 lui prescrive un petit traitement pour l'aider à se décontracter, à accepter un petit peu, bon peut être pas
72 accepté mais au moins qu'il soit plus cool en tout cas, parce qu'ils sont nerveux, tendu...

73 **M : D'accord du coup vous travaillez souvent en collaboration avec les médecins pour justement**
74 **essayer de pallier ces douleurs ?**

75 **B : Ah oui, oui moi c'est quelque chose que je ne supporte pas, voir quelqu'un souffrir.** Ne serait-ce
76 qu'un pansement. En ce moment tu vois par exemple, on a une dame elle s'est fait piquer par le coq sur
77 la main mais malgré tout, elle a une méga plaie et les mamies elles ont la peau des mains toute fripée,
78 donc le pansement lui fait un mal de chien. C'est terrible quand on l'enlève donc moi je lui dis « non
79 mais on ne va pas faire ça, moi je ne suis pas là pour vous faire mal, vous mettez la main sous l'eau, on
80 va décoller tout doux ». C'est différent pour chaque situation mais je pense qu'il faut faire en sorte, pour
81 la douleur physique quelle qu'elle soit, de toujours l'éviter et se renseigner sur les douleurs de nos
82 patients afin de pouvoir s'adapter et toujours faire au mieux.

83 **M : Bien sûr, et au sein de votre cabinet libéral avez-vous des protocoles qui permettent de**
84 **prévenir de la douleur et du coup par exemple vous permet de donner des antalgiques sans**
85 **prescriptions ?**

86 **B :** Alors ça, ça n'existe pas, si tu veux c'est un peu à l'étude, c'est un peu en travail. Par exemple,
87 maintenant on pourrait faire un protocole avec les médecins pour la gestion des AVK mais parmi les
88 médecins avec qui je travaille, il y en a qui sont complètement opposées à ça. Alors qu'on le fait déjà
89 parce que nous quand le soir on a les résultats des TP par SMS moi j'adapte, j'appelle le patient en disant
90 vous augmentez, vous baissez. On le fait tout le temps. Par exemple aujourd'hui on est mardi le médecin
91 il va l'appeler que vendredi peut être. Alors que nous, on peut être intervenu avant. C'est vrai qu'avec
92 l'ancienneté tu sais quand même aussi comment ça marche, lui il va faire la même modification mais du
93 fait que ce n'est pas lui qui en a décidé tu sais c'est comme ça et donc il ne veut absolument pas qu'on
94 fasse un protocole par rapport à ça. Avoir à gérer le Préviscan ça se fait déjà couramment naturellement
95 mais bon c'est comme ça. Quand il y a un protocole c'est écrit et c'est un engagement de sa responsabilité
96 donc voilà. Nous ça nous permettrait aussi d'avoir une petite rémunération supplémentaire. Donc le
97 protocole douleur avec les médecins traitants en ville ça arrivera je pense mais nous à Riom-es-
98 Montagnes, ce n'est pas arrivé.

99 **Après je l'appelle s'il y a un souci** en lui disant : Madame machin elle a très mal, elle était déjà sous
100 Tramadol deux fois par jour patati patata ça peut plus faire il n'y a pas de souci. **Ils écoutent, ils se**
101 **déplacent, ils vont l'adapter y'a pas de problème mais nous des protocoles proprement dit ou on est libre,**
102 **enfin entre guillemets libre, non y'a pas.**

103 **M : D'accord et concernant les émotions que ressentez-vous lorsque vous effectuez un soin**
104 **douloureux ?**

105 **B :** Comment définir ça ? Alors comme je te disais, je transpire. Ce matin je ne parlais pas c'était un
106 peu de frustration, pourtant c'était juste un protocole beta j'appuyais à peine c'était vraiment un
107 effleurage, limite je me disais « ça ne sert presque à rien ce que je fais » parce que vraiment je ne
108 nettoyais pas vraiment, juste le pourtour de l'orifice mais il avait tellement mal. **Puis en même temps**
109 **c'est une fin de vie donc ça ne changera pas grand-chose malheureusement.** J'ai fait le protocole bétadine
110 mais je n'ai pas levé le drain super haut pour passer comme on ferait s'il avait un Redon par exemple
111 qui ne serait pas douloureux. Là honnêtement j'ai fait un peu d'effleurage. **Pour les pansements d'escarre**
112 **ou d'ulcères qui sont super douloureux on a fait mettre nous des protocoles de xylo en place par les**
113 **médecins.** Nous on n'est pas là pour faire souffrir les gens quand ils hurlent de douleur, ce jour-là moi
114 souvent je fais le pansement je le nettoie à la 6-4-2 on va dire, pour faire un pansement propre mais moi
115 tout de suite je dis au médecin de venir et qu'il prescrive des antalgiques. Avec la xylo, on l'a eu fait
116 souvent en spray, ça marche pas mal ça pour les pansements d'ulcère ou d'escarre.

117 **M : D'accord et concernant vos émotions, ce que vous vous ressentez pendant ces soins douloureux**
118 **que vous réalisez ?**

119 **B** : Euh ... comment je pourrai exprimer ça ? Tu as presque aussi mal qu'eux, c'est ça tu ressens la
120 douleur en fait quoi et t'es frustré et à la limite tu te dis : ce que je fais ça ne va pas, enfin ce n'est pas
121 normal que je lui fasse mal. Moi tu vois ce matin je n'étais pas bien, je ne sais pas comment t'exprimer
122 ce sentiment. En même temps j'ai l'impression que le travail à était à moitié fait puisque comme je te
123 dis j'ai fait un effleurage, je me dis que je n'ai pas nettoyé comme il faut mais je ne voulais pas lui faire
124 plus mal non plus. Déjà enlevé le pansement ça a été la torture presque donc euh je ne sais pas ce n'est
125 pas de la culpabilité, je ne sais pas, je te dirai que l'émotion... Frustré ! Ça c'est sûr. Ce n'était pas non
126 plus de l'angoisse, on ne peut pas dire quand même que c'était de l'angoisse mais c'était...
127 Peut-être un chouilla d'angoisse quand même. Si, parce que je ne lui ai pas parler pendant le pansement
128 parce que je sentais qu'il était contracté, replié tu vois donc peut être de l'angoisse finalement si on y
129 réfléchit bien je n'étais pas bien donc c'est oui c'est que t'es angoissé quand même donc ouais je te dirai
130 ça je pense.

131 **M** : D'accord très bien, merci. Existe-t-il des situations de soins ou vous n'arrivez pas du tout à
132 gérer vos émotions ?

133 **B** : Alors je te dirais qu'il y a eu des fins de vie où j'ai pleuré avec le conjoint à côté donc là je n'ai pas
134 géré du tout parce que je n'aurais pas dû je pense. Mais voilà des fins de vie moi honnêtement je ne suis
135 pas très forte.

136 **M** : Vous dites que vous n'êtes pas très forte mais est-ce que finalement c'est péjoratif pour vous ?

137 **B** : Non ce n'est pas péjoratif mais je peux dire que je trinque quand même chaque fois. Si tu veux, des
138 fois pleurer tout le temps pour tes patients, tu te dis qu'un jour tu auras pire que ça, qui concernera tes
139 proches donc tu te dis mais dans quel état tu vas te mettre ? Parfois je me dis qu'il faut y arriver, il faut
140 y arriver mais ce n'est pas pour autant que j'y arrive. Je crois que, moi j'ai toujours eu la larme facile,
141 donc ça ne va peut-être pas changer aujourd'hui, peut être en vieillissant un peu plus mais je ne suis pas
142 sûr. Parce que je suis entière, dans la relation avec les patients je me donne à fond donc forcément il
143 n'y a plus de barrière après, je pense.

144 **M** : D'accord, comment vous parvenez à gérer vos émotions face à la douleur induite par les
145 soins ?

146 **B** : Par exemple aujourd'hui pendant ce pansement, qui était un peu long quand même, tu arriverais, pas
147 à fermer les yeux mais a regardé autre part, tout sauf le patient, parce que tu le voyais souffrir donc oui
148 j'en arriverai peut-être face à la douleur physique à ne pas trop regarder le patient. Après tu préviens
149 quand même, moi quand je fais tous les soins je leur dis. Tu as toute cette période où tu leur explique le
150 soin : « je vous enlève le pansement » ou « je vais piquer ». Déjà quand tu les préviens ils s'attendent à
151 la douleur. Ce matin, parce que c'est une fin de vie et parce que c'est quelqu'un que j'aime bien aussi,
152 j'ai été prise par l'émotion mais d'autres fois je vais arriver à les contrôler. Chez un enfant par exemple,
153 où tu sais que tu vas leur faire mal et qu'ils ne comprennent pas en plus, parfois pour les prises de sang
154 à domicile c'est chaud. À ce moment-là je suis en nage, mais je vais arriver à faire diversion, je vais y
155 arriver et pourtant ils hurlent, donc là tu sais que tu fais très mal. Mais tu vas parler, tu achètes les
156 sucettes souvent ce jour-là donc on divertit en disant par exemple que « la sucette ne va pas tarder à
157 arriver » et voilà tu parles toute seule mais tu y arrives parce que ça ne dure pas longtemps.
158 Quand il y a de l'émotion, plus dans les fins de vies ducoup parce que les gens ils souffrent au final et
159 ils savent très bien que cette souffrance ne les amènera malheureusement à rien de bon. Tu te dis que tu
160 leur fais mal et alors que tu ne guériras pas. Alors que les enfants ils ont les patch EMLA souvent c'est
161 des hurlements d'appréhension ducoup j'arrive mieux à parler de tout autre chose. Les mamies qui ont
162 des pansements qui leur font mal, j'arrive à parler et expliquer mais quand il y a de l'émotion dans une
163 fin de vie c'est moins facile. C'est plus compliqué à gérer.

164 Le fait de parler moi ça m'aide, comme ça j'essaie de capter son attention par des sujets de conversation
165 X ou Y. Tu sens qu'il se retient parce qu'il a un petit peu mal mais malgré tout il te répond donc bon il
166 arrive un petit peu à s'éloigner de la douleur qu'on lui induit. Je pense qu'elle est moins importante. Le
167 fait de discuter d'essayer de lui parler de de tout autre chose, de ses intérêts, ses enfants, ses petits-
168 enfants ça lui permet de s'éloigner un peu de cette douleur physique.

169 **M** : Très bien merci beaucoup. Auriez-vous quelque chose à rajouter qui selon vous pourrais
170 enrichir mon sujet ou quelque chose que je n'ai pas abordé ?

171 **B** : Je dirai qu'on est humain, je pense que c'est obligé qu'il y en ait. Moi ma thérapie c'est lorsque je
172 vais sortir du domicile de mon patient, je mets la musique à fond dans la voiture ça me permet de souffler
173 vraiment te vider. C'est par la musique moi souvent fort que j'arrive à me relâcher pour aborder le
174 prochain patient qui ne doit pas subir l'angoisse que j'ai eue 1/4 d'heure avant. Il faut très vite passer à
175 autre chose mais moi c'est par la musique souvent. On a la chance nous en libéral que les hospitaliers
176 n'ont pas de pouvoir souffler un peu entre deux patients. Tu vois moi ce matin j'étais à Collandres donc
177 je suis revenu dans cette vallée et une journée comme aujourd'hui avec le soleil comment tu veux, dans
178 ta voiture, ne pas malgré tout vite relâché parce que tu vois le paysage et cela te permet de t'évader et
179 extérioriser un peu toutes les émotions accumulées. En libéral c'est vraiment un avantage qu'on peut
180 avoir, j'ai eu vu une situation ou vraiment ça a été très dur et je ne me sentais pas encore d'aller chez le
181 prochain patient. Je me suis arrêté au bord de la route, j'ai marché un peu, j'ai pensé qu'il me fallait un
182 petit quart d'heure de détente, parce qu'émotionnellement c'était trop important pour moi, je ne me
183 sentais pas capable d'attaquer une autre relation il fallait que je me vide un peu. Ça c'est important et
184 c'est peut-être la chance qu'on a en libéral parce qu'en hospitalier bah ça tu ne peux pas te le permettre.
185 Enfin on sait comment ça marche, dans le libéral on peut se poser un peu entre 2 patients quand il y a
186 eu une forte émotion un moment donné, c'est l'avantage.
187 Après un autre truc, c'est en parlant que ça me vient. On a un patient qui a un VAC, quand on lui enlève
188 ça lui fait super mal. Le soin on le fait avec l'HAD donc c'est l'hôpital et là pareil il n'y a pas de protocole,
189 pourtant c'est suivi par un médecin de l'HAD, mais il n'y a pas de protocole douleur. Au patient on lui
190 avait dit de prendre un doliprane une demi-heure avant qu'on fasse le pansement comme ça déjà il a un
191 peu moins mal. Mais chez lui par exemple il aime la musique, donc il écoute tout le temps la musique
192 alors quand on fait le pansement je vais lui dire « non mais là on met un peu les watt, là on va se détendre
193 tout le monde, tout va bien se passer » et on met la musique. Parfois je vais chanter je vais lui demander
194 de m'aider parce que je ne connais plus les paroles. J'essaie de faire diversion, chez lui par la musique
195 mais chaque situation est différente et toi tu le vis mieux quand même.
196 **M** : Vous pensez qu'être infirmière en libéral et mieux connaître les patients ça permet d'avoir
197 plus de moyens de diversion qui favorise le soin finalement ?
198 **B** : J'en suis convaincu en libéral comme je te disais tu fais presque partie de la famille t'es au courant
199 de tous les problèmes souvent familiaux voilà, tu connais tout le monde plus ou moins, les petites
200 habitudes de vie on les connaît toutes. Eux connaissent aussi des choses sur toi car il te pose des
201 questions aussi et faut parler pour établir une relation de confiance. On ne les connaît pas par cœur mais
202 quand même la connaissance du patient en libéral et à l'hôpital ce n'est pas la même, c'est complètement
203 différent. En libéral ça a un avantage parce que tu connais mieux ton patient mais à côté de ça y a plus
204 de filtre donc de ce fait émotionnellement tu trinque un peu. même si à l'hôpital il y a des relations dans
205 lesquelles tu t'investis plus et que tu seras touché aussi. Puis il n'y a pas le travail d'équipe aussi, ça
206 c'est l'inconvénient parce qu'à l'hôpital si tu sens que la relation avec un patient est un peu compliquée
207 à gérer pour toi, tu pourras déléguer, échanger ou demandé à ce qu'on t'accompagne mais en libéral tu
208 ne peux pas faire ça, tu es toute seule. Parfois les mots tu ne sais pas où les trouver alors que quand on
209 est plusieurs on rebondit plus facilement. Mais c'est une relation très prenante et si un jour tu peux le
210 vivre je te le conseil.
211 **M** : Je prends notes merci beaucoup. J'ai terminé mon interview. Je vous remercie beaucoup de
212 m'avoir accordé de votre temps et d'avoir répondu à la totalité de mon questionnaire

6. Annexe 6 : Tableaux d'analyse des entretiens

| Questions | EIDE Noémie, 23 ans 3ème année | IDE 1 Johanna, 45 ans Psychiatrie (LAM) | IDE 2 Anthony 30 ans Urgence (Adulte) | IDE 3 Blandine, 42 ans Libéral |
|---|---|---|---|---|
| Thème : Présentation | | | | |
| 1. Pouvez-vous vous présenter. | Année de formation : troisième Parcours de stage : trois EHPAD, rééducation fonctionnel, médecine polyvalente aigue, chirurgie et psychiatrie (HDJ) | Année du diplôme : Juillet 2020 Parcours professionnel : Aide-soignante durant 15 ans en psychiatrie dans un hôpital de jour (CHM) Formation IDE financer par le CHM. Formation spécifique : Aucune Ancienneté dans le service : 8 mois | Année du diplôme : Juillet 2017 Parcours professionnel : Réanimation cardiaque (7 mois) et urgences adultes. Formation : Lecture des ECG et déchoquage (formation interne) Ancienneté dans le service : 3 ans | Année du diplôme : Juillet 2002 Parcours professionnel : Chirurgie (2 ans et demi), service d'hémodialyse (6mois), Maison de retraite (3 ans), libéral. Formation spécifique : Éducation thérapeutique Ancienneté dans le service : 10 ans. |
| Question inaugurale : La place des émotions dans la profession infirmier(e). | | | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>Selon vous, quelle place tiennent les émotions dans votre pratique professionnelle ?</p> | <p>L. 15-16 : « même si on essaie de les garder à distance, je pense qu'elles prennent beaucoup de place »</p> <p>L. 16-17 : « j'ai beaucoup été confronté à mes propres émotions pendant mes stages »</p> <p>L. 17 à 19 : « par rapport aux résidents qui n'étaient pas forcément content d'être là, qui refusaient les soins ou étaient énervé. Forcément on ressent leurs émotions »</p> <p>L. 19-20 : « quand on est en contact avec un patient il y a tout le temps les émotions du patient et elles se répercutent sur les notre »</p> | <p>L. 18 : « elles ont une grande place et c'est souvent un défaut qu'on me renvoi »</p> <p>L. 19-20 : « Je n'ai pas de barrière et je pense que finalement c'est du positif dans mon travail »</p> <p>L. 20-21 : « selon les patients, leurs actions quand je fais des soins, s'ils ont des douleurs et tout, c'est quelque chose qui m'atteint, c'est quelque chose qui me touche »</p> <p>L. 22-23 : « c'est quelque chose qui m'aide et qui fait en sorte que je suis encore plus bienveillante avec les patients »</p> <p>L. 25-26 : « Je suis beaucoup à l'écoute du coup, plus que si j'avais cette barrière il me semble »</p> <p>L. 29 à 31 : « Je pense que ça m'amène des éléments au contraire et ça me fait réfléchir, travailler sur comment je</p> | <p>L. 19-20 : « aux urgences on a le défaut quelles sont assez occulté parce qu'on va être sur la phase aiguë des pathologies »</p> <p>L. 22 : « notre priorité c'est de faire face à la douleur »</p> <p>L. 22 à 25 : « Dans le soin indirectement on va avoir une relation avec le patient qui va induire cette lecture des émotions mais directement on va voir plus une approche primaire. En voulant directement casser la douleur avec des antalgiques qui sont assez puissants »</p> | <p>L. 18 à 20 : « personnellement beaucoup de place, [...] même encore tu vois à 42 ans et presque 20 ans d'ancienneté je n'arrive pas encore [...] à me blinder »</p> <p>L. 20 : « quand ce sont des fins de vie particulièrement »</p> <p>L. 21 à 24 : « Par exemple, tout à fait lié à ton thème, ce matin un patient qui a un drain thoracique à qui j'ai fait le pansement. Il me dit qu'il n'est pas douloureux mais je pense qu'il l'est, il se rétracte et tout. À ce moment-là, tu sais plus ce qu'il faut faire, tu parles plus, tu cogites à dire comment faire ? Est-ce que je ne fais pas bien les choses ? Ça te remet tout de suite un peu en question. »</p> <p>L. 25-26 : « les émotions dans les soins c'est permanent et ce n'est pas évident. Moi je n'arrive pas à faire un soin sans ressentir aucune émotion. »</p> |
|--|--|---|--|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p><i>peux mettre en place des trucs pour que mon patient soit moins douloureux »</i></p> <p><i>« Au sein de votre travail vous pensez que c'est bénéfique. Est-ce que parfois cela vous porte préjudice dans votre vie personnelle ? »</i></p> <p>L. 34-35 : <i>« Un petit peu effectivement. Mon mari des fois va me le reprocher. Je suis à la maison, je repense à des trucs ».</i></p> <p>L. 36-38 / 40-41 : <i>« J'en ai pleuré chez moi et j'en ai pleuré à mon travail d'où ma cadre qui m'avait que je dépassais les limites et que mes émotions m'emporté [...] mais voilà ces émotions là je pense que ça a permis à ce patient de gagner un peu de temps parce qu'on a pu prolonger sa prise en charge »</i></p> <p>L. 43-44 : <i>« effectivement ça me coûte moi dans ma vie perso ouais, mais c'est ma richesse je pense. »</i></p> | <p>« Vous avez fait une distinction en me disant : pour moi personnellement ou dans le global faites-vous une différence ? »</p> <p>L. 29-30 : <i>« il faudrait qu'on arrive je pense, pour ne pas souffrir de ces situations, à se blinder et de ce faites pouvoir affronter les fins vie fin et toutes situations avec beaucoup de distance »</i></p> <p><i>+Relation :</i></p> <p>L. 31-32 : <i>« dans les relations, je suis entière donc je m'investis à fond et voilà quoi c'est très souvent que j'ai ressenti des émotions et il m'est arrivé de pleurer »</i></p> <p>L. 32 à 35 : <i>« encore plus à domicile parce que la relation elle est pas du tout la même que à l'hôpital avec les patients. Tu fais partie de la famille presque, enfin j'exagère, mais t'es au courant un peu de tous les problèmes et puis des gens que t'as suivi pendant 3-4</i></p> |
|--|--|--|---|

ans, ils connaissent aussi tout de toi presque, donc oui moi j'ai eu pleurer plus d'une fois. »

Thème : Les Soins infirmiers et leurs difficultés.

Certains soins sont-ils plus difficiles à réaliser que d'autres, pour vous ? lesquels ?

L.26-27 : « je pense qu'il n'y a pas de soin plus difficile qu'un autre mais plutôt des situations de soins qui peuvent être difficile »
L.27-28 : « Par exemple quand une personne refuse le soin ou qu'elle va avoir mal ou être triste. »

L. 46-47 : « les soins techniques sont les plus difficile parce que je suis jeune diplômé ».
L. 47-48 : « Je n'ai pas encore la bonne dextérité et tout ça donc les soins sont plus longs que quand ce sont mes collègues qui le font »
L. 48 à 51 : « Par exemple, on a un patient qui a un escarre au sacrum, quand je lui fais le soin [...] il est très douloureux [...] je suis très longue à faire le pansement.»

L. 31-32 : « On peut abordés tous les soins aux urgences, on a cette faciliter-là d'aborder tous les soins et d'avoir tous les moyens pour les faire. »

L. 41 ; 43 : « ce sont les fins de vie, n'importe quel soin qui soit [...] dans son regard tu vois un échange. »
L. : « que ce soit la pose d'une perf, la simple prise de sang ou une toilette, quelqu'un qui est en fin de vie, qui à ce moment-là veut te parler ou dans son regard tu vois un échange »
L. 43-44 : « Dans n'importe quelle situation, moi je pense qu'il y a de l'émotion qui passe. »

Pourquoi ces soins sont-ils plus difficiles ?

L.32-33 : « ces situations sont compliquées parce qu'on va être confronté à la tristesse du patient »

L. 50-51 : « Je suis très longue à faire le pansement le temps de bien nettoyer et c'est ça pour moi qui pêche un peu »

L. 36-37 : « même avec la relation au patient, c'est infirmier dépendant je pense mais nous ici on a les moyens et les

L. 46 à 49 : « parce qu'il faut toi que tu trouves les bons mots donc ce n'est quand même pas non plus instinctif, il faut quand même l'adapter à la

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | <p>L.33-34 : « C'est quand on est confronté à des émotions négative de la part du patient que ça va être compliqué. Comme pour un patient qui présente de l'agressivité »</p> <p>L.36-37 : « avant de rentrer dans sa chambre je prenais une bonne inspiration parce que je savais que ça allait être un moment compliqué »</p> | | <p>compétences, je pense, pour tout faire donc on n'appréhende pas tellement les soins. »</p> | <p>personne que tu as en face puisque tous ne vivent pas leur situation de la même manière donc il faut quand même réfléchir aussi à ce que tu vas dire et peser l'impact. »</p> <p>L. 49 : « c'est un peu de concentration intellectuelle »</p> <p>L. 49 à 51 : « dans ces moments-là, tu vois, je vais me mettre à transpirer, tu sens que tu n'es pas forcément bien. Moi j'ai déjà eu les mains moites. »</p> <p>L. 51-52 : « parfois tu stress et tu le ressens par ta dextérité »</p> |
|--|---|--|---|--|

Thème : La douleur induite et sa prise en charge.

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>Qu'est-ce que la douleur induite pour vous ?</p> | <p>L. 40-41 : « c'est une douleur physique à laquelle va être confronté le patient pendant un soin comme une prise de sang ou pendant la réfection d'un pansement. »</p> | <p>L. 53-54 : « un soin technique comme la prise de sang, les poses de sonde, les soins d'escarres »</p> <p>L. 54-55 : « c'est plus la douleur induite par un soin technique que par un soin de douche par exemple [...] ça n'induit pas de douleur. »</p> | <p>L. 39 : « La douleur induite ça va être l'effet secondaire à une pathologie »</p> | <p>L. 56-57 : « ça peut être la simple prise de sang [...] induit une douleur physique »</p> <p>L. 57-58 : « quand tu déplaces les patients et que tu accentue toute ses douleurs physiques »</p> |
|--|---|--|---|---|

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | | <p>« Est-ce que vous pensez que les soins peuvent induire une douleur psychique ? »</p> <p>L. 58 : « Aussi oui peut être plus de la contrariété »</p> <p>L. 60-61 : « On l'a fait et ça l'a contrarié après il ne nous parlé plus, oui c'est une douleur psychique effectivement. »</p> | | <p>L. 58 : « c'est aussi la douleur émotionnelle (= psychique) »</p> |
| <p>Dans votre pratique, que mettez-vous en place afin d'éviter la douleur chez vos patients ?</p> | <p>L. 44 : « Euh ... »</p> <p>L. 50-51 : « Il faut aussi rassurer le patient avant le soin ce qui marche beaucoup pour les soins qui ne sont pas très douloureux. »</p> | <p>L. 64 : « je les préviens du soin à chaque fois »</p> <p>L. 64-65 : « il y'en a qui ont le droit à des morphiniques avant le soin donc s'ils les veulent je leur propose toujours »</p> <p>L. 65-66 : « J'attends que le traitement fasse effet »</p> <p>L. 67 : « à chaque fois je préviens bien de ce que je vais faire »</p> <p>L. 67-68 : « je leur demande s'ils ont besoin de faire des pauses, si c'est trop douloureux on arrête »</p> | <p>L. ? : « on est régie par un protocole médical [...] on l'utilise quasiment pour chaque patient. »</p> <p>L. 44-45 : « on va se fier [...] à l'échelle numérique de la douleur de 0 à 10. »</p> <p>L. 45 à 47 : « Quand on est entre 0 et 3 on peut utiliser un antalgique de palier I type paracétamol, de 4 à 6-7 on va utiliser un antalgique de palier II type Tramadol, Acupan, et au-delà on va passer</p> | <p>L. 65 : « on essaie de le positionner de manière qu'il n'est pas trop mal »</p> <p>L. 65-66 : « Je lui ai dit, pour demain vu que c'était la première fois, de prendre des antalgiques avant que je vienne, justement pour le pansement »</p> <p>L. 67-68 : « on vérifie, ce matin j'ai fait l'échelle de la douleur. Si demain je vois que c'est aussi douloureux j'appellerai le médecin pour mettre en place un protocole adapté. »</p> <p>L. 69 ; 70 ; 72 : « ce patient il est en fin de vie, il a aussi une douleur psychique,</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | <p>L. 69 : « <i>Je leur parle beaucoup, j'explique beaucoup tout ce que je fais</i> »</p> <p>L. 71-72 : « <i>Je fais en sorte de les informer avant, pendant et même après quand on a terminé. D'énumérer tout ce que j'ai fait je pense que ça les aides</i> »</p> | <p><i>aux morphiniques opiacés donc entre 7 et 10. »</i></p> | <p><i>on sent qu'il n'est pas bien [...] aujourd'hui j'ai fait venir un médecin justement pour qu'il lui prescrive un petit traitement pour l'aider à se décontracter [...] parce qu'ils sont nerveux, tendu »</i></p> <p>vous travaillez souvent en collaboration avec les médecins pour justement essayer de pallier ces douleurs ?</p> <p>L. 75 : « <i>Ah oui, oui moi c'est quelque chose que je ne supporte pas, voir quelqu'un souffrir. »</i></p> <p>L. 80 à 82 : « <i>C'est différent pour chaque situation mais je pense qu'il faut faire en sorte, pour la douleur physique quelle qu'elle soit de toujours l'éviter et se renseigner sur les douleurs de nos patients afin de pouvoir s'adapter et toujours faire au mieux. »</i></p> |
|--|--|---|--|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <p>Au sein de votre service / des services où vous avez fait vos stages utilisez-vous des protocoles permettant de prévenir la douleur induite ?</p> | <p>L. 48 : « <i>J'ai souvent eu des protocoles</i> »</p> <p>L. 49-50 : « <i>on va utiliser le protocole douleur avant un soin vraiment douloureux</i> »</p> | <p>L. 75 : « <i>On n'en a pas</i> »</p> <p>L. 75 : « <i>On pourrait faire l'hypnose, du Riki mais non</i> »</p> | <p>L. 50-51 : « <i>par expérience on a par habitude de fonctionner avec des familles thérapeutiques</i> »</p> <p>L. 51-53 : « <i>on va souvent utiliser morphine paracétamol directement en première intention chez quelqu'un qui est très algique pour mettre ensemble un palier 1 pour potentialiser le palier 3.</i> »</p> <p>L. 56 : « <i>Dans ces situations on n'a pas la même conduite parce que des fois on va anticiper.</i> »</p> <p>L. 57 à 61 et 62-63 : « <i>Par exemple, quelqu'un qui est algique sur une douleur abdominale le but c'est qu'il passe le scanner assez rapidement, il faut qu'il soit soulagé pour que tous les examens puissent bien se passer. Dans les situations où il va avoir un geste médical comme une luxation on va peut-être un petit peu temporiser et</i></p> | <p>L. 86 ; 87 : « <i>ça n'existe pas [...] c'est un peu en travail.</i> »</p> <p>L. 87 à 90 : « <i>on pourrait faire un protocole avec les médecins pour la gestion des AVK mais parmi les médecins avec qui je travaille, il y en a qui sont complètement opposées à ça. Alors qu'on le fait déjà parce que nous quand le soir on a les résultats des TP par SMS moi j'adapte, j'appelle le patient en disant vous augmentez ou vous baissez.</i>»</p> <p>L. 96 : « <i>Nous ça nous permettrait aussi d'avoir une petite rémunération supplémentaire</i> »</p> <p>L. 99 ; 100 à 102 : « <i>Après je l'appelle s'il y a un souci [...] Ils écoutent, ils se déplacent, ils vont l'adapter y'a pas de problème mais nous des protocoles proprement dit ou on est libre, enfin entre guillemets libre, non y'a pas.</i> »</p> |
|---|---|---|---|---|

pas directement donner tous les antalgiques parce qu'on sait qu'après ça peut gêner le médecin dans sa prise en charge [...] ça risque d'être des traitements assez lourds pour le patient et qui va empêcher sa sortie »

L. 67-68 : « *si on commence directement toutes les douleurs par la morphine on n'aura pas cette échelle de dosage »*

Concernant la prise en charge de la douleur induite :

L. 72 : « *On n'a pas de protocole »*

L. 73 + 75-76 : « *on utilise beaucoup l'hypnose [...] Ça permet de réduire cette anxiété et du coup les douleurs engendrées par le soin. »*

L. 78 : « *on utilise beaucoup le MEOPA qui a une efficacité très rapide »*

L. 80 à 82 : « la plupart du temps on va utiliser un antalgique médicamenteux ou intraveineux assez rapidement parce que c'est la facilité, parce qu'en général les patients qui se présente aux urgences ont besoin d'avoir une antalgie assez rapide. »

L. 82 à 85 : « Nos soins découlent très rapidement, dans les 10 minutes ou il va arriver aux urgences il sera déjà perfusé, il aurait eu des antalgiques et on l'aura sondé. En fait la douleur elle sera assez rapidement géré. »

Thème : Les émotions.

Les répercussions des émotions.

Moyens de contrôles des émotions

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>Que ressentez-vous lorsque vous effectuez un soin douloureux ?</p> | <p>L. 53 : « <i>Ce sont des situations qui me mettent mal à l'aise. »</i></p> <p>L. 55-56 : « <i>ça me met dans une position inconfortable parce que je ne sais pas quoi faire de plus, je me sens démuni »</i></p> <p>L. 57-59 : « <i>Si un de mes patient a était très douloureux pendant un soin après je vais quitter la chambre et je vais être un peu triste pour le patient. Je pense que c'est nécessaire pour le patient de ressentir toute ces émotions. »</i></p> | <p>L. 79 : « <i>Je me dis, en même temps, que c'est pour son bien »</i></p> <p>L. 80 : « <i>je lui dis que je suis désolé je sais que ça fait mal mais [...] je suis positive »</i></p> <p>L. 84 : « <i>On fait avec j'ai envie de dire parce qu'on sait que c'est pour la bonne cause »</i></p> <p>L. 96 : « <i>des situations qui font peur »</i></p> <p>+ L. 93 : « <i>Je stress »</i></p> <p>L. 124 : « <i>Mon corps réagit, j'ai souvent des bouffées de chaleur, à l'instant T je transpire »</i></p> <p>L. 125-126 : « <i>Pour autant je garde la tête froide, je sais que j'ai le patient en face de moi, je sais que je suis là pour lui, qu'il ne faut pas non plus que je lui montre trop que je suis débordé et que je ne gère pas trop »</i></p> | <p>L. : « <i>Très souvent de l'empathie »</i></p> <p>L.89 : « <i>on sait que la plupart de nos soins, ce sont des soins qui sont assez traumatique. »</i></p> | <p>L. 105 : « <i>Je transpire. »</i></p> <p>L. 105-106 : « <i>Ce matin je ne parlais pas, c'était un peu de frustration. »</i></p> <p>L. 108-109 : « <i>il avait tellement mal. Puis en même temps c'est une fin de vie donc ça ne changera pas grand-chose malheureusement. »</i></p> <p>L. 111 à 113 : « <i>Pour les pansements d'escarre ou d'ulcères qui sont super douloureux on a fait mettre nous des protocoles de xylo en place par les médecins. »</i></p> <p>L. 113 : « <i>On n'est pas là pour faire souffrir les gens [...] »</i></p> <p>L. 113 à 115 : « <i>quand ils hurlent de douleur, ce jour-là moi souvent je fais le pansement je le nettoie à la 6-4-2 on va dire, pour faire un pansement propre mais moi tout de suite je dis au médecin de venir et qu'il prescrive des antalgiques. »</i></p> |
|--|---|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | | | <p>L. 119-120 : « Tu as presque aussi mal qu'eux, c'est ça tu ressens la douleur »</p> <p>L. 120-121 : « t'es frustré et à la limite tu te dis : ce que je fais ça ne va pas, enfin ce n'est pas normal que je lui fasse mal »</p> <p>L. 121-122 : « ce matin je n'étais pas bien, je ne sais pas comment t'exprimer ce sentiment »</p> <p>L. 125 : « Ce n'est pas de la culpabilité. »</p> <p>L. 126-127 : « on ne peut pas dire quand même que c'était de l'angoisse mais c'était... Peut-être un chouilla d'angoisse quand même »</p> <p>L. 128-129 : « je sentais qu'il était contracté, replié tu vois donc peut être de l'angoisse finalement si on y réfléchit bien je n'étais pas bien »</p> |
| <p>Comment parvenez-vous à gérer vos émotions face à la</p> | <p>L. 36-37 : « avant de rentrer dans sa chambre je prenais une bonne inspiration parce que je savais que</p> | <p>L. 103 : « je suis quelqu'un qui verbalise beaucoup »</p> | <p>L.88 - 89 : « on essaye toujours d'être le plus doux et de ne pas faire mal »</p> | <p>L. 148 : « j'en arriverai peut-être face à la douleur physique à ne pas trop regarder le patient »</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <p>douleur induites par les soins ?</p> | <p><i>ça allait être un moment compliqué »</i></p> <p>L. 62-63 : « <i>Je me protège en me disant que les soins sont indispensables et que c'est transitoire, ce ne sera pas éternel »</i></p> <p>L. 63 : « <i>Je me dis que c'est un mauvais moment à passer pour le patient »</i></p> <p>L. 65-66 : « <i>j'essaie de mettre en place tout ce que je peux pour éviter qu'il ait mal »</i></p> | <p>L. : « <i>Le médecin dès que je suis arrivé je lui ai dit que je n'ai jamais fait une aspiration bronchique »</i></p> <p>L. 110-111 : « <i>c'était une source d'angoisse, je vérifiais mes traitements je ne savais pas. Donc je l'ai verbaliser à la cadre et au médecin »</i></p> <p>L. 114- 117 : « <i>j'appelle mes collègues, quand je suis en difficulté [...] le soutien des amis, de mes collègues de boulot »</i></p> <p>L. 119-120 : « <i>c'est l'expérience qui fait qu'au bout d'un moments on apprend à gérer nos émotions, on n'a pas le choix. Il y a des formations qui existent pour ça aussi et j'aimerais pouvoir en faire une. »</i></p> | <p>L. 89 à 92 : « <i>On essaye de l'expliquer au patient, pour nous c'est plus facile parce qu'ils viennent dans une voie d'urgence donc ils savent très bien que même si le soin est douloureux derrière c'est le seul moyen de les soulager donc en général ils le comprennent assez bien. »</i></p> <p>L. 94-95 : « <i>En général nous on approche de manière à leur faire comprendre que c'est nécessaire pour eux et eux l'entendent très bien »</i></p> <p>L. 96 à 99 : « <i>aux urgences tous soins douloureux qu'on va pouvoir faire c'est ensuite pour soulager le patient ce n'est pas des soins qui vont être pratiqués à titre de diagnostic et qui vont engendrer une douleur qui ne sera pas nécessaire tout de suite. »</i></p> | <p>L. 149 ; 150-151 : « <i>Tu as toute cette période où tu leur explique le soin [...] Déjà quand tu les préviens ils s'attendent à la douleur. »</i></p> <p>L. 154 ; 155-156 : « <i>Je suis en nage mais je vais arriver à faire diversion [...] tu vas parler, tu achètes les sucettes ce jour-là donc on divertit [...] tu y arrives parce que ça ne dure pas longtemps »</i> (Pour les enfants)</p> <p>L. 158-159 ; 160-161 : « <i>il y a de l'émotion, plus dans les fins de vies ducoup parce que les gens ils souffrent au final et ils savent très bien que cette souffrance ne les amènera malheureusement à rien de bon [...] Alors que les enfants ils ont les patch EMLA souvent c'est des hurlements d'appréhension ducoup j'arrive mieux à parler de tout autre chose »</i></p> |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | | <p>L. 99 à 103 : « Vu qu'on ne peut pas anticiper certains soins [...] Nous faudra qu'on agisse rapidement donc des fois ils comprennent qu'en agissant rapidement on ne peut pas se permettre d'attendre et de prévoir des prémédications. La plupart du temps ils sont assez complaisant. »</p> | <p>L. 162- 163 : « quand il y a de l'émotion dans une fin de vie c'est moins facile. C'est plus compliqué à gérer. »</p> <p>L. 164 ; 166 : « Le fait de parler moi ça m'aide, comme ça j'essaie de capter son attention par des sujets de conversation [...] il arrive un petit peu à s'éloigner de la douleur qu'on lui induit. Je pense qu'elle est moins importante. »</p> |
| <p>Existe-t-il des situations de soins où vous n'arrivez pas à gérer vos émotions ?</p> | <p>L. 70-71 : « Mes émotions ne m'ont jamais affecté au moment du soin, ça va plus m'affecté personnellement en rentrant chez moi ou après quand je vais y repenser »</p> <p>L. 71-72 : « Je n'ai jamais agi différemment pendant un soin à cause de mes émotions mais après j'ai besoin d'en parler »</p> <p>L.72-73 : « Dans mes premiers stages je ne m'étais pas rendu compte que j'avais besoin d'extérioriser mes émotions. »</p> | <p>L. 87-88 : « l'extracteur d'oxygène ne marchais plus et là vraiment j'ai commencé à paniquer »</p> <p>L. 89 : « Jeune diplômée je ne maîtrise pas, j'ai très peur de l'accident »</p> <p>L. 89-90 : « Dans ces moments-là, mes émotions elle l'emportent, c'est quelque chose qu'il faut que j'arrive à travailler »</p> <p>L. 91-94 : « Ça va aussi être le patient qui va s'étouffer qu'il faut que j'aspire, c'est pareil. Je ne l'ai jamais vu, je ne l'ai jamais vécu. [...] je stress [...] je</p> | <p>L. 106 à 108 : « Ça peut arriver quand on fait des transferts mais nous aux urgences on est tellement, on va dire, dans le feu de l'action que en général le seul moment où on gère nos émotions c'est quand on se met en salle de pause et qu'on souffle un petit peu. »</p> <p>L. 109 : « l'affluence qu'on a aujourd'hui fait qu'on n'a pas trop le temps de se poser des questions »</p> | <p>L. 133-134 : « il y a eu des fins de vie où j'ai pleuré avec le conjoint à côté donc là je n'ai pas géré du tout parce que je n'aurais pas dû je pense »</p> <p>Ces émotions sont péjoratives pour vous ?</p> <p>L. 137 : « Je trinque quand même chaque fois. »</p> <p>L. 138 ; 139 : « Parfois je me dis qu'il faut y arriver, [...] mais ce n'est pas pour autant que j'y arrive. »</p> <p>L. 142-143 : « je suis entière, dans la relation avec les patients je me donne à</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | <p>L. 82-83 : « je me suis retrouvé à fondre en larme pendant le tour de table parce qu'en fait je ne m'étais pas rendu compte que j'avais besoin d'extérioriser. »</p> <p>L. 85-87 : « Maintenant ce que je fais c'est que j'en parle avec des gens qui sont dans le domaine soignant aussi. Je fais ça pour ne pas garder toutes ces émotions pour moi. »</p> | <p><i>pense que mes émotions l'emporteraient, je ne serai pas gérée. »</i></p> <p>L. 98-99 : « Nos émotions elles prennent le dessus et ça peut être dangereux pour le patient et ce n'est pas possible »</p> <p>L. 95-96 : « Je pense qu'il faudrait avoir une formation sure « comment réagir à l'instant T » dans des situations qui font peur »</p> | <p>L. 110-111 : « Parfois quelques minutes après le soin on se dit « ah mince, j'aurai pu lui proposait de proposer ça ou faire ça ».</p> <p>L. 112 : « des fois on peut mettre de côté, je pense, le côté sentiments »</p> <p>L. 113 : « entre nous on en parle assez pour justement se libérer de tout ça. »</p> | <p><i>fond donc forcément il n'y a plus de barrière après »</i></p> |
|--|---|---|---|---|

Autres :

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>Auriez-vous quelque chose à rajouter qui selon vous pourrais enrichir mon sujet ou quelque chose que je n'ai pas abordé ?</p> | | <p>L. 153-157 : « Pour arriver à gérer nos émotions je pense que si on connaissait mieux certaines pathologies, les soins d'urgence si on approfondissait les choses en formation pour déjà apprendre à gérer les différentes situations et surtout apprendre à nous connaître nous-mêmes en prenant en compte nos émotions en les comprenant</p> | <p>Vous diriez que durant la réalisation du soin il n'y a pas forcément ces émotions, c'est plus quand vous vous posez après que vous réfléchissez qu'il y'a peut-être un petit peu des émotions qui reviennent ?</p> <p>L. 121 -122 : « On s'entraide pas mal du coup on communique beaucoup sur tout ce qui est soins,</p> | <p>Extériorisation</p> <p>L. 171 : « on est humain, je pense que c'est obligé qu'il y en ait. »</p> <p>L. 172-173 ; 174 : « Ma thérapie c'est lorsque je vais sortir du domicile de mon patient, je mets la musique à fond dans la voiture ça me permet de souffler vraiment te vider [...] j'arrive à me relâcher pour aborder le prochain</p> |
|---|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p><i>et ducoup on pourrait mieux les gérer.</i></p> <p>»</p> <p>L. 162 : « <i>chacun est différents et on fait tous de notre mieux</i> »</p> <p>Les émotions dans d'autres situations :</p> <p>L. 129-130 : « <i>Je me sens débordée, je sens que j'ai des bouffées de chaleur tout ça mais je garde la tête froide</i> »</p> <p>L. 133-135 : « <i>Après je craque [...] Je me mets à pleurer et puis je verbalise que ce n'est pas normal.</i> »</p> <p>L. 138 : « <i>des fois je pleure et je m'en veux de ne pas avoir anticipé</i> »</p> <p>SOLUTION :</p> <p>L. 144 : « <i>c'est à nous de nous remettre de longue en question et anticipé les situations et ne pas attendre qu'on nous propose les formations</i></p> <p>L. 147 : « <i>si j'étais mieux préparer je pense que je gérerai mieux mes émotions</i> »</p> | <p><i>savoir si on aurait pu mieux faire pour le patient, pour le bien du patient ou faire autrement.</i> »</p> <p>L.126-127 : « <i>Pour pallier les difficultés on arrive pas mal à s'entraider et c'est grâce à cette entraide qu'on arrive à mieux gérer nos émotions.</i> »</p> <p>L. 128-129 : « <i>on se protège pas mal justement en discutant entre nous pour ne pas avoir à ramener tout ça à la maison.</i> »</p> <p>L. 133-134 : « <i>Quand on se relâche c'est vraiment plus à l'hôpital et de suite après les soins.</i> ».</p> | <p><i>patient qui ne doit pas subir l'angoisse que j'ai eue 1/4 d'heure avant</i> »</p> <p>L. 177 à 179 : « <i>comment tu veux, dans ta voiture, ne pas malgré tout vite relâché parce que tu vois le paysage et cela te permet de t'évader et extérioriser un peu toutes les émotions accumulées</i> »</p> <p>En libéral :</p> <p>L. 175-176 : « <i>On a la chance nous en libéral que les hospitaliers n'ont pas de pouvoir souffler un peu entre deux patients</i> »</p> <p>L. 179 ; 180 à 183 : « <i>En libéral c'est vraiment un avantage [...] j'ai eu vu une situation ou vraiment ça a été très dur et je ne me sentais pas encore d'aller chez le prochain patient. Je me suis arrêté au bord de la route, j'ai marché un peu, j'ai pensé qu'il me fallait un petit quart d'heure de détente, parce qu'émotionnellement c'était trop important pour moi, je ne me sentais pas</i></p> |
|--|--|--|---|--|

capable d'attaquer une autre relation il fallait que je me vide un peu »

L. 201-202 : *« On ne les connaît pas par cœur mais quand même la connaissance du patient en libéral et à l'hôpital ce n'est pas la même »*

L. 200-201 : *« Eux connaissent aussi des choses sur toi car il te pose des questions aussi et faut parler pour établir une relation de confiance »*

L. 203-204 : *« En libéral ça a un avantage parce que tu connais mieux ton patient mais à côté de ça y a plus de filtre donc de ce fait émotionnellement tu trinque un peu »*

L. 205 à 208 : *« Puis il n'y a pas le travail d'équipe aussi, ça c'est l'inconvénient parce qu'à l'hôpital si tu sens que la relation avec un patient est un peu compliquée à gérer pour toi, tu pourras déléguer, échanger ou demandé à ce qu'on t'accompagne mais*

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p><i>en libéral tu ne peux pas faire ça, tu es toute seule. Parfois les mots tu ne sais pas où les trouver »</i></p> |
|--|--|--|--|---|

Autres moyens utilisés durant un soin douloureux :

L. 187 ; 191 à 194 : « On a un patient qui a un VAC, quand on lui enlève ça lui fait super mal. [...] *alors quand on fait le pansement je vais lui dire « non mais là on met un peu les watt, là on va se détendre tout le monde, tout va bien se passer » et on met la musique. Parfois je vais chanter je vais lui demander de m'aider parce que je ne connais plus les paroles. J'essaie de faire diversion »*

Résumé – Abstract.

Le travail émotionnel des infirmiers, facteur de prise en charge de la douleur induite.

(244 mots)

Ce travail rend compte d'une recherche en science infirmière. La finalité étant de comprendre comment les infirmiers gèrent leurs émotions lorsqu'ils sont confrontés à la douleur induite par les soins prodigués.

Pour ce faire, un état des lieux théorique a été établi afin de définir et de distinguer les caractéristiques des soins infirmiers, de la douleur induite ainsi que des émotions.

Ces données ont été confrontées à celles perçues sur le terrain par le biais de quatre entretiens via une méthode clinique auprès d'infirmiers de services et d'expériences différentes.

Après analyse de ces données, une réflexion autour de celles-ci nous a permis de mettre en évidence l'importance de la connaissance, de la prise en compte et de la gestion des émotions dans la prise en charge de la douleur induite.

Finalement cette recherche m'a permis de développer ma réflexion à la fois concernant les émotions, leur contrôle mais aussi concernant la prise en charge de la douleur induite. En revanche la taille de notre échantillon n'étant pas numériquement élevée nous n'omettons pas le fait qu'il ne peut être représentatif de la population infirmière. Par conséquent nous ne pouvons affirmer de résultats mais nous pouvons émettre des hypothèses à partir desquelles notre cheminement de pensée peut nous amener à entrevoir de nouveaux horizons.

En effet au sortir de cette recherche une question demeure et initie la continuité de notre réflexion : En quoi les émotions peuvent impacter la construction de l'identité professionnelle des infirmiers ?

Mots clés :

Soins infirmiers – Douleur induite – Émotions – Mécanismes de défense – Intelligence émotionnelle.

The emotional work of nurses, factor in the management of pain induced by the care.

(199 words)

This work reflects research in nursing science. The goal is to understand how nurses manage their emotions when faced with the pain of caring.

To do this, a theoretical overview was established to define and distinguish the characteristics of nursing care, pain induced by the care and emotions.

These data sets were compared to those collected in the field through four interviews through a clinical method with nurses from different departments and experiences.

Analysis of this data allowed us to highlight the importance of knowledge, consideration and management of emotions in the management of induced pain.

Finally this research allowed me to develop my reflection both on emotions, their control but also on the management of pain induced by the care. On the other hand, the size of our sample is not numerically high, we do not omit the fact that it cannot be representative of the nursing population. Therefore we cannot affirm results, but we can make assumptions from which our beliefs can lead us to identify new approaches.

Indeed, at the end of this research, a question remains and initiates the continuity of our reflection : How can emotions affect the construction of nurses' professional identities ?

Keywords:

Nursing – Pain induced by the care – Emotions – Defence Mechanisms – Emotional Intelligence.