



I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P.

**G.I.P.E.S d'Avignon et
du Pays du Vaucluse**



VEAUX Laurie

Promotion 2021-2024

J'ai peur de vous blesser, et vous, de souffrir.
Quand l'appréhension du soignant impacte le vécu douloureux du patient.

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 21 mai 2024

Directeur de mémoire : TUFFET Blandine

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique et notamment Mme Gilquin et Mme Barbaste, mes référentes pédagogiques durant cette formation pour leur écoute, encouragement et bienveillance tout au long de mon parcours.

Ensuite, il est important pour moi de remercier Mme Tuffet, ma directrice de mémoire, pour sa grande patience, ses conseils et sa réassurance durant l'élaboration de ce travail.

Je remercie également mon groupe de travaux dirigés qui m'ont accueillie avec bienveillance en début de deuxième année et avec qui j'ai partagé de nombreux moments de détente, d'humour qui m'ont permis de tenir durant cette formation qui a pu se montrer éprouvante par moments.

Je remercie tout particulièrement mon conjoint, Pierre-Louis, pour sa patience et son soutien infaillible tout au long de ma formation malgré des moments de doutes et mon manque de disponibilité.

Je tiens également à remercier ma famille, mes amis et surtout ma mère pour tous ses conseils et son soutien.

Merci à Lisa et à Oriana pour la relecture de mon travail.

Pour terminer, je remercie toutes les infirmières que j'ai interrogé de m'avoir accordé de leur temps avec gentillesse et bienveillance.

Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. SITUATION D'APPEL ET QUESTIONNEMENTS.....	2
2. QUESTION DE DEPART.....	4
3. CADRE DE REFERENCE	5
3.1. LA GESTION DES EMOTIONS	5
3.1.1. Définitions et généralités des émotions.....	5
3.1.2. Les différentes émotions et leurs rôles.....	6
3.1.3. Les émotions du soignant	12
3.1.4. Gérer ses émotions : le travail émotionnel	14
3.1.5. L'intelligence émotionnelle	18
3.2. LES DOULEURS INDUITES ET LE VECU DOULOUREUX.....	20
3.2.1. Généralités sur la douleur.....	20
3.2.2. Les différentes douleurs et leurs mécanismes	21
3.2.3. Les douleurs induites.....	23
3.2.4. Le vécu douloureux	24
3.2.5. La mémorisation de la douleur	25
3.2.6. La prise en charge des douleurs induites et du vécu douloureux	27
4. ENQUETE EXPLORATOIRE	32
4.1. METHODOLOGIE.....	32
4.1.1. Présentation de l'outil	32
4.1.2. Population choisie.....	32
4.1.3. Lieux d'investigation	33
4.1.4. Guide d'entretien.....	33
4.2. ANALYSE	34
4.2.1. Présentation de l'échantillonnage	34
4.2.2. Analyse à plat.....	34
4.2.3. Analyse croisée.....	37
5. PROBLEMATIQUE.....	50
6. QUESTION DE RECHERCHE.....	53
7. LIMITES DU TRAVAIL	54
CONCLUSION.....	54
BIBLIOGRAPHIE	56

SITOGRAFIE	58
ANNEXES.....	59

Introduction

La douleur est une sensation subjective. Cette singularité n'est cependant pas tout le temps repérée par tout le monde et notamment lorsqu'elle est considérée comme habituelle.

Cependant, les soins infirmiers réalisés sont fréquemment qualifiés de douloureux par les patients. Ils provoquent, chez eux, une appréhension qui peut chambouler les soignants et le déroulement des soins. Alors que durant ma formation, j'ai souvent entendu qu'il ne fallait pas montrer ses émotions pour rester professionnelle. Il m'est souvent arrivé d'avoir des difficultés à les gérer. J'ai donc choisi de m'appuyer sur une situation de stage où mes émotions m'ont submergée.

La douleur induite est un thème qui m'intéresse tout particulièrement. En effet, en tant que future soignante, je suis et je serai quotidiennement confrontée à la douleur des patients. Ce travail me permettra donc d'approfondir mes connaissances sur ces thèmes. Il m'apportera beaucoup sur le plan professionnel et personnel. Ce mémoire de fin d'étude s'articulera donc autour de ces deux sujets. En effet, il est important pour moi de travailler tant autour des soins relationnels et que des soins techniques. Pour l'élaborer, je m'appuierai sur le plan suivant.

Dans un premier temps, j'évoquerai la situation d'appel ainsi que les questionnements qui en découlent. Cette partie me permettra d'en déduire une question de départ. Ensuite, le cadre de référence sera exposé avec les différents thèmes de la question de départ. Il sera constitué des connaissances théoriques sur la gestion des émotions puis sur les douleurs induites et le vécu douloureux. Ensuite, je continuerai avec l'enquête exploratoire qui est composée de la méthodologie utilisée, de la présentation des résultats et l'analyse de ces derniers. Cette partie permettra d'aboutir à la problématique ainsi qu'à la question de recherche. Ce travail se terminera par l'exposition des critiques et des limites de cette recherche.

1. Situation d'appel et questionnements

Cette situation se déroule dans un service de chirurgie digestive et viscérale lors d'un stage de deuxième année. Madame M., 22 ans, est hospitalisée pour l'ablation d'un kyste pilonidal, cavité se formant sous la peau par l'accumulation de poils dans le derme au niveau de l'interfessier. Au retour du bloc opératoire, la patiente est stressée et espère qu'il ne réapparaîtra pas. En effet, la chirurgie a été programmée à la suite de la récurrence de celui-ci. Elle nous explique qu'elle redoute le moment du pansement qui avait été très douloureux les fois précédentes. Le médecin a prescrit des antalgiques (néfopam et paracétamol) et la réfection du pansement se fait tous les jours selon le protocole du service.

Le lendemain matin, à J1 de son opération, je suis avec l'infirmière du secteur que j'appellerai Julie. Nous effectuons le tour de 8h avec la distribution des traitements, les surveillances et les prises de sang. Cette infirmière est présente dans le service depuis plus de cinq ans, elle connaît très bien l'organisation du service et les soins qui y sont prodigués.

Arrivées à la chambre de madame M., je rentre à l'intérieur de la pièce et Julie reste devant la porte avec le chariot des médicaments et l'ordinateur. Je donne les antalgiques à la patiente et la préviens que je referai son pansement dans la matinée vers 9h. Elle me rappelle ses dires de la veille en m'expliquant qu'elle n'a vraiment pas envie car elle sait que cela lui fera mal. J'essaie de la rassurer en lui disant que je ferai tout pour être la plus douce possible. Julie entend la conversation et lui conseille de prendre les antalgiques dans 30 minutes pour qu'ils soient efficaces pendant la réfection du pansement. Elle acquiesce mais ne semble pas rassurée.

Environ une heure après, Julie, finissant quelque chose en salle de soins, me demande de préparer le matériel pour le pansement de madame M. et de commencer à enlever le pansement sec. A mon arrivée dans la chambre, je vois la patiente en boule dans son lit et en pleurs. Je mets le chariot de soins dans un coin de la chambre et je lui demande alors ce qui lui arrive. Elle répète qu'elle a déjà subi ce soin et que la douleur avait été insoutenable. Elle appréhende énormément ce qu'elle allait ressentir, elle me dit en pleurant « *j'ai mal rien que d'y penser* ». Je comprends à ce moment-là l'anxiété et l'appréhension de madame M. mais je ne sais pas comment la rassurer et je ne peux pas lui dire qu'elle n'aura aucune douleur cette fois-ci. Je m'interroge sur l'accompagnement du soignant lors des soins douloureux et en quoi le vécu douloureux du patient peut avoir un impact sur le ressenti de la douleur ?

Son état de détresse m'a beaucoup perturbée et touchée et j'avais peur de lui faire mal. Ces propos ont-ils eu un impact sur mes émotions et mon stress ? Je me questionne donc également sur l'impact des émotions du soignant sur la prise en charge de la douleur.

Ne sachant pas trop quoi faire, je m'assoie à côté d'elle et j'essaye de la rassurer en lui expliquant le déroulé du soin tout en lui rappelant que je le ferai le plus délicatement possible. Je sens que la patiente n'est toujours pas en confiance car elle me demande des antalgiques supplémentaires. Au même moment, Julie arrive devant la porte et entend la demande de la patiente. Elle lui répond « *normalement les autres patients n'ont pas mal, ça ne sert à rien d'en mettre plus* ». Sa réponse m'a interpellée et je me demande si l'on peut comparer la douleur d'une personne par rapport à une autre sur un même soin. Le traitement antalgique de la patiente n'a pas été modifié malgré sa demande. Aurions-nous pu proposer à madame M des méthodes alternatives contre la douleur et le stress dans cette situation ?

L'infirmière est ancienne dans le service et a l'habitude de réaliser ce type de soin. En quoi l'expérience d'un soignant peut influencer l'interprétation de la douleur ? La systématisation des soins peut-elle être à l'origine de la banalisation de la douleur ?

Mme M n'insiste plus mais j'ai l'impression qu'elle ne réitère pas sa demande car elle ne se sent pas écoutée. Je m'interroge donc sur la non-considération de la parole du patient ainsi que sur l'impact sur le soin.

Je ressens beaucoup d'empathie pour cette patiente face au refus de l'infirmière. Je me sens impuissante, je ne peux pas l'aider comme je l'aurais voulu. Je comprends l'appréhension qu'elle peut avoir en connaissant son vécu avec ce soin. En tant qu'étudiante, je n'ai pas osé insister auprès de Julie pour ajouter des antalgiques. Je ne me sens pas légitime à contredire l'infirmière et surtout devant la patiente. Je me demande alors en quoi le positionnement étudiant impacte nos propres valeurs et visions du soin et la professionnalisation ?

Suite à cela, Julie décide de faire elle-même le soin pour que la patiente soit moins anxieuse. Je regarde la patiente et j'ai l'impression en l'observant que son visage est un peu moins crispé, qu'elle se sent plus sereine. Pour ma part, je suis rassurée car je me sentais incapable de faire un soin que je n'avais jamais réalisé alors que la patiente le ressentait comme très douloureux. En quoi l'inexpérience est source d'anxiété pour le patient ?

Le pansement contient des mèches pour diriger la cicatrisation de la plaie. L'infirmière commence par mettre ses gants et enlève le pansement sec qui recouvre la plaie. Elle lui explique ses gestes tout au long du soin et la prévient de ce qu'elle va faire. Voyant la patiente

toujours stressée, j'hésite entre regarder un soin intéressant ou aller auprès d'elle pour la rassurer. Cependant, je me suis mise à la place de madame M. et j'ai compris que si j'étais dans la même situation, j'aurais aimé que quelqu'un m'accompagne. De plus, je me suis dit que je reverrai sûrement un autre pansement méché dans le reste de ma formation. Je décide donc de me mettre accroupie, à côté du lit pour lui parler. Je lui tiens également la main car je pense qu'elle peut ressentir ce geste comme une forme de soutien. Je discute avec elle de sa profession, de ses activités pour essayer de détourner son esprit de la douleur.

Julie la prévient qu'elle va enlever les mèches, chose qu'elle appréhendait le plus. L'infirmière le fait délicatement mais la patiente ressent une douleur vive. Elle décide donc d'enlever les deux autres mèches plus rapidement ce qui ne change rien à la douleur. Madame M l'exprime surtout par des gémissements et nos conversations s'arrêtent à chaque fois que celle-ci est trop intense. Jusqu'à la fin du pansement, la patiente a les larmes aux yeux. Elle nous explique qu'elle a eu moins mal que la dernière fois mais que la réfection reste tout de même douloureuse.

2. Question de départ

Dans cette situation, différents questionnements ont émergé. Certains concernaient la place des émotions du soignant lors des soins douloureux alors que d'autres étaient davantage portés sur le rôle de l'expérience du soignant dans l'interprétation et la prise en charge de la douleur. Et côté patient, je me suis également interrogée sur l'impact du vécu douloureux sur les soins.

Lors de mes différents stages, mes émotions ont souvent pris de la place dans mes prises en charge et je souhaiterais donc explorer ce thème, c'est pourquoi ma question de départ est :

En quoi la gestion des émotions du soignant impacte la prise en charge du vécu douloureux lors des douleurs induites ?

3. Cadre de référence

3.1. La gestion des émotions

3.1.1. Définitions et généralités des émotions

Le mot émotion, selon Lydia Fernandez dans « Les concepts en sciences infirmières » : « a été construit au XIII^{ème} siècle à partir du mot motion (mouvement) d'après l'ancien français. Au XV^{ème} siècle, le mot est utilisé au sens de « trouble moral » et au XVI^{ème} siècle, comme un dérivé d'*émouvoir* (du latin *emotionem*, de *emotum*, supin de *emovere*) ». En effet, la cinquième édition du dictionnaire de l'Académie française datant de 1798 définit ce mot comme « *Altération, trouble, mouvement excité dans les humeurs, dans les esprits, dans l'âme.* » À cette époque, ce concept était donc considéré comme un problème.

De nos jours, le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) explique qu'une émotion est : « *Conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur.* » Cette définition apporte deux nuances supplémentaires : l'émotion agit également sur le corps et peut être exprimée sur des éléments positifs.

Patrick Lemaire, écrit dans son livre « Émotion et cognition » qu'une émotion est « *un ensemble de réponses (psychologiques et/ou physiologiques) d'intensité, de durée et de complexité variables. Ces réponses peuvent apparaître de manière plus ou moins publique ou privée et plus ou moins synchronisée. Notons enfin qu'une émotion survient lorsque nous nous trouvons dans une situation ou face à un stimulus que nous évaluons (comme dangereux ou pas, comme agréable ou désagréable).* » Ce docteur en psychologie ajoute par ces différentes phrases que c'est l'évaluation subjective d'une situation ou d'un élément qui va entraîner la survenue d'une émotion.

Les deux précédentes définitions s'accordent sur plusieurs aspects. Elles expriment toutes les deux les notions de réactions involontaires, de différentes intensités d'expressions selon l'origine et l'interprétation de celle-ci. La dernière définition ajoute la notion transitoire de l'émotion qui dépendra de la raison pour laquelle la personne ressentira une émotion en particulier. Ce concept permet de différencier le sentiment de l'émotion.

En effet, nous avons l'habitude d'utiliser les mots « sentiment » et « émotion » comme synonymes. Cependant, comme l'écrit Jérôme Ravat docteur en philosophie, dans la revue

« Philosophoire », « *Le sentiment, en effet, peut s'établir progressivement, durer plus longtemps que l'émotion, et renvoie également à une perception consciente, ce qui n'est pas toujours le cas de l'émotion.* » L'émotion serait donc une réponse physiologique et biologique alors que le sentiment résulterait de la réflexion.

Après avoir défini ce qu'est une émotion, il est important de préciser les différentes catégories existantes.

3.1.2. Les différentes émotions et leurs rôles

Il existe une multitude d'émotions mais selon les auteurs, ces dernières ne sont pas classées et étudiées de la même manière.

Paul Ekman, psychologue américain, les a classifiées en deux catégories distinctes : les émotions de base (ou primaire) et les émotions sociales (ou secondaires).

Jacques Lecomte, docteur en psychologie dans « 30 grandes notions de la psychologie » explique que les émotions de base « *surgissent brusquement et ne sont ni volontaires, ni raisonnées* » (p.31, 2017). Pour les identifier, Paul Ekman aurait utilisé 9 critères :

- « *elle possède une expression faciale universelle ;*
- *elle est présente chez d'autres primates que l'humain ;*
- *elle a un pattern de réponses physiologiques spécifiques ;*
- *elle est rapidement déclenchée ;*
- *elle apparaît spontanément ;*
- *elle est associée à des stimuli déclencheurs universels distincts ;*
- *elle est évaluée automatiquement ;*
- *elle a une durée limitée ;*
- *elle a des réponses émotionnelles ou des composantes convergentes. »*

(Mikolajczak ; Quoidbach ; Kotsou ; Nelis, p.45, 2020)

À partir de ces critères, une émotion primaire serait donc une réaction brusque involontaire et universelle, reconnaissable et identifiée rapidement, avec des traits de visage spécifiques quel que soit la culture.

Dans cette catégorie, il y aurait six émotions selon Paul Ekman :

- **la joie** : « *Émotion vive, agréable, limitée dans le temps; sentiment de plénitude qui affecte l'être entier au moment où ses aspirations, ses ambitions, ses désirs ou ses rêves viennent à être satisfaits d'une manière effective ou imaginaire.* » d'après le CNRTL.
- **la tristesse** : Selon le CNRTL, c'est un « *État d'incapacité à éprouver de la joie, à montrer de la gaieté, se traduisant notamment par les traits du visage affaissés, le regard sans éclat.* »
- **le dégoût** : « *Sentiment d'aversion, de répulsion, provoqué par quelqu'un, quelque chose ; fait d'être dégoûté, de ne plus avoir de goût pour quelque chose, d'intérêt, d'attachement ou d'estime pour quelqu'un.* » selon le dictionnaire LAROUSSE
- **la peur** : Selon le dictionnaire LeRobert, c'est une « *Émotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace.* »
- **la colère** : Encore d'après le dictionnaire LeRobert c'est un « *Violent mécontentement accompagné d'agressivité* »
- **et la surprise** : Selon le dictionnaire LAROUSSE, c'est un « *État de quelqu'un qui est frappé par quelque chose d'inattendu.* »

En 1992, dix émotions primaires auraient été rajoutées par Ekman : l'amusement, la satisfaction, la gêne, l'excitation, la culpabilité, la fierté dans la réussite, le soulagement, la honte, le mépris, le plaisir sensoriel. Cependant, ce rajout fait débat parmi les scientifiques. Celles-ci n'auraient pas d'expression spécifique du visage, un des premiers critères dans la classification des émotions de base.

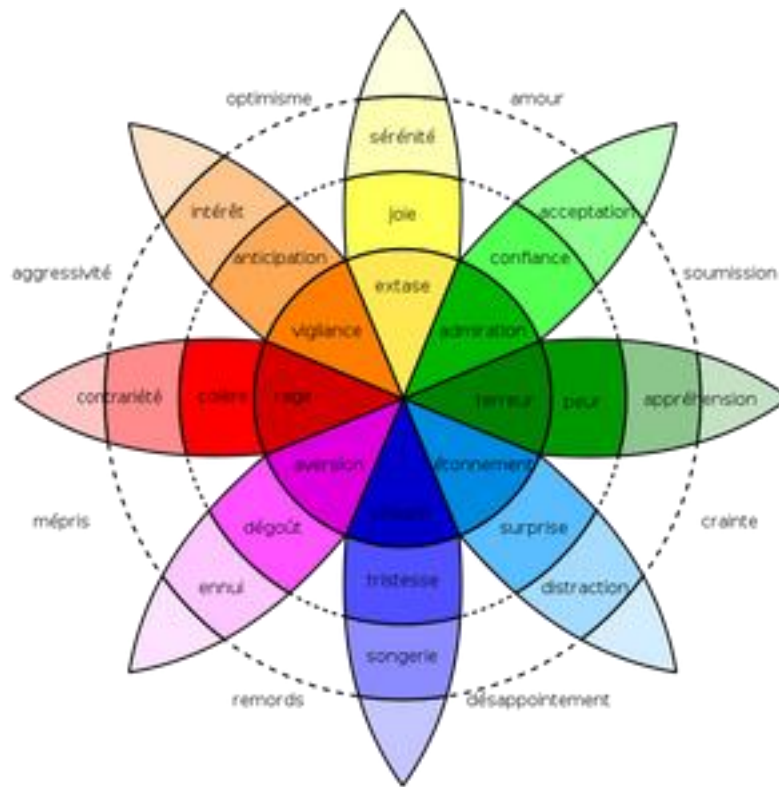
Antonio Damasio en 1995, fait le constat que l'expression de ces émotions de base serait innée et que les êtres humains seraient « *préprogrammés génétiquement à répondre émotionnellement à la perception de certains traits, associés à la perception d'un danger* » (Gobin ; Baltazart ; Simoës-Perlant, p.26, 2021). L'origine de l'émotion ne serait donc pas nécessaire pour établir la classification dans les émotions primaires.

Les émotions secondaires seraient un mélange des émotions de base « *C'est par exemple le cas de la honte qui réunit de la peur et de la colère (envers soi-même). Elles sont également plus «réfléchies».* La liste des émotions secondaires est longue et comporte notamment *l'amour, la haine, la méfiance, la culpabilité, etc.* ». (Lecomte, p.31, 2017). Selon Damasio, « *ces émotions secondaires apparaîtraient lorsque l'individu établirait des rapports systématiques entre les émotions primaires ressenties et certains phénomènes ou situations* » (Gobin ; Baltazart ; Simoës-Perlant, p.26, 2021). Elles seraient donc issues de l'interprétation d'une émotion avec une situation. Il ajoute que contrairement à la première catégorie, les émotions secondaires prennent leur origine d'une analyse subjective provenant « *de la culture, de la société et des caractéristiques individuelles* » (p.26). C'est pour cette raison que plusieurs auteurs nomment également cette catégorie : les émotions sociales.

Robert Plutchik, professeur et psychologue américain, a classifié différemment les émotions. Il a créé la théorie psycho-évolutionniste et la roue des émotions. Selon lui, les émotions résulteraient de l'évolution des différentes espèces vivantes pour faciliter la reproduction. Même si l'expression des émotions diffère entre les espèces, des aspects en commun, appelés modèles prototypiques, permettent de les identifier.

Pour lui, il y a huit émotions fondamentales (ou prototypiques). Elles sont définies par un taux particulier de neurotransmetteurs et sont organisées en paires d'émotions opposées : la joie avec la tristesse, la confiance et le dégoût, la peur avec la colère et la surprise avec l'anticipation. Parmi elles, quatre sont qualifiées d'émotions fondamentales primaires (joie, tristesse, colère et peur) et les quatre restantes (confiance, dégoût, surprise et anticipation) sont appelées émotions fondamentales secondaires et résulteraient de l'association des émotions fondamentales primaires avec le vécu et la réflexion.

Dans ce modèle appelé « La roue des émotions », pour chaque émotion fondamentale, la couleur et la place de l'émotion sur le pétale exprime l'intensité de celle-ci. Par exemple, pour la joie : en grande intensité c'est l'extase et en intensité basse c'est la sérénité. (Gobin ; Baltazart ; Simoës-Perlant, 2021).



« La roue des émotions » de Robert Plutchik

D'après Robert Plutchik, chaque émotion fondamentale jouerait un rôle pour garantir la survie de l'espèce (Gobin, Baltazart, Simoës-Perlant, 2021) :

- la joie : la préservation
- la confiance : l'incorporation
- la peur : la réintégration
- la surprise : l'exploration
- la tristesse : la protection des acquis
- le dégoût : le rejet
- la colère : la reproduction
- l'anticipation : l'orientation

Moïra Mikolajczak écrit dans « Les compétences émotionnelles » (2020) « *les émotions sont cruciales et indispensables à notre survie et à notre adaptation* » (p18). Elle cite quatre fonctions :

- **Informers**: Elles servent, d'après ses dires, à communiquer sur ses besoins et sur l'avancée de ses objectifs.
- **Passer à l'action** : Elle serait donc une des origines de nos actions. Elle donne des exemples pour chaque émotion et en explique les influences biologiques :
 - La peur permettrait de « *s'enfuir* » (p.19) pour se protéger d'une situation menaçante. Elle écrit que la paralysie que nous ressentons à ce moment-là, servirait à laisser un temps de réflexion pour exécuter l'action la plus appropriée à la situation. En même temps, le sang serait envoyé vers les muscles pour préparer la fuite.
 - La colère serait l'origine des comportements brusques comme « *Mordre, frapper* » (p.19) à viser destructrice pour répondre à une situation jugée comme injuste. Au niveau du corps, le sang et l'énergie se rendent au niveau des muscles pour décupler la force.
 - La tristesse serait la conséquence d'un « *Échec, perte d'une personne aimée ou d'un objet* » (p.19) ce qui nous conduirait à « *Pleurer ou à appeler à l'aide* » (p.19). Cette émotion provoque une baisse de motivation et d'envie pour permettre de se rendre compte de la perte.
 - Le dégoût peut provoquer le rejet de l'objet, de la situation ou de la personne qui induit cette émotion. Au niveau de corps, cette émotion serait la cause des nausées pouvant être ressentie.
 - La surprise serait dû à l'arrivée d'une nouvelle situation provoquant l'arrêt de ce que nous sommes en train d'effectuer et d'alerter. Il provoque sur le visage « *un haussement des sourcils qui élargit le champ visuel et permet à l'individu de disposer de davantage d'informations sur l'événement inattendu.* » (p.20)
 - La joie provoquée par l'« *Atteinte d'un objectif* » (p.20) va faire « *Sauter de joie, explorer* » (p.20). Elle permettra l'inhibition des émotions négatives, l'augmentation de l'énergie et une facilité à atteindre ses objectifs.
 - L'amour et la tendresse seraient dû à la « *Présence d'un être cher* » (p.20). Ces émotions provoqueraient l'envie de « *Partager, prendre soin* ».

- **Prendre des décisions :** Pour expliquer cette fonction, elle s'appuie sur les travaux de Damasio. Elle concerne des personnes ayant des lésions au niveau des zones du cerveau à l'origine des émotions, publié dans « L'Erreur de Descartes » (1994). Ces personnes ont gardé toutes leurs fonctions cognitives et la connaissance des différentes conséquences de leurs décisions. Or, ces personnes sont « *incapables de s'adapter au monde qui les entoure : ils prennent des décisions systématiquement désavantageuses, leurs relations sociales et conjugales se détériorent rapidement, leur vie professionnelle se dégrade et ils se ruinent financièrement.* » (p.22) Elle explique que pour une personne n'ayant pas de lésions à cet endroit, chaque réflexion ou option envisagée, provoque une réaction physiologique consciente ou inconsciente en fonction de la sûreté de l'option. Comme l'« *augmentation du rythme cardiaque, mains moites, etc.* » (p.23). Les personnes cérébrolésées ne perçoivent plus ces messages physiologiques lors de leurs prises de décisions et ne prennent donc pas la bonne option.
- **S'adapter :** « *Les émotions orchestrent ainsi les réponses des différents systèmes (cognitif, physiologique, etc.) afin que l'organisme puisse répondre de manière optimale lors de la confrontation à certaines situations* » (p.24). Cette fonction permettrait la survie de l'espèce et son adaptation dans toutes les situations

Les émotions sont donc indispensables et jouent un rôle majeur dans nos décisions, actions et relations avec l'autre. Ces dernières qui rythment notre vie quotidienne sont transposables dans le domaine du soin.

3.1.3. Les émotions du soignant

Les soignants travaillent quotidiennement avec leurs émotions et celles des autres. Catherine Mercadier dans son livre « Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital » décrit les cinq émotions pouvant être ressenties dans une relation de soin.

Elle parle tout d'abord de la gêne qu'un soignant peut ressentir lorsqu'il est en relation avec un patient. Elle explique que le personnel infirmier l'utilise en général pour éviter de prononcer le mot dégoût qui aurait une connotation trop négative envers son patient. En effet, nous sommes souvent confrontés à des éléments qui peuvent provoquer cette émotion comme la saleté, le corps humain sous tous ses aspects avec des plaies nauséabondes ou encore liés à « *la maladie ou à la difformité physique* » (p.48). Dans cette catégorie, elle ajoute la honte ou l'humiliation qui est pour elle « *un certain dégoût de soi* » (p.49). Il refléterait en général une incapacité à effectuer un soin ou encore un soin qui pourrait être jugé comme dégradant pour l'infirmier. Elle explique également que nous rentrons souvent dans l'intimité et la pudeur des patients ce qui peut être mal vécu pour certains individus.

Ensuite, elle cite la colère. Elle explique que cette émotion émane d'un processus à dominance cognitive et intellectuelle, le soignant ne se permet donc que très rarement de l'exprimer. En effet, il rationaliserait en se disant que ce que le patient a pu dire ou faire ne serait que le résultat de sa souffrance ou de sa maladie. Le soignant peut également ressentir un sentiment d'injustice ou d'impuissance envers des situations difficiles comme le décès de jeunes patients ou envers une situation qu'il a du mal à gérer. En effet, ces sentiments sont étroitement liés à la colère : « *La colère non maîtrisée, non gérée, non dépassée, glisse soit vers la violence, soit vers le sentiment d'impuissance* » (p.58) Cependant, les soignants sont souvent confrontés à la colère des patients qui peut parfois se transformer en gestes ou paroles violentes. Ces dernières peuvent effrayer les infirmiers.

En effet, elle décrit ensuite la peur. Elle donne comme exemple l'agressivité du patient « *l'agressivité s'exprime dans le comportement, par des actes, des coups, des insultes, mais aussi passivement, par le silence, le refus d'entrer en relation, qui effraie tout autant* » (p.59) Cette émotion peut mettre à mal la relation de soin. Elle parle ensuite de l'appréhension de faire souffrir lors de soins, de provoquer une douleur induite mais également de la peur de commettre une faute ou une erreur. « *Cette peur de nuire au malade peut aller jusqu'à l'insoutenable* » (p.61) Ces deux derniers exemples seraient donc liés à la volonté d'éviter de nuire à l'intégrité du patient. Il y a aussi une peur liée à la projection de soi sur le patient

« *Plus tard, j'espère que ça ne m'arrivera pas* » (p.62) relate une infirmière à l'auteure. Les soignants sont en effet, très souvent confrontés à des patients atteints de maladies graves ou à des personnes perdant leur autonomie. Ces pensées font d'autant plus peur lorsque le soignant identifie une personne de son entourage. Ces situations peuvent être tellement prenantes qu'elles peuvent se terminer en larmes.

La tristesse est l'une des principales émotions ressenties lors des situations délicates « *La tristesse à l'hôpital est liée à la mort* » (p.63). La plupart du temps, elle est le résultat de la souffrance des patients et de leurs proches : « *La tristesse est contagieuse* » (p.64). Elle peut être également liée au départ de certains patients lorsqu'un lien s'est tissé entre le soignant et lui. Cet attachement se crée généralement dans les unités de soins de longue durée où le temps a permis de nombreux échanges.

Pour citer la dernière émotion, elle écrit « *la joie, le plaisir sont denrées rares à l'hôpital* » (p.69). En effet, il est rare de se rendre à l'hôpital pour des moments de joie. Cependant, les soignants ressentiraient de la satisfaction d'un travail bien fait lors des soins techniques. Les gestes en eux-mêmes ne sont pas considérés comme agréables. Cependant, elle écrit : « *Lorsque cette relation est qualifiée d'agréable, elle déteint sur le soin qui devient agréable lui aussi* » (p.66). La qualité des soins relationnels serait indispensable pour rendre un soin le plus agréable possible ou le moins désagréable. Il est possible également de ressentir du plaisir à prendre soin des autres, c'est sûrement une des raisons pour lesquelles nous avons choisi le métier de soignant.

Margot Phaneuf écrit dans l'article « *L'intelligence émotionnelle, un outil du soin* » paru dans la revue « Santé mentale » (2013) que « *nos relations avec les malades nous mettent en contact avec leurs craintes, leur souffrance, leur colère, voire leur désespoir et ces émotions sont susceptibles de susciter en retour, chez nous, l'empathie, l'anxiété, l'agacement ou le rejet.* » Elle confirme donc les précédents propos de Catherine Mercadier, selon lesquels ce que le patient ressent, nous renvoie de nombreuses émotions et sentiments.

Elle écrit ensuite : « *si nous sommes bouleversés, submergés par l'émotion, nous ne sommes peu d'aide* ». De plus, comme citées précédemment toutes les émotions ne sont pas adaptées ou bien vues dans toutes les situations. Elles rappellent que tout ce que nous ressentons s'observe à travers le langage non verbal « *ton de voix neutre, sans compassion ou agacé, regard fuyant ou insouciant, paroles banales ou inappropriées ou encore gestes sans délicatesse* » (ibid.) Si nous n'en sommes pas conscients, la relation de confiance peut avoir

des difficultés à exister ou à perdurer. La notion d'authenticité serait donc importante. De plus, lorsque nos émotions sont positives et en accord avec la situation, il est préférable de les exprimer. Margot Phaneuf écrit *« elles provoquent une abondance de manifestations engageantes et viennent alors fertiliser nos relations humaines ! »* De plus, elles seraient positives et permettraient une bonne relation soignant-soigné et de meilleurs soins : *« quoi de plus beau qu'un regard de compassion, que des mots réconfortants et des gestes de douceur pour une personne qui souffre ? »*.

En réponse à ces nombreuses émotions, les infirmières vont adopter des *« personnalités de travail »*, elles *« permettent aux infirmières de présenter une attitude professionnelle qui les protège des situations éprouvantes tout en assurant leur présence et engagement émotionnels dans le processus »* visant à atteindre *« l'infirmière idéale »* (Truc, Alderson, Thompson, 2009).

Soit, malgré la connotation universelle des émotions dans le métier du soin, il y a donc un *« devoir de maîtrise émotionnelle »* (Mercadier, 2002).

Les soignants vont donc essayer de les gérer.

3.1.4. Gérer ses émotions : le travail émotionnel

Paula Niedenthal, Silvia Krauth-Gruber et François RIC dans *« Comprendre les émotions »* expliquent que *« Les individus contrôlent et régulent leurs émotions pour des raisons multiples. Ils peuvent le faire pour des raisons personnelles, soit qu'ils ressentent les émotions comme étant douloureuses, soit qu'ils craignent que les émotions puissent avoir des implications négatives pour les autres ou pour leurs relations avec les autres. Bien souvent ils régulent leurs émotions afin de se conformer aux coutumes et demandes sociales. »* (p.172, 2009). Les émotions qui apparaissent sont donc généralement contrôlées soit pour éviter le regard des autres, influencées par les normes sociales, soit pour se protéger de ce que nous pouvons ressentir. Ils précisent également que nous décidons de réprimer une émotion pour éviter d'affecter la personne en face de nous. Ces situations ont été conceptualisées par Arlie Russell Hochschild. Elle a appelé ce concept le *« travail émotionnel »* qu'elle définit comme *« l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment. »* (2003).

Elle cite trois techniques utilisées lors de ce travail émotionnel :

- Cognitive : Nous nous forçons à penser à autre chose (une image, une idée ou une pensée) dans le but de modifier l'émotion ou le sentiment ressenti.
- Corporelle : Nous tentons de changer les signes physiques comme la respiration ou les tremblements, nous essayons de les réduire.
- Expressive : La personne essaie des expressions corporelles comme sourire ou pleurer pour changer ce qu'elle ressent.

Elle ajoute cependant que ces méthodes s'entremêlent le plus souvent pour gérer ses émotions.

Cette auteure explique que ces phénomènes peuvent être conscients et volontaires lorsque nous jugeons ce que nous ressentons comme inadéquat à la situation. Elle écrit : « *Les lignes de conduite sociales qui dirigent la façon dont nous voulons essayer de ressentir peuvent être décrites comme un ensemble de règles partagées socialement* » (2003). Elle confirme donc la première citation de cette partie : les représentations sociales norment ce qu'il est convenable ou non d'exprimer ou de ressentir.

Moïra Mikolajczak dans « Les compétences émotionnelles » (2023) explique que nous essayons de changer certains paramètres des émotions « *parce qu'elle sont en désaccord avec les objectifs de l'individu* » (p.136).

Elle cite les paramètres suivants :

- Le type : La personne essaierait de convertir une émotion en une autre, par exemple de passer d'une émotion négative à positive.
- L'intensité.
- La durée.
- Ou plusieurs composantes.

Ce travail émotionnel est applicable dans le domaine du soin.

En effet, dans « Recherches en soins infirmiers », Huynh Truc, Marie Alderson et Mary Thompson ont analysé ce concept pour la gestion des émotions dans le milieu du travail, plus particulièrement dans les soins infirmiers.

Elles expliquent qu'« *On le définit de façon transdisciplinaire comme un processus humain se manifestant lors de rapports de personne à personne qui exigent de la part de la travailleuse ou du travailleur une dépense d'énergie intense pour transformer des émotions négatives en*

démonstration d'émotions acceptables sur le plan social et organisationnel, et ce, afin d'améliorer le bien-être de la personne qui bénéficie des services » (2009). Ce travail émotionnel serait donc considéré comme la divulgation d'émotions non authentiques dans le seul but de satisfaire et d'améliorer la qualité des services proposés. Or, d'après ces dernières, « la documentation en soins infirmiers présente le travail émotionnel comme une expression d'émotions sincères ». La définition d'un même concept diffère en fonction des disciplines. Elles citent deux composantes à ce travail : « la manifestation autonome et spontanée d'émotions » et « la représentation de soi en tant que personnage de travail qui opère un travail de profondeur ou [...] superficiel ». En s'appuyant sur l'étude de Bolton (2001), elles montrent que la nature de ce travail importe peu sur le résultat : « les « façades » du personnel infirmier relèvent peut-être du « travail superficiel », mais des preuves empiriques montrent que les infirmières avaient maintenu leur moi intérieur et, par conséquent, faisaient preuve d'authenticité dans leurs rapports avec les patients ». Le but pour le soignant est donc d'être authentique et de devenir un « instrument thérapeutique » à travers la relation qu'il mettra en place avec le soigné.

Elles ajoutent que « Dans le secteur des soins infirmiers, le travail émotionnel consiste à exprimer des émotions qui sont à la fois conformes au rôle professionnel et en harmonie avec celles des patients » Il y aurait donc deux raisons à réaliser ce travail émotionnel. En fonction de notre rôle, c'est-à-dire ce qui est convenable de ressentir en tant que professionnel de santé et en fonction des émotions du patient.

Pour la première raison, dans le domaine du soin « il y a une forme d'interdit professionnel associé à la sensibilité » (Welter Hesbeen, p.14, 2009). En effet, nous entendons souvent qu'il est important de ne pas montrer ce que nous ressentons pour pouvoir être perçu comme professionnel. En effet, dès le début de notre formation, « l'apprentissage des soins se fait donc dans le déni des émotions des soignants » (Mercadier, 2008, p.203). Ces dires sont issus des normes émotionnelles au sein du monde hospitalier. D'après Philippe Riutort, « La socialisation peut se définir comme le processus par lequel les individus intériorisent les normes et les valeurs de la société dans laquelle ils évoluent ». Si nous comparons la société à l'hôpital, ce que nous devons ressentir est donc dicté par ce que nous avons appris pour devenir un professionnel de santé. Catherine Mercadier écrit « Des normes émotionnelles sont

communément partagées par les soignants qui déterminent les critères du « bon soignant » » (2008, p.179).

Pour la deuxième raison, « *Le soignant maîtrise ses émotions afin de ne pas provoquer celles du malade ou, tout au moins, de les atténuer.*» (Mercadier, 2002, p. 210) Il faut donc réaliser un travail émotionnel pour s'adapter au patient, à ce qu'il ressent. Catherine Mercadier écrit également: « *Il les maîtrise pour lui-même dans le but de ne pas se laisser submerger par les émotions* » (Mercadier, 2002, p. 210). En effet, pour rester dans une relation d'aide et garder une posture professionnelle, il ne faut pas être dans la même détresse émotionnelle que le soigné. Ce travail aurait donc des effets positifs à la relation d'aide.

Ensuite Huynh Truc, Marie Alderson et Mary Thompson confirment en écrivant « *La documentation du secteur des soins infirmiers fait état d'autres effets positifs pour le personnel infirmier à l'échelle individuelle, comme le rapprochement avec le patient dû à l'engagement émotionnel, ainsi qu'un sentiment de réussite personnelle et professionnelle et de satisfaction au travail.* » mais ajoutent aussi « *l'amélioration du rendement sur le plan des services ou de la productivité à l'échelle organisationnelle, ou les deux, ainsi qu'un environnement de soins « joyeux » »* (2009). La gestion des émotions est donc bénéfique dans la relation de soin, dans son propre épanouissement professionnel mais contribuerait également à une meilleure organisation ainsi qu'une bonne ambiance de travail .

Cependant, elles citent des conséquences néfastes en s'appuyant sur des études issues de la gestion, de la psychologie et de laboratoire : « *chez les travailleuses et travailleurs qui expriment des émotions superficielles, des cas de détresse émotionnelle pouvant mener à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation* » peuvent apparaître.

De plus, Julie Maheux, Catherine Ethier et Emy Trépanier ont écrit « *La régulation émotionnelle et la mentalisation chez les professionnels en relation d'aide : compétences émotionnelles et interpersonnelles au cœur de la pratique* » dans la revue « Service social » (2022) que ce travail émotionnel pourrait être néfaste pour le soignant : « *une coupure, un déni ou un détachement des émotions réelles représentent, lorsqu'effectués de façon chronique et quotidienne, un risque à la fois pour la santé émotionnelle de l'intervenant et pour la qualité des services offerts.* ». Le soignant serait donc exposé à des conséquences négatives sur sa santé mentale s'il a trop souvent recours à la dissimulation de ses ressentis

comme « *la détresse psychologique* ». En effet, elles ajoutent que si la charge émotionnelle s'accumule au fil du temps, elle aurait comme « *effet de diminuer son intérêt pour le travail, son sentiment de compétence ou son engagement* » ce qui pourrait conduire à l'épuisement professionnel. Elles continuent en ajoutant d'autres problèmes d'ordre personnel : « *les problèmes familiaux, la colère, la distorsion de la vision du monde, l'isolement social et émotionnel ainsi que la sur responsabilisation seraient des effets de cette exposition répétée* » Les auteurs ne sont donc pas tous en accord sur les bienfaits et méfaits quant à l'utilisation de ce concept. Cependant, ce travail émotionnel serait indispensable dans la pratique des soins infirmiers. Il doit toutefois être utilisé à bon escient en termes d'intensité et de durée pour éviter les conséquences néfastes sur sa vie professionnelle et personnelle.

Néanmoins, pour gérer ses émotions, il est important de les comprendre, de les repérer et de connaître ses effets sur les autres. Ce qui amène au concept de l'intelligence émotionnelle.

3.1.5. L'intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle fut conceptualisée par Peter Salovey et John Mayer en 1990. Ils le définissent comme « *une forme d'intelligence qui suppose l'habileté à contrôler ses sentiments et émotions et ceux des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser cette information pour orienter ses pensées et ses actions* » (cité p.21 par Ilios Kotsou dans « Intelligence émotionnelle et management » écrit en 2019).

Daniel Goleman a popularisé ce concept en 1995, il le définit comme la « *capacité à reconnaître nos propres sentiments et ceux des autres, à nous motiver nous-mêmes et à bien gérer nos émotions en nous-mêmes et dans nos relations avec autrui* » (p.903). Il décrit les 5 compétences émotionnelles et sociales qui la composent :

- **La conscience de soi** serait notre capacité à identifier nos émotions et les nommer.
- **La maîtrise de soi** nous permettrait de nous contrôler afin d'éviter des actes impulsifs.
- **La motivation** nous servirait à atteindre nos objectifs.
- **Les aptitudes humaines** qui nous aideraient à bien gérer nos émotions dans les relations aux autres.
- **L'empathie.**

L'intelligence émotionnelle permettrait donc de mieux comprendre nos émotions et celles des autres pour les utiliser dans nos choix et relations interpersonnelles.

De plus, il écrit « *Le QI d'une personne n'est pas suffisant pour définir son intelligence car il néglige une part essentielle du comportement humain : les réactions émotionnelles* » En effet, si la personne ne prend pas en compte ses émotions et celles des autres, ses décisions ne seront pas forcément adaptées.

Margot Phaneuf, infirmière et docteur en didactique, cite également les intelligences émotionnelles et sociales. Elles seraient indispensables dans les soins infirmiers «*De nouvelles données dans ce domaine mettent en évidence deux formes essentielles pour les soins infirmiers. Directement impliquées dans la communication et la relation à l'autre, ce sont l'intelligence émotionnelle et sociale* » (2009, p.30)

Selon elle, ce concept permet « *d'humaniser les soins* ». « *Elle exerce aussi une influence marquée sur notre comportement et notre évolution humaine puisqu'elle nous permet de nous connaître, de nous remettre en question et de nous améliorer, pour devenir des personnes plus accomplies et de meilleurs soignants* » Ce concept nous serait donc utile dans notre vie personnelle et celle de soignant. De plus, elle écrit : « *Elle nous permet aussi de reconnaître les émotions et les souffrances des autres, capacités particulièrement importantes en soins infirmiers* » (p.34) En effet, il est indispensable de repérer les émotions de nos patients pour mieux les accompagner.

3.2. Les douleurs induites et le vécu douloureux

3.2.1. Généralités sur la douleur

Selon l'association internationale pour l'étude de la douleur, « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* ». Le CNRTL définit la douleur comme une « *Souffrance plus ou moins vive, produite par une blessure, une brûlure, une lésion ou toute autre cause, qui manifeste une rupture du bien-être, de l'équilibre de la santé, la perte ou la diminution de l'intégrité physique.* » Ces deux définitions mettent en avant la cause de la douleur et la notion d'intensité. Cependant, la première ajoute la composante émotionnelle du ressenti de la douleur. La douleur permettrait donc de ressentir des émotions liées à la sensation physique. La deuxième cite, quant à elle, les possibles conséquences de la douleur comme sur le bien-être, l'équilibre en santé et l'intégrité physique. Ces deux définitions définissent le même terme de différentes manières mais se complètent. Isabelle Célestin-Lhopiteau, Antoine Bioy, Isabelle Nègre dans « Hypnoalgésie et hypnosédation » expliquent « *la douleur est expérientielle, intime et intransmissible dans son ensemble et touche donc autant le corps que la psyché.* » Ils ajoutent la notion de subjectivité.

La douleur serait donc une sensation physique et émotionnelle subjective, d'intensité variable ayant des multiples causes et conséquences sur les différentes sphères de l'humain.

Il existe quatre composantes à la douleur d'après Bruno Rochas dans « Jusqu'à la mort accompagner la vie » (2014) :

- Sensori-discriminative : « *capacité à décrire avec finesse la localisation, l'intensité, le type de douleur* »
- Cognitive : « *faculté de se représenter une explication rationnelle à une douleur, selon sa cause supposée, son mécanisme, etc.* »
- Affectivo-émotionnelle « *traduisant le ressenti anxieux et/ou dépressif par exemple, selon le contexte* »
- Comportementale « *regroupant l'ensemble des répercussions de la douleur sur le comportement de la personne* »

Ces différentes composantes rappellent donc l'intersubjectivité de la douleur. En effet, la description, l'explication, le ressenti, les répercussions et le comportement dépendront du vécu de chaque personne.

Cependant, il est insuffisant de connaître des définitions pour comprendre ce qu'est réellement la douleur sans appréhender ses différents types et leurs mécanismes

3.2.2. Les différentes douleurs et leurs mécanismes

Il existe différentes douleurs en fonction de leur temporalité et de leurs mécanismes. Il existe deux types de douleur en fonction du temps : la douleur aiguë et chronique. L'Institut national du cancer décrit différentes caractéristiques « *Elle est de courte durée (elle disparaît en quelques heures ou quelques semaines, selon le temps nécessaire à la guérison) ; Elle est due à une cause précise, connue ou non.* » Elles sont souvent induites par les soins, provoqués par un traumatisme, une maladie ou inconnue. D'après l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), elle « *joue un rôle d'alarme qui va permettre à l'organisme de réagir et de se protéger face à un stimulus mécanique, chimique ou thermique* ». Ces stimulations déclencheraient un mécanisme d'informations à partir des terminaisons nerveuses, les nocicepteurs, localisés sur chaque partie du corps pour se rendre vers le cerveau qui traite l'information.

La douleur chronique, d'après l'Institut national du cancer, possède également plusieurs caractéristiques :

- « *Elle dure depuis au moins 3 mois, malgré un traitement antidouleur* »
- *Elle persiste même si la cause de la douleur a disparu ;*
- *Elle est difficile à comprendre car elle n'a pas toujours de cause visible. Elle augmente, diminue, disparaît ou réapparaît sans que l'on sache toujours expliquer pourquoi ;*
- *Elle est envahissante, moralement et physiquement »*

Ensuite, il existe trois types de douleurs qui sont habituellement classés en fonction de leurs mécanismes et nécessitent une prise en charge différente : la douleur nociceptive, la douleur neuropathique et la douleur nociplastique ou centralisée.

Les douleurs nociceptives « *sont provoquées par la stimulation excessive des nocirécepteurs périphériques (dépassant les moyens de contrôle de la douleur) lors d'une lésion tissulaire, d'une inflammation, d'une stimulation mécanique, thermique ou chimique.* » (Collège des enseignants de neurologie (CEN)). Elles sont les douleurs les plus courantes.

Les douleurs neuropathiques (DN) « *(S)ont la conséquence d'une lésion ou d'une maladie du système nerveux somato-sensoriel (IASP, 2016). Il existe parfois un intervalle libre entre la*

lésion et l'apparition de la douleur. La DN peut être périphérique ou centrale. » « Elles sont souvent continues à type de brûlures, de froid douloureux, de torsion ; douleurs paroxystiques à type de décharge électriques, des paresthésies ou dysesthésies (picotements, fourmillements) » (CEN) Elles sont caractéristiques des douleurs ressenties après un zona, dans les neuropathies comme dans le diabète et notamment dans les pathologies cancéreuses (associées avec les douleurs nociceptives).

D'après l'IASP, la douleur nociplastique ou centralisée est *« une douleur liée à une altération de la nociception malgré l'absence de preuve d'une lésion tissulaire activant les nocicepteurs ou d'une maladie ou lésion affectant le système somato-sensoriels ».*

D'après Elisabeth Breton et Joakim Valero dans « Réflexologie et troubles fonctionnels » (2022), la douleur nociplastique serait causée *« par une perturbation du traitement de la douleur par le système nerveux central qui produit notamment une hyperalgésie et une allodynie diffuses. »* (p.212). Selon les auteurs précédents, la douleur nociplastique serait la composante de certaines maladies comme le syndrome du côlon irritable ou la fibromyalgie. Ce type de douleur serait donc la conséquence d'un dysfonctionnement au niveau du système nerveux central qui activerait les nocicepteurs sans qu'il y ait de lésion.

Il existe un autre type de douleur, la douleur induite.

3.2.3. Les douleurs induites

« La douleur induite par les soins est une douleur de courte durée causée par un acte, une thérapeutique ou un soignant dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesure adaptées. » D'après Carine Blanchon et Thierry Moreaux. Nadia Peoc'h, Ghyslaine Lopez, Nadine Castes dans l'article « *Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours... Vers les prémisses d'une compréhension* » dans « Recherche en soins infirmiers » (2007).

Ils expliquent qu'il est important de définir deux autres termes qui permettront de bien différencier la douleur induite des autres.

- La « *Douleur provoquée : se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin (ou le soignant) dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur. Son objectif est de rechercher un seuil de douleur ou de reproduire une douleur spontanée, pour expliciter et faciliter la compréhension d'un diagnostic.* »
- La « *Douleur iatrogène : se dit d'une douleur causée par le médecin (ou son traitement) de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de préventions entreprises.* »

La douleur induite est non intentionnelle, produite lors d'un soin auquel il est possible de savoir que ce dernier est douloureux. Il est donc possible de prévenir cette douleur et de la traiter. De plus, de nombreux soins ont été identifiés comme douloureux : les pansements d'escarres, des plaies chroniques, les ponctions artérielles, veineuses qu'elles soient centrales ou périphériques. Il y a également la pose de sondes urinaires ou nasogastriques, « *les mobilisations de redons, drains, aspiration trachéobronchique, fibroscopie...* » (Célestin-Lhopiteau, I. Bioy, A 2014). Cependant, il n'y a pas que les soins invasifs qui peuvent provoquer des douleurs induites. Ils sont pourtant souvent moins estimés comme soins douloureux. Il est possible de citer la kinésithérapie, le port de pâtre, d'attelle, les transferts et les positions du patient lors d'un examen radiologique par exemple. Les soins d'hygiène et de confort comme la toilette, la réfection du lit, l'habillage peuvent aussi provoquer des douleurs. Après avoir exposé ces différents soins, il est inévitable de remarquer que la plupart sont effectués par les infirmiers. En effet, les différents Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) le confirment « *Ces douleurs sont pour la moitié induites par des actes courants et en particulier des soins infirmiers* ». Il en va donc du ressort des infirmiers de les prévenir.

Cependant un facteur peut mettre en difficulté les soignants pour prendre en charge les soins douloureux, comme pour l'expression des émotions : les représentations professionnelles. *«Les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs etc.»*. (Bataille, M., Piasser, A. 1997, cité par Nadia Peoc'h, Ghyslaine Lopez, Nadine Castes)

En effet, il y aurait deux approches différentes selon les professionnels de santé. La première *« sur l'agir, la prise de distance émotionnelle, l'opérationnalisation technique, en intégrant la prise en charge de la douleur dans une visée techniciste.»* et *« l'autre centrée sur le désir et la volonté de «prendre soin» de la personne soignée dans une visée humaniste et existentialiste en intégrant «la douleur induite par les soins » dans une prise en charge relationnelle centrée sur le confort, l'écoute, l'humanité »* Or, la douleur induite devrait être prise en charge en intégrant ces deux pensées. En effet, il n'y a pas que le ressenti physique mais aussi le côté émotionnel à prendre en soin comme il a été vu précédemment dans les différentes composantes de la douleur. Il est donc important d'apporter des précisions sur le vécu douloureux.

3.2.4. Le vécu douloureux

Comme vu auparavant, l'ensemble des soins provoquant une douleur induite sont habituels pour les infirmiers. *« il n'est pas rare, lorsqu'une personne se plaint de douleur lors de la réfection d'un pansement, par exemple, qu'elle soit peu entendue »* (Chauffour-Ader C., Daydé MC., 2016). Cependant, ce qui est identifié comme non douloureux pour le soignant, l'est peut-être pour le patient. Cette non prise en compte de l'expérience du patient lors de ce soin aura des conséquences néfastes sur le vécu douloureux.

De plus, *« la dynamique actuelle qui sous-tend d'être rapide, efficace entraîne les soignants dans des modes relationnels inadaptés, standardisés ce qui les met à l'abri d'une entrée en relation avec le patient et qui bien souvent fait de ce dernier, non plus un acteur de soin, mais un objet de soin. »* (Blanchon C., Moreaux T., p231, 2014). La prise en soin singulière du patient en tant que sujet, non pas comme objet, est donc primordiale pour traiter les douleurs induites, le vécu douloureux et pour ne pas déshumaniser les soins.

En effet, une douleur non traitée, non considérée peut avoir des répercussions sur le soin lui-même et sur la relation de soin : *« ces actes quotidiens ou pluriquotidiens, peuvent très vite devenir source d'anxiété, de peur, de rupture de communication dans la relation soignant-soigné »* (Blanchon C., Moreaux T., p231, 2014). Ils ajoutent que cette situation, qu'elle soit ponctuelle ou régulière, peut entraîner *« une lassitude, de l'agressivité, un refus de soins »* (p.231) et peut *« installer une anticipation anxieuse et douloureuse de nouveaux gestes ainsi qu'une mémorisation qui favorisera une chronicisation de cette douleur »*. (p. 231).

De plus, Adrien Ménard écrit *« la douleur agit comme un facteur de stress et d'anxiété, qui à leur tour potentialise l'effet algique, ce qui augmente le risque de détresse émotionnelle et plonge le patient dans un cercle vicieux dont il est prisonnier. »* (p.251, 2014).

Hans Selye, médecin québécois, a défini le stress *«comme la réaction de l'organisme face aux modifications, exigences, contraintes ou menaces de l'environnement en vue de s'y adapter »* Ces réactions sont donc un processus d'adaptation pour le patient lorsqu'il ressent une douleur.

La prise en charge de l'anticipation anxieuse est donc indispensable pour soulager la douleur et sortir le patient de ce « cercle vicieux ».

Ce vécu douloureux est la conséquence de la mémoire de la douleur.

3.2.5. La mémorisation de la douleur

Bertrand Lionet écrit dans Clinique et psychopathologie de la douleur (2020) *« les auteurs et professionnels s'accordent sur l'idée que la douleur laisse des traces en mémoire, des empreintes ou des souvenirs qui concernent différents niveaux de conscience de l'être humain »* (p115 à 116). La compréhension des mécanismes de mémorisation de la douleur est donc nécessaire pour appréhender l'importance du vécu douloureux.

Bernard Laurent, professeur en neurologie et président du Conseil scientifique de la Fondation APICIL dans « Idées reçues sur la douleur » explique que la mémorisation et le souvenir de la douleur est un phénomène compliqué à comprendre. En effet, il écrit que chaque individu mémorise une douleur aiguë. Il donne l'exemple de l'accouchement et d'une fracture, des expériences douloureuses pouvant être contés à partir du contexte. Cependant, il serait impossible de revivre la sensation physique. Il met à distance cette précédente hypothèse :

« lors de la réapparition de la même douleur comme par exemple une colique néphrétique ou hépatique, elle est immédiatement reconnue ce qui prouve qu'elle a été stockée dans notre mémoire » (2022, p.57). Cette comparaison montre la complexité du souvenir douloureux. Pour expliquer la mémorisation, il va décrire ces mécanismes avec deux approches différentes : biologique et psychologique.

Tout d'abord, il écrit « la mémoire d'une douleur aiguë comprend les mécanismes de sensibilisation c'est-à-dire des phénomènes biologiques qui perdurent après l'agression » (p.58). Cette sensation physique laisse des traces. Il énumère plusieurs phénomènes « des mécanismes neuronaux et biologiques (« soupe inflammatoire », sensibilisation des nocicepteurs, modification des canaux ioniques des nerfs sensitifs, modification des centres de la douleur dans la moelle épinière et transformations du système nerveux central d'un état basal à un état sensibilisé) » (p.58) Ces derniers seraient responsables d'une plasticité au niveau du système d'intégration de la douleur, qui se rajouteraient à l'histoire douloureuse et aux différentes thérapies administrées. Il ajoute « Le système nociceptif est probablement soumis à une « finalité » d'oubli de la douleur, mais tout stimulus douloureux entraîne des modifications neurochimiques et synaptiques durables du système nerveux central » (p.58). Les différentes douleurs ressenties sont donc stockées au niveau du système nerveux et sont réactivées lors de stimuli douloureux, et permettent à l'individu de les reconnaître.

Ensuite, il parle de mémoire explicite de la douleur. Il la décrit comme « une mémoire biographique du contexte et de l'émotion beaucoup plus qu'une description somatique précise : évocation des médicaments, des médecins, de l'hôpital, de l'intensité avec les chiffres des échelles de douleur alors que la topographie précise ou les descripteurs sensoriels physiques sont imprécis » (p.59). Pascale Wanquet-Thibault écrit dans « Douleurs liées aux soins » (2015) que cette mémoire « correspond aux souvenirs dits conscients, ceux que l'individu est capable de raconter » et ajoute « les souvenirs même conscients sont modifiés, en particulier en fonction de l'impact émotionnel de l'évènement vécu » (p.7).

Bernard Laurent explique qu'au moment où il est demandé à un patient de décrire une douleur ancienne, l'intensité de cette dernière sera retenue alors que l'aspect temporel sera surévalué. Cependant, le moment où le souvenir est demandé changera l'interprétation du souvenir : « les distorsions de mémoire surviennent principalement chez les patients qui continuent de

souffrir alors que ceux qui sont indolores au moment du rappel décrivent mieux la douleur initiale même à plusieurs jours ou semaines d'intervalle » (p.59 à 60). La sensation douloureuse et le contexte émotionnel modifieraient donc le souvenir d'une ancienne douleur.

Le troisième type de mémoire est l'implicite. Pascale Wanquet-Thibault, écrit « *la mémoire implicite correspond aux souvenirs intégrés par le corps et le cerveau mais que l'individu n'est pas en mesure de raconter* » (p.7). Bernard Laurent lui écrit que cette mémoire est une « *véritable empreinte inconsciente* » (p.61).

Le contexte d'une ancienne douleur aiguë serait responsable de « *comportements d'évitement ou d'angoisse, des automatismes médicamenteux, des verbalisations stéréotypées* » (p.60) lors des soins suivants. Il donne l'exemple d'un nourrisson ayant subi une circoncision sans analgésie. Ce dernier sera beaucoup plus craintif et aura des réactions d'anticipation plus importantes lors des soins futurs comme les vaccinations. Pascale Wanquet-Thibault, en prenant le même exemple, explique que « *les bébés qui n'ont pas bénéficié de mesures de prévention de la douleur pour le déroulement du premier geste présentent donc des signes de sensibilisation mais, surtout, perçoivent l'environnement sur le plan émotionnel en lien avec la réalisation d'un soin différent du premier alors qu'ils sont incapables de raconter l'événement* » (p.7). La prévention, le traitement de la douleur et l'accompagnement du vécu douloureux sont donc primordiaux pour que le soin se déroule de la meilleure des manières et qu'il n'ait pas de répercussions sur les prochains.

3.2.6. La prise en charge des douleurs induites et du vécu douloureux

D'après Claire Chauffour-Ader et Marie-Claude Daydé, dans « Comprendre et soulager la douleur » ont écrit : « *Évaluer et prévenir la douleur est en premier lieu le témoignage du souci d'autrui, de la personne douloureuse, qui attend des soignants qu'ils prennent soin d'elle.* » (p.53) Il est donc important d'évaluer la douleur, ce serait le moyen de montrer au patient que ce qu'il ressent ne nous est pas indifférent. De plus, elles notent qu'il est attendu d'un soignant de prévenir et d'évaluer la douleur. En effet, d'après le Code de santé publique (CSP), l'article R. 4311-2 paragraphe 5, l'infirmière se doit « *de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes,* ». L'article R. 4311-5 précise que l'infirmière doit faire le « *recueil des observations de toute natures susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé*

de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance (...) dont l'évaluation de la douleur ». L'évaluation de la douleur est donc une obligation de la part d'un soignant.

D'après les auteures précédentes, l'évaluation de la douleur « *permet de tenter d'objectiver le vécu douloureux du patient et de donner des repères aux équipes soignantes, notamment aux médecins, pour comprendre la douleur du patient et initier ou adapter un traitement* » (p.53). En effet, David Le Breton écrit dans la revue « L'information psychiatrique » : « *La douleur ne se prouve pas, elle s'éprouve* » (2009, p.355) Cette sensation est personnelle et personne ne peut savoir avec exactitude ce qu'il ressent. S'il dit qu'il souffre, il doit être cru et recevoir le traitement nécessaire. L'évaluation serait donc un outil de soin indispensable au traitement de la douleur, elle permet de comprendre un ressenti subjectif.

Pour l'évaluer, il faut prendre en compte plusieurs éléments : La localisation, l'intensité, la temporalité, ses manifestations comme les signes (picotements, brulures) et le lien avec certains événements. Il existe de nombreuses échelles en fonction de la compréhension et l'état du patient. Il existe trois types d'échelles : les échelles unidimensionnelles, multidimensionnelles et spécifiques à la pédiatrie. Les plus utilisées sont l'échelle d'Évaluation Numérique (EN) et l'Échelle Visuelle Analogique (EVA). Ces évaluations permettront de traiter la douleur. Pascale Wanquet-Thibault dans « Douleurs liées aux soins » (2015) écrit que cette évaluation doit être réalisée avant, pendant et après le soin, qu'elle doit être tracée dans le dossier du patient car elle permettra de réadapter les traitements si nécessaire.

Il faut également prévenir et traiter la douleur. Claire Chauffour-Ader et Marie-Claude Daydé ont écrit « *la douleur induite, le plus souvent aiguë et de courte durée, peut être prévenue par des thérapeutiques mais aussi par des attitudes soignantes compétentes et adaptées visant à prendre soin de la personne* » (p.130, 2016). Il y aurait donc les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses et des attitudes soignantes.

- **Les traitements médicamenteux**

Il existe de nombreux traitements médicamenteux mais je vais en citer que quelques un. La plupart des antalgiques sont classés dans les différents niveaux créés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- Le pallier 1 (antalgiques non opioïdes) pour les douleurs faibles à modérées. Dans ce pallier, on peut y retrouver le paracétamol, les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) et l'aspirine.
- Le pallier 2 (antalgiques opioïdes faibles) pour des douleurs d'intensité moyenne à forte. On peut citer le tramadol et la codéine.
- Le pallier 3 (antalgiques opioïdes forts) pour des douleurs de forte intensité. Les morphiniques en font partie.

Le mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) qui entraîne une analgésie et une sédation consciente ou encore les anesthésiques locaux comme le patch EMLA® (lidocaïne et prilocaïne) peuvent-être cités comme exemples de prévention médicamenteuse. Toutes ces thérapeutiques sont administrées sur prescription médicale. Cependant, il existe plusieurs thérapeutiques non médicamenteuses pouvant être utilisées sans prescription avec une formation.

- **Les thérapeutiques non médicamenteuses**

Pascale Wanquet-Thibault écrit « *la douleur est un phénomène complexe, elle relève le plus souvent d'un traitement multimodal, c'est-à-dire de l'association d'un ensemble de moyens qu'il soit médicamenteux (...) ou non médicamenteux* » (p.125), d'où l'intérêt de développer sur les thérapies alternatives. Dr Béatrice Paquier dans « Idées reçues sur la douleur » (2019) explique que lorsqu'elles sont en complément des traitements médicamenteux, elles « *offrent la possibilité d'éviter l'escalade thérapeutique et de lui rendre sa juste place* » (p.154). Les antalgiques seraient peu efficaces s'ils ne sont pas associés avec d'autres moyens.

Pascale Wanquet-Thibault cite trois types : « *les moyens physiques et physiologiques, les méthodes cognitivo-comportementales et les pratiques psychocorporelles.* » (p.101).

- Les moyens physiques et physiologiques permettraient de limiter les principes des mécanismes de la douleur. Il y aurait le gate control, toucher ou encore le massage.
- Dans les méthodes cognitivo-comportementales, il faut s'appuyer sur les thérapies cognitivo-comportementales.
- Les pratiques psychocorporelles utilisent le corps comme médiateur vers le psychisme. Elle cite la distraction, la sophrologie et l'hypnose.

Carine Blanchon et Thierry Moreaux écrivent dans « Hypnoanalgésie et hypnosédation: En 43 notions » (2014) que « *L'hypnose va permettre cette relation, ce lien et, utiliser au cours des soins quotidiens ou itératifs, donner la possibilité de modifier la perception d'un vécu qui pourrait être douloureux et augmenter le seuil de tolérance de la douleur* » (p.234). Elle permettrait donc d'améliorer la relation soignant-soigné mais également une confiance réciproque. De plus, elle agit « *sur la modulation du stress et de l'anxiété qui sont des facteurs aggravants de la perception douloureuse.* » (p.235).

- **Les attitudes soignantes**

Béatrice Paquier écrit « *Prendre soin et soulager la douleur passe par l'écoute du patient, se rendre disponible pour l'entendre et reconnaître sa douleur* » (p.149) En effet, il est important de montrer au patient qu'on se soucie de lui. Claire Chauffour-Ader et Marie-Claude Daydé confirment en écrivant « *l'écoute et la dimension relationnelle font donc partie intégrante du soin et revêtent un intérêt particulier dans le cadre de soins potentiellement douloureux* » (p.131). Pour elles, il est nécessaire de prendre soin. Elles écrivent « *Prendre soin ne se réduit pas à un acte technique, même s'il doit être parfaitement maîtrisé, et la relation interpersonnelle que constitue la relation soignant-soignée a une incidence sur le ressenti du patient quant à la douleur induite* » (p.130). L'intérêt ici serait donc de donner du sens à ce que nous faisons et de ne pas oublier l'accompagnement.

Elles notent également l'importance de l'information sur le déroulé du soin qui améliorerait la relation de confiance et donc réduirait l'anxiété qui à son tour modulerait la perception douloureuse.

Pascale Wanquet-Thibault écrit : « *l'attention que peut porter le soignant au patient, sa disponibilité au moment du soin, sa capacité d'empathie sont des éléments primordiaux dans*

la relation qui s'instaure au moment du soin » (p.11) Elle met aussi en évidence la nécessité de l'accompagnement mais donne une autre notion qui est l'empathie.

Carl Rogers, psychologue humaniste, définit l'empathie comme *« percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du «comme si» »* (cité par Édith Simon, p.29, 2009). Être empathique, c'est donc comprendre ce que ressent l'autre comme si on le vivait sans pour autant souffrir avec la personne concernée. Pour Jacques Lecomte, être empathique c'est trois paramètres :

- *« se mettre véritablement à l'écoute du patient, en l'invitant à exprimer sa douleur, mais aussi son vécu émotionnel »*
- *« L'empathie s'exprime également par le comportement non verbal (regarder dans les yeux, se pencher vers la personne, hocher la tête, approcher un verre d'eau, poser la main sur le bras, etc.). »*
- *« utiliser un langage accessible au patient »* (Lecomte, 2011)

Il cite les paroles d'une patiente concernant l'influence de l'empathie sur ses douleurs : *« J'ai vraiment eu l'impression que pour une fois elle était prise en compte. Le seul fait d'être écouté l'a diminuée. »* (p.4)

D'où l'importance d'être empathique pendant un soin douloureux.

En effet, Camille Fauchon, chercheur à la centrale de la douleur chez l'Homme au Centre de recherche en neurosciences de Lyon, a constaté, lors d'une étude en 2019, que l'empathie exerçait une réelle influence sur la perception douloureuse. Lors de stimulus douloureux, il a remarqué que l'intensité de la douleur diminue de 12% lorsque la personne entend des phrases empathiques. Cette diminution de la sensation douloureuse s'observe même sur des imageries cérébrales à partir de clichés issus d'IRM fonctionnelle.

La prise en charge de la douleur induite passerait donc forcément par la prise en charge du vécu douloureux. En effet, l'accompagnement du patient pendant cet instant de vulnérabilité serait indispensable pour que l'intensité de la douleur diminue mais également qu'il vive le soin de la meilleure des manières. De plus, il existe de nombreux moyens pouvant être mis en place pour soulager le patient.

L'ensemble de ces recherches théoriques m'ont permis de mieux comprendre les différents thèmes de ce travail et d'affiner ma réflexion autour de ce sujet.

4. Enquête exploratoire

Afin d'approfondir mes recherches, j'ai réalisé sur le terrain une enquête exploratoire. Pour cela, j'ai utilisé un outil adapté auprès des professionnels de santé concernés dans des services de soins appropriés à ma situation. Cette dernière m'a permis de recueillir des informations pertinentes à mes interrogations.

4.1.Méthodologie

4.1.1. Présentation de l'outil

Pour réaliser cette enquête exploratoire, j'ai utilisé des entretiens semi-directifs et individuels. C'est une étude qualitative. Cet outil permet d'obtenir des réponses fiables et propres à chaque soignant interrogé. En effet, j'ai pu obtenir la réflexion personnelle de la personne sans qu'elle soit influencée.

Ces entretiens devaient avoir lieu de préférence dans un endroit calme où il y a peu de passage, pour qu'il y ait moins de chances que l'infirmier soit dérangé.

Le contenu de l'entretien a été enregistré à l'aide de mon téléphone portable avec l'accord du soignant. L'enregistrement m'a permis de le retranscrire à l'écrit dans mon travail de fin d'études en garantissant une fiabilité des propos exprimés par la personne interrogée.

De plus, pour garantir l'anonymat de l'infirmier, les noms des interrogés ont été modifiés au moment de la retranscription.

4.1.2. Population choisie

J'ai interrogé des infirmiers. En effet, ils sont les soignants les plus à même de répondre à mes questions concernant l'impact des émotions du soignant sur le vécu douloureux lors d'une douleur induite. En effet, ils réalisent beaucoup de soins provoquant une douleur induite. Ils sont également mes pairs et je tends à obtenir des compétences similaires.

J'ai interrogé 4 infirmières. Deux ont moins de 3 ans d'expérience et les deux autres en ont plus de 3. En effet, il est intéressant d'analyser l'influence de l'expérience sur leur représentation des douleurs induites et des émotions pendant ces soins. Ensuite, parmi elles, j'ai interrogé une infirmière qui possède un diplôme universitaire (DU) « Douleur » pour

savoir si l'apport de connaissances dans ce domaine influe la prise en charge du vécu douloureux et de la douleur induite.

De plus, j'ai réalisé ces entrevues avec des personnes dans différents lieux d'exercice. En effet, en fonction des services, leurs avis peuvent diverger.

4.1.3. Lieux d'investigation

Il est nécessaire dans ce sujet de réaliser des entretiens dans des services où l'on dénombre une grande quantité de soins provoquant des douleurs induites. J'ai donc choisi de réaliser mon enquête exploratoire dans un service de chirurgie orthopédique car les infirmiers y font des pansements tous les jours, par exemple. Ensuite, j'en ai réalisé un dans un service d'hématologie qui en dénombre tout autant. Le dernier s'est déroulé avec une infirmière exerçant en soins palliatifs. En effet, il est intéressant de corréler la spécificité des services avec la prise en charge des douleurs induites et du vécu douloureux en fonction des émotions des soignants.

Ces différents lieux me permettront d'avoir plusieurs points de vue et réflexion autour de mon sujet de mémoire.

4.1.4. Guide d'entretien

Pour réaliser ces entretiens, je me suis appuyée sur un guide d'entretien (Annexe II) que j'ai réalisé en amont. Celui-ci comprend en premier des questions permettant d'établir un talon sociologique pour connaître l'identité de la personne, son année de diplôme, son ancienneté dans le service et les différentes formations sur la douleur s'ils en ont suivies. Cette première partie permet de mettre la personne à l'aise pendant l'entretien et surtout de pouvoir faire les liens entre ces différents éléments et les dires de la personne.

Ensuite, il y a plusieurs questions larges pour éviter d'orienter les réponses abordant les différents thèmes et sous-thèmes évoqués dans mon sujet. Il y a aussi des questions de relance qui permettent à l'infirmier de répondre plus facilement s'il n'y parvient pas. Elles servent également à recentrer la personne interrogée si celle-ci s'éloigne des idées de l'entrevue et donc de garder un fil conducteur à la discussion. J'analyse par la suite les entretiens avec les concepts du cadre de référence.

4.2. Analyse

4.2.1. Présentation de l'échantillonnage

J'ai réalisé quatre entretiens avec des infirmières. Elles ont toutes des profils différents avec la réalisation ou non de formations sur la douleur mais aussi plus ou moins d'ancienneté de diplôme et d'exercice dans leur service respectif.

IDE	Service	Date DE	Ancienneté dans service	Formations sur la douleur
Chloé (IDE 1)	Chirurgie orthopédique	2017	4 ans	Formation interne à l'hôpital
Alice (IDE 2)	Chirurgie orthopédique	2022	1 an et demi	/
Amélia (IDE 3)	Hématologie	2020	3 ans	Formation interne à l'hôpital
Élise (IDE 4)	Soins palliatifs	2006	2015 sur Lyon et 2020 ici	DU douleur Formation en soins palliatifs, huiles essentielles, et massages

4.2.2. Analyse à plat

Le premier entretien que j'ai réalisé était avec Chloé, infirmière diplômée en 2017, travaillant dans un service de chirurgie orthopédique depuis 2020. Elle possède la formation sur la prise en charge de la douleur initiée par son établissement.

Pour elle, les soins douloureux dans son service sont pour la plupart des pansements importants et des soins médicaux comme la réduction d'un membre. Elle explique ressentir de l'appréhension sur la réaction des patients avant de faire un soin douloureux. Les soins envers les jeunes patients ou les personnes ayant des pathologies chroniques et des histoires de vie compliquées sont plus pénibles pour elle. Elle explique être émotive mais arrive à mieux gérer ses émotions avec l'expérience. Le vécu douloureux du patient aurait pour elle des conséquences sur les soins futurs et pourrait même mener à une peur de l'équipe soignante ou de la personne qui l'a réalisé. Pour accompagner le patient, elle va surtout lui expliquer le

dérouler du soin, reporter le soin si besoin et lui administrer des thérapeutiques médicamenteuses. Pendant le soin, elle peut réaliser un toucher massage. Lors de l'entretien, elle paraissait gênée à expliquer ses ressentis et émotions.

Le deuxième entretien s'est déroulé avec Alice qui est infirmière depuis 2022 et qui travaille en chirurgie orthopédique depuis 2 ans. Elle est la plus jeune et celle qui a le diplôme le plus récent des quatre infirmières interviewées. Elle n'a suivi aucune formation sur la douleur. Pour elle, il y a beaucoup de soins douloureux dans son service. Elle cite les prélèvements sanguins, les poses de cathéter, des pansements, les mobilisations, la toilette, les déplacements ou encore les installations au repas. L'émotion qu'elle ressent avant de faire un soin douloureux est principalement de l'appréhension mais qui s'est estompé avec son expérience et les soins douloureux qu'elle qualifie d'habituels. Elle explique ressentir beaucoup d'impuissance vis-à-vis des dysfonctionnements institutionnels et sur son manque de formation. Ces derniers auraient un impact sur la douleur du patient. Elle qualifie certaines situations de soins comme touchantes et ressentirait parfois de la compassion. Sa gestion des émotions serait influencée par l'état du patient en face d'elle mais ce serait surtout améliorer au fil des années avec l'expérience. Elle placerait une forme de barrière pour éviter de paraître trop affectée par des situations de soins et essaie d'adapter son comportement pour accompagner un patient ayant un vécu douloureux. Pour elle, l'élément le plus important est l'explication du déroulé en amont du soin.

Le troisième entretien, je l'ai réalisé avec Amélia, infirmière diplômée en 2020 et travaillant en hématologie depuis 3 ans. Elle a suivi la formation interne à l'hôpital sur la prise en charge de la douleur. Pour elle, les soins douloureux sont principalement les soins médicaux comme les myélogrammes ou les ponctions lombaires. Elle cite le prélèvement sanguin ou la pose de cathéter veineux périphérique comme exemple avec une patiente spécifique. Les principales émotions qu'elle ressent avant de faire des soins douloureux sont de la frustration et de l'impuissance. Elle explique ce ressenti par son manque de formation et d'expérience vis-à-vis de la prise en charge de la douleur et de ne pas pouvoir toujours prévenir la douleur. Le vécu douloureux rendrait le patient anxieux avant et pendant le soin. Elle a l'impression qu'il y a une mémoire de la douleur qui créerait un milieu anxigène et aurait un impact sur les soins suivants. Le patient aurait tendance à se raidir avant même l'explication du soin, ce qui rendrait la réalisation du soin plus compliquée. Pour accompagner le patient ayant un vécu

douloureux, elle explique le soin avant sa réalisation, propose au patient le moment de la journée, lui laisse le choix du médecin et de l'infirmière pour l'accompagner et lui propose divers traitements médicamenteux ou non médicamenteux s'il y a des personnes formées. Pendant le soin, elle sera surtout là pour rassurer et communiquer avec le patient.

J'ai réalisé le dernier entretien avec Élise, 43 ans, diplômée infirmière en 2006. Elle travaille en soins palliatifs depuis 2015 et dans le service de soins palliatifs actuel depuis 2020. Elle a réalisé un DU sur la douleur il y a un an. Elle possède d'autres formations comme sur les soins palliatifs, les huiles essentielles et les massages. Pour elle, les soins les plus douloureux sont les toilettes car elles impliquent des mobilisations qui rendent les patients algiques. Elle cite également les prises de sang mais explique que dans le service, ils pratiquent peu de soins invasifs. Avant de réaliser des soins douloureux, elle dit avoir peur et même parfois d'être angoissée. Elle réalise une préparation psychologique en essayant de se convaincre que le soin douloureux se déroulera correctement. Cependant, elle raconte que les émotions négatives ressenties comme le stress pendant la réalisation d'un soin vont être transmises au patient. Cette transmission rendra le soin plus difficile à l'effectuer. Le vécu douloureux du patient exercerait également une influence sur le déroulé du soin selon elle. Si le soin douloureux se répète trop fréquemment, le patient refuserait ce dernier ou même qu'on le touche. Elle explique que ce vécu douloureux serait la conséquence de la mémoire de la douleur et que l'approche du soignant serait responsable d'une mauvaise mémoire de la douleur.

Pour la prise en charge des douleurs induites et du vécu douloureux, elle utilise des traitements antalgiques et anxiolytiques sous prescriptions médicales. Pour elle, l'importance et de connaître les délais et temps d'action des différents médicaments pour pouvoir prémédiquer et planifier le soin de son patient. Elle place une grande importance de la prise en soin des patients par le travail en binôme qu'elle trouve indispensable en soins palliatifs et pour le traitement de la douleur. En effet, avec l'aide-soignante, elles utilisent surtout la distraction avec l'humour, les discussions et en utilisant les centres d'intérêt du patient. Elles font beaucoup appel à la musicothérapie.

4.2.3. Analyse croisée

Maintenant que j'ai trié les éléments du talon sociologique dans un tableau et que j'ai effectué la même chose avec les différents discours des infirmières (Annexe VII), j'ai pu faire ressortir neuf thèmes différents à travers les quatre entretiens : la représentations des soins douloureux, les émotions du soignant avant un soin douloureux, la gestion des émotions du soignant, l'impact de la gestion des émotions du soignant sur le soin, l'impact du vécu douloureux du patient sur le soin, l'expérience et la formation, l'influence de l'âge du patient, la prise en charge du vécu douloureux et le travail en équipe. Je vais donc croiser les entrevues des quatre infirmières pour les analyser et émettre des hypothèses.

- La représentation des soins douloureux.

Lors de la première question qui demandait les différents soins douloureux effectués dans leur service respectif, les quatre infirmières n'identifient pas les mêmes soins.

En effet, Chloé qualifie comme soins douloureux les actes suivant : *« les réductions euh... de fracture, donc souvent les épaules euh...les... ouais souvent c'est les épaules parce que les membre inf.... euh... souvent ils sont faits au bloc hein. Après on peut avoir des pansements, euh... des pansements type... les VAC, fin voilà les... gros pansements on va dire. »* (IDE 1, L19-22). Il est étonnant qu'elle cite les réductions des membres sachant qu'elle ne les voit pas. En effet, elle précise que ces soins sont réalisés au bloc opératoire.

Amélia cite les ponctions lombaires et les myélogrammes. Elle nuance ses propos en citant une patiente pour qui les prises de sang et les poses de cathéter étaient douloureux. Deux d'entre-elles pensent donc en premier aux soins médicaux. Elles me parlent tout de même de soins infirmiers comme les pansements et certains soins invasifs.

Cependant, Alice qui exerce dans le même service que Chloé, n'a pas désigné les mêmes actes. Elle parle des soins invasifs comme les ponctions veineuses, la pose de cathéter veineux périphérique mais aussi des soins quotidiens tels que la toilette, les mobilisations et les déplacements : *« rien que même la toilette, la toilette finalement va être un soin assez douloureux parce que le patient avec ses fractures a beaucoup de difficulté à se mobiliser »* (EIDE 2, L20-22). En effet, un patient ayant subi une chirurgie orthopédique aura plus de difficultés à se mobiliser puisque cette dernière aura des répercussions sur son appareil locomoteur.

Élise a identifié les mêmes soins qu'Alice : les soins invasifs qu'elle qualifie comme peu courant dans son service et les mobilisations lors des toilettes. Élise, travaillant en soins palliatifs, prend en charge des patients qui souffrent souvent de douleurs chroniques. Les mobilisations potentialisent donc l'effet algique.

Nous pouvons observer que l'ensemble des infirmières citent des soins qu'elles réalisent ou assistent quotidiennement. Elles sont donc conscientes que les soins qu'elles effectuent peuvent être douloureux. Chloé et Amélia ne parlent cependant pas des mobilisations. Nous pouvons émettre comme hypothèse que l'habitude et la redondance des soins comme les mobilisations peuvent changer la perception des soins douloureux.

- Les émotions des soignants avant un soin douloureux.

Trois des infirmières interrogées expriment avoir de l'appréhension avant de pratiquer ou d'assister à un soin qu'elles savent douloureux. Élise dit même être parfois angoissée : « *les gens qui sont douloureux c'est beaucoup d'angoisse, voilà le, la peur de faire mal, de mal faire* » (IDE 4, L28-29). Vis-à-vis d'une situation qu'elle m'a racontée, elle m'exprime que toutes ses collègues peuvent aussi avoir peur : « *À chaque fois qu'on savait qu'on allait faire sa toilette, on était toutes euh...un peu flippées quoi* » (IDE 4, L57-58). Alice évoque également l'appréhension.

Cette peur et ce stress sont très certainement causés par la peur de nuire au patient. En effet, personne ne choisit de devenir infirmière pour blesser les autres. Chloé dit avoir peur de la réaction de certains patients « *ils peuvent bah ré réagir euh... je sais pas moi euh... brusquement* » (IDE 1, L34-35). Pour Amélia, c'est surtout de l'impuissance et de la frustration car elle n'aurait pas assez d'outils ou de temps pour pallier la douleur provoquée par le médecin : « *oui de la frustration de ne pas avoir le temps de pouvoir mettre en place tout ce qu'on pourrait mettre en place* » (IDE 3, L23-24). Cette réponse est très certainement différente des trois autres car elle n'a pas la même représentation des soins douloureux mais aussi car elle dit ne pas être assez formée à la prise en charge de la douleur « *je n'ai pas la, de formation qui peut me permettre de lui proposer autre chose.* » (IDE 3, L61-62). Ce sentiment pourrait être relié à la peur de faire mal au patient.

Nous pouvons donc observer que toutes les infirmières ressentent des émotions négatives avant un soin douloureux. En effet, personne ne serait heureux de savoir qu'un patient va souffrir par notre faute ou par celle d'un collègue. Nous en déduisons donc que l'ancienneté

dans le service, les années d'expériences et le service où elles exercent ne jouent pas de rôle dans le ressenti des émotions.

- La gestion des émotions du soignant.

Les infirmières ont un discours similaire sur la gestion des émotions. Chloé explique s'être déjà sentie dépassée par ses émotions « *tu peux avoir les larmes aux yeux, il faut pas le montrer mais des fois, ça nous dépasse quoi...moi ça m'a dépassé* » (IDE 1, L65-66) et ajoute la nécessité de prendre sur soi. Alice sous-entend aussi être parfois submergée « *Forcément on est obligé de prendre un peu sur nous et d'essayer d'y aller quand même.* » (IDE 1, L118-119) et ajoute également « *Tu te crées une sorte de barrière* » (IDE 2, L126). Nous pouvons observer chez ces deux infirmières, la notion de prendre sur soi. Les émotions ne sont donc peut-être pas gérées mais simplement réprimées par la création d'une barrière émotionnelle entre elles et le patient. De plus, Amélia dit « *Après normalement c'est pas censé, en tout cas tes émotions sont pas censées intervenir dans ta... dans ta prise en charge.* » (IDE 3, L31-32). Nous pouvons noter ici une forme d'interdiction de ressentir des émotions avec le patient. Les trois infirmières essaient sûrement de ne pas montrer leurs émotions pour se protéger de la réaction du patient et celle de leurs collègues. En effet, ce n'est peut-être pas vu comme professionnel de laisser transparaître ses émotions.

Cependant, Élise ne parle pas de barrière mais de préparation : « *En fait de te préparer psychologiquement à ce que tu vas faire.* » (IDE 4, L40-41) en se disant « *je vais faire quelque chose de bien, ça va bien se passer !* » » (IDE 4, L151-152). Elle essaie de se convaincre grâce à une technique cognitive dans le but de se rassurer et de faire diminuer l'intensité de l'émotion. Elle évite donc de montrer ses émotions.

Finalement, aucune d'entre elles ne se permet de ressentir ou d'exprimer ses émotions. Nous pouvons souligner l'utilisation de la même expression « prendre sur soi » par Chloé et Alice qui travaillent dans le même service. On peut supposer que dans ce service, la norme émotionnelle est de ne pas montrer ce que nous pouvons ressentir. La façon de gérer ses émotions serait peut-être dictée par l'environnement dans lequel les soignants évoluent

- L'impact de la gestion des émotions du soignant sur le soin

Dans cette partie, nous pouvons observer trois discours différents. Chloé n'a pas su répondre à la question : « *le soin mais après euh... en émotion je vais dire... c'est compliqué... euh... je sais pas* » (IDE 1, L41-42). Ses émotions ont été un sujet compliqué à aborder, elle n'était pas à l'aise à l'idée d'en parler.

Ensuite, pour Amélia, c'est surtout le manque d'expérience, de formation et d'habitude de prendre en charge des patients algiques qui vont avoir une influence sur ses émotions : « *Je pense que ça peut euh...ça peut y jouer, mais pareil par manque de...enfin l'émotion que, que ton manque d'expérience et de formation va...La place que ça va prendre sur tes émotions* » (IDE 3, L35-37) ; « *si t'as des compétences adaptées euh... tu vas être plus à l'aise à gérer une situation euh... où le patient il est douloureux si c'est quelque chose que tu as l'habitude...On le voit chez des personnes qui sont par exemple en oncologie dans le service à côté qui ont l'habitude de gérer ces prises en charge, ils sont plus à l'aise parce qu'ils ont plus d'expérience dans ce domaine* » (IDE 3, L44-48). Ainsi Amélia n'est pas forcément à l'aise lors des soins douloureux car elle manquerait de formation et n'aurait pas l'habitude des prises en charge des douleurs induites. Ces dires sont étonnants car elle a cité plusieurs soins douloureux dans sa pratique courante.

Alice dit « *Le fait que je sois un peu plus stressée de par ce soin, ben je vais avoir plus de mal à piquer correctement* » (IDE 2, L89-90). Ses émotions vont donc surtout avoir un impact sur l'exécution du soin.

Pour Élise, c'est la notion de transmission des émotions qui intervient dans le soin. « *les émotions ça se transmet, et si toi tu arrives euh... ben que t'es déjà anxieux ou que tu, t'es tremblotant, tu te dit « je vais pas y arriver », que si psychologiquement toi t'es pas préparée à, à faire ton soin, forcément tu vas euh...transmettre la chose aux patients et du coup ça va mal se passer* » (IDE 4, L36-39). Ensuite, elle explique qu'avec les patients hyperalgiques et ayant un vécu douloureux important, elle va avoir une autre approche : « *on voyait qu'il était crispé tout ça et du coup c'était toujours enfin...On prenait tout à la pincette* » (IDE 4, L48-49), « *on l'abordais d'une façon différente ouais.* » (IDE 4, L61).

Nous pouvons penser qu'avec l'expérience et l'acquisition de connaissances, le soignant est moins porté sur l'exécution du geste mais plus sur le transfert d'émotions que le patient pourrait recevoir. De plus, il serait plus à l'aise dans ces soins-là. En effet, Élise possédant un

DU douleur et 18 ans d'expérience ne parle pas de la qualité technique du soin. Le soignant expérimenté, vu qu'il maîtrise le soin, serait peut-être plus à l'aise.

- L'impact du vécu douloureux du patient sur le soin

Pour l'ensemble des infirmières interrogées le vécu douloureux du patient aurait un impact négatif sur le soin.

Chloé, Amélia et Élise parlent d'une appréhension des soins par le patient. Amélia dit que le *« soin qu'il a vécu euh ben de façon douloureuse, il va forcément être anxieux pour le prochain soin, forcément aussi être euh, dans l'appréhension oui de, de ressentir une douleur et des fois il a l'impression d'avoir mal avant même de commencer. Enfin vraiment on dirait que... il a la mémoire de sa douleur qui est toujours là »* (IDE 3, L71-74). Élise aussi évoque la mémoire de la douleur : *« Après ça dépend comment se sont passées leurs prises de sang euh... Comment le soignant a, a abordé la chose mais c'est vrai que... Le patient il se souvient, enfin il garde en mémoire »* (IDE 4, L68-70). Cette mémoire de la douleur pourrait être responsable, selon Amélia, de l'apparition d'une douleur précoce ou imaginée. Élise fait le même constat : *« parce qu'il sait qu'il va avoir mal quoi ou voire même il s'est dit qu'il va avoir mal, donc il va avoir mal »* (IDE 4, L78-79). Pour elle, le patient pourrait même créer sa douleur : *C'est lui qui va se la créer tout seul parce qu'il a vécu une fois donc du coup ben forcément la deuxième, ça sera pareil. Bah non en fait »* (IDE 4, L83-84). Amélia et Élise sont les deux seules à identifier ou à se questionner sur la mémoire de la douleur. Nous pouvons relier ces propos par leur lieu d'exercice. En effet, toutes les deux travaillent respectivement en hématologie et en soins palliatifs. Elles prennent donc en charge des personnes ayant des pathologies chroniques et nécessitant de nombreux soins au long cours, il est donc logique qu'elles aient pu identifier cette notion de mémoire de la douleur.

Trois d'entre elles parlent des conséquences du vécu douloureux sur l'environnement et le patient. Chloé parle d'un changement de représentation de l'équipe soignante par le patient : *« Il peut avoir euh... peur de nous, peur c'est un grand mot mais fin tu vois euh... il peut avoir peur, être... avoir des... bah une mauvaise image de, on va dire sur euh voilà fin sur la, l'infirmière, la personne en question et l'équipe en générale. »* (IDE 1, L101-103). Le vécu douloureux aurait donc peut-être un impact sur la relation de confiance soignant-soigné. En effet, si le patient voit les soignants comme des personnes qui lui font mal, il ne voudra plus être approché. Élise fait même part d'un possible refus de soin : *« le problème c'est que si*

c'est répétitif euh au bout d'un moment le patient il va nous dire « Stop, me touchez plus » » (IDE 4, L64-65). Chloé ajoute : « il peut pleurer, il peut s'énerver, il peut euh..., il peut crier » (IDE 1, L104-105). Ce vécu douloureux pourrait ainsi engendrer des émotions négatives et des réactions brutales chez le patient. Amélia décrit un changement d'environnement : « Enfin ça crée euh..., un milieu anxiogène pour euh, pour le déroulé du soin. Ils arrivent euh, enfin on a même pas le temps d'expliquer que, de suite il va se raidir, ça va pas faciliter la tâche au médecin, ça facilite pas non plus la tâche à l'infirmière euh, qui l'accompagne. » (IDE 3, L74-77). Elle aussi parle des réactions du patient qui changeraient au moment du soin. Ces dernières ne faciliteraient pas l'accompagnement, le patient ne serait sans doute pas accessible à la réassurance.

L'exécution du geste serait aussi mise à mal selon Amélia. Alice se penche également sur ce sujet. L'état émotionnel du patient jouerait comme vu plus haut sur sa dextérité : « si face à moi j'ai quelqu'un de vachement détendu, qui n'a pas peur d'être piqué, qui est vachement serein, ben par conséquent et par reflet de lui, je suis aussi plus sereine. Donc je le piquerai beaucoup plus facilement que quelqu'un qui sera crispé, qui aura peur d'avoir mal » (IDE 2, L85-88)

Nous pouvons en déduire que le vécu douloureux influence l'exécution du geste par l'infirmier surtout pour les moins expérimentés comme Alice ici.

Cependant, nous notons que importe l'expérience, le service et les formations suivies, elles repèrent toutes des impacts négatifs du vécu douloureux sur le soin. Les notions sur cette thématique sont cependant mieux apportées par Élise, la plus expérimentée et formée des quatre.

- L'expérience et la formation

La formation et l'expérience sont des notions qui ont été beaucoup apportées spontanément par trois des infirmières alors que je ne les ai pas abordées. Il me paraît donc important d'en faire une partie singulière.

Le manque de formation et d'expérience exercerait une influence sur les émotions des soignantes et sur l'efficacité de la prise en charge des patients.

D'après Chloé, « *au fil des années qui passent, on apprend à prendre sur soi.* » (IDE 1, L70).

Alice qui travaille dans le même service dit : « *Je pense que plus tu avances dans la profession plus euh... Tu te crées une sorte de barrière* » (IDE 2, L125-126) et parle d'une perte de sensibilité causée par la redondance des soins et par la présence de la douleur qui serait inévitable. Amélia explique : « *ton manque d'expérience et de formation va...La place que ça va prendre sur tes émotions.* » (IDE 3, L36-37). Le manque d'expérience exercerait donc une réelle influence sur la difficulté de gérer ses émotions.

Cette infirmière parle aussi de la prise en charge de la douleur. Elle ne se sent pas au point sur cet acte : « *On le voit chez des personnes qui sont par exemple en oncologie dans le service à côté qui ont l'habitude de gérer ces prises en charge, ils sont plus à l'aise parce qu'ils ont plus d'expérience dans ce domaine* » (IDE 3, L46-48). Elle se sent impuissante et pointe l'inefficacité de certaines prises en charge par le manque de formation : « *je n'ai pas la, de formation qui peut me permettre de lui proposer autre chose.* » (IDE 3, L61-62). Alice dit : « *je pense qu'on manque un peu de formation, on manque un peu de technique pour, pour euh... pour réussir à dès le premier instant réussir à soulager une douleur* » (IDE2, L53-54). Elle m'explique que pendant un stage auprès de très jeunes patients, ces derniers avaient plus d'appréhension avant un soin douloureux car elle était étudiante. « *de gens très jeunes qui avaient très peur d'être piqués par moi parce que j'étais étudiante* » (IDE 2, L97). Le statut d'étudiant peut donc faire peur aux patients. En effet, ces derniers sont souvent plus anxieux d'avoir mal lorsque le soin est pratiqué par quelqu'un vu comme inexpérimenté.

Nous pouvons expliquer les dires d'Amélia et d'Alice par le fait qu'elles sont les moins expérimentées et celles qui ont suivi le moins de formations voire aucune pour Alice.

Nous pouvons noter qu'Élise est la seule à ne pas mentionner l'influence de l'expérience et de la formation sur la prise en soins de la douleur et du vécu douloureux.

- L'âge du patient sur les émotions du soignant

Deux des infirmières interrogées expliquent que l'âge du patient aurait un impact différent sur leurs émotions. Elles parlent d'enfants ou de jeunes adultes.

Chloé me raconte un stage pendant ses études en soins infirmiers. Elle explique avoir du soigner des patients de son âge, acte qui avait été difficile émotionnellement pour elle. *« c'était des jeunes qui avaient mon âge, euh... forcément tu fais des soins euh bah, ils pleurent, il craquent, il pleurent, bah... ils sont fébriles hein parce que bah forcément c'est difficile »* (IDE 1, L61-63). Elle me confie avoir eu les larmes aux yeux pendant ces moments-là. Nous pouvons supposer que prendre en charge des patients de son âge nous renvoie à nos propres peurs, nous nous mettons plus facilement à la place de ce dernier. Ensuite, elle décrit plus de difficultés à prendre soin d'enfants : *« Fin alors oui tu vois les adultes ça me fait moins mais les enfants tu vois, on aurait des enfants oui, tu vois je serai plus euh... fin euh... où le transfert et tout ça. Mais c'est vrai que les adultes, c'est moins fréquent quand même d'avoir euh... bah tu vois de prendre les choses pour soi »* (IDE 1, L42-45). Nous pouvons penser que cette infirmière a des enfants et que la prise en soin des jeunes patients pourrait la ramener à imaginer les pathologies, maux et difficultés émotionnelles de ces derniers à ses propres enfants. Nous pouvons donc supposer que lorsque nous avons des enfants, il serait plus difficile de prendre soin d'enfants.

Alice nous parle d'également d'un stage qu'elle a effectué auprès de très jeunes patients :

« de gens très jeunes qui avaient très peur d'être piqués par moi parce que j'étais étudiante et c'est vrai que ben... même si on me dit vas-y fais-le. Ben non, pour moi, c'est impossible parce que je me suis dit euh...ben non je, je vais lui faire mal euh, je peux pas piquer quelqu'un qui a peur de se faire piquer » (IDE 2, L97-100). C'est le seul exemple qu'elle m'a rapporté. C'est une situation qui a dû être marquante pour elle. Elle a refusé de faire le soin car elle était très certainement angoissée de faire mal à ces jeunes patients. Nous pouvons supposer que les jeunes patients sont plus compliqués émotionnellement à prendre en charge pour certains soignants.

Amélia et Élise n'en ont pas parlé.

Nous ne pouvons pas émettre d'hypothèse en fonction du tableau sociologique des infirmières réalisé plus haut. En effet, ce ressenti dépendrait de l'histoire de chacun mais aussi du parcours professionnel.

- La prise en charge du vécu douloureux

Les quatre infirmières ont cité plusieurs étapes et manières de prise en charge du vécu douloureux.

En premier lieu, elles donnent toutes des explications avant le soin.

Amélia explique effectuer « *une première approche où on va l'avertir du coup du soin qui va se passer euh... Une explication plus en détail peut-être euh... de ce qu'on peut lui proposer, de ce qui va se passer euh, de ce qui existe du coup euh, pour euh, pour ses douleurs, le laisser choisir peut-être euh le, le temps euh, le moment qu'il veut pour le soin,* » (IDE 3, L89-92). Elle lui propose donc en plus les différentes solutions contre la douleur et lui laisse choisir le moment du soin dans la limite du possible. Cependant, Alice va omettre certains détails : « *jamais trop essayer de trop dire les choses pas, pas leur pas leur dire vous allez avoir très mal* » (IDE 2, L151-152). Elle évite d'expliquer le ressenti douloureux important sûrement pour limiter l'anticipation anxieuse avant l'apparition d'une douleur induite.

Élise évoque surtout de la préparation psychologique du patient avant le soin : « *c'est important de les, de les rassurer au maximum et de dire qu'on va faire euh... le... du meilleur qu'on peut pour éviter qu'il ait mal* » (IDE 4, L80-81). Elle met une place importante sur la réassurance et l'instauration d'une relation de confiance entre elle et son patient. Elle ne leur promet pas qu'ils ne vont pas souffrir pour conserver cette confiance entre eux.

Ensuite, l'ensemble d'entre elles réalise une prémédication.

Chloé administre « *le médicament en fonction de la, du ressenti de la douleur* » (IDE 1, L114) avant le soin. Elle effectue une prévention médicamenteuse la plupart du temps avec des morphiniques et rarement du MEOPA.

Amélia administre également du MEOPA ou des anesthésiques locaux comme l'EMLA® (lidocaïne et prilocaïne) dans certaines situations.

Élise m'explique donner plusieurs traitements différents. « *Tu le prémédiques. Euh... On utilise beaucoup euh... le midazolam pour tout ce qui est anxiété et euh... la kétamine pour tout ce qui est douleur neuropathique. Donc voilà si tu connais les, tes temps euh... d'adaptation des traitements, combien de temps il faut laisser avant, après machin ben du coup tu, tu gères ton planning et puis ça se passera bien quoi* » (IDE 4, L163-169) et « *puis surtout mettre tout en place euh... La morphine enfin tout ce qu'il faut avant euh... c'est au niveau antalgique* » (IDE 4, L146-147). Il y a donc des antalgiques et des anxiolytiques. En

effet, elle dit « *la douleur c'est autant physiologique que psychique et que t'as, fin c'est 70% du, du, du psychologique en fait euh... Du coup si le patient tu le, tu le cadre bien dès le départ c'est, ça va bien se passer voilà.* » (IDE 4, L148-151). Elle complète avec : « *t'as 90% des gens, ils sont sous morphine déjà.* » (IDE 4, L159) Elle doit certainement administrer des interdosages de morphine avant les soins douloureux. Il y a donc également une prévention de l'anxiété qui est une part importante de la douleur pour elle. Elle ajoute l'importance des connaissances en pharmacologie pour organiser et planifier les soins.

Alice parle aussi de prémédication mais ne m'a pas cité les différents traitements qu'elle utilise.

Nous pouvons observer que la morphine est le médicament le plus cité mais certaines en utilisent d'autres. Nous pouvons penser que les traitements choisis relèvent des habitudes de services et des médecins prescripteurs. Il est également important de noter qu'Élise est la seule à citer les différentes composantes de la douleur et adapte donc les médicaments nécessaires. Ces connaissances sont en lien avec les différentes formations qu'elle a suivies, notamment le DU douleur mais également à la spécificité du service où la douleur possède une place importante en soins palliatifs.

Pour continuer, toutes les infirmières interrogées me parlent de leur posture d'accompagnement et de réassurance pendant le soin.

Chloé dit utiliser : « *l'empathie, la bienveillance, l'écoute pendant le pansement* » (IDE 1, L40-41) mais explique aussi « *je peux revenir le temps que euh... voilà si il suffit que euh voilà de quelques minutes* » (IDE 1, L109-110). Elle peut donc différer le soin, s'il n'y a pas de caractère urgent, pour que le patient choisisse un moment plus confortable.

Alice me dit que pendant un soin, elle va « *rassurer, parler euh, pas laisser la personne dans, dans son truc de, de douleur* » (L167-168, IDE 2)

Amélia, qui est avec le médecin pendant les soins douloureux, explique qu'elle est là surtout pour accompagner le patient : « *le fait d'être là, et d'être avec le patient, on n'est pas là pour assister le médecin.* » (IDE 3, L100-101), « *ça va surtout être de l'accompagnement et euh de redonner confiance... aux patients envers son, son geste quoi* » (IDE 3, L102-103). Une présence en plus de l'exécutant serait donc bénéfique pour le patient, il lui permettrait de reprendre confiance, selon elle. Elle va « *rassurer, euh communiquer* » (IDE 3, L99). L'accompagnement se ferait donc par le biais de discussions et de réassurance.

Élise parle aussi de confiance du patient : *«il faut qu'on arrive à le mettre en confiance »* (IDE 4, L65-66)

Les différents concepts et attitudes utilisés sont plutôt les mêmes pour chaque infirmière. Elles ne se sont pas trop attardées sur le sujet. Elles ont eu plus de facilité à décrire des éléments concrets.

Toutes ont cité d'autres méthodes d'accompagnement du vécu douloureux.

Chloé peut utiliser le toucher pour rassurer le patient.

Alice au moment d'un soin cite la respiration : *« je vais peut-être utiliser également notamment lors d'un retrait de Redon, par exemple des exercices de respiration entre guillemet mais c'est « respirer plusieurs fois bloqué la respiration je tire à ce moment précis » »* (IDE2, L152-155). Ces respirations sont certainement à visée anxiolytique mais aussi pour distraire le patient.

Amélia parle de *« la RESC euh...pour les personnes qui sont formées euh... l'hypnose »* (IDE 3, L25). Elle connaît ces méthodes mais m'explique ne pas être formée et ne peut donc pas s'en servir, ce qui paraît très frustrant pour elle.

Élise cite beaucoup d'autres démarches.

En premier lieu, elle parle aussi de l'hypnose : *« Ça marche très bien l'hypnose ! Après tu peux faire une hypnose conversationnelle, c'est des trucs de base, tu leur parles en fait et tu leur fais raconter euh... des trucs et puis... du coup ils pensent pas »* (IDE 4, L123-126).

Mais aussi de la musicothérapie : *« ça m'est arrivé, une patiente euh qui aimait beaucoup chanter, et euh... en fait, on la faisait chanter euh, pendant parce que, elle avait une jambe très douloureuse pendant qu'on la mobilisait, on la faisait chanter en fait et du coup euh... Le fait qu'elle chante, elle se concentrait sur ce qu'elle était en train de faire elle, et elle ne faisait pas attention à ce qu'on faisait nous »* (IDE 4, L98-102), *« Moi ça m'est arrivé de faire des compilations euh aux patients et du coup le matin pendant la toilette et vas-y tu chantes ! »* (IDE 4, L133-134). Les soins se font, le plus possible, dans la bonne humeur en utilisant les centres d'intérêts des patients. Ces méthodes peuvent renforcer la relation soignant-soigné. Le patient se sentirait peut-être plus en confiance et plus écouté lorsqu'on utilise des moyens qui lui plaisent pendant un soin. Elle cite encore d'autres méthodes : *« On utilise plein de trucs en fait, ici on a la musicothérapie euh..., on a, là on a, on va avoir un masque de réalité virtuelle, euh on a de la luminothérapie »* (IDE 4, L118-119).

Pour les soins invasifs, elle va créer une stimulation cutanée à côté du point de ponction : « *je leur gratte le, le genou comme ça et je pique de l'autre côté donc en fait, ils se focalisent sur mon doigt et en fait ils se rendent même pas compte que, que j'ai piqué quoi* » (IDE 4, L91-93).

Elle utilise beaucoup l'humour : « *On tourne beaucoup les choses à l'humour, tout ça, du coup on arrive à détourner euh... ce malaise qui, que peut avoir le patient* » (IDE 4, L77-78).

Mais aussi des bains thérapeutiques « *On a des bains, même des bains thérapeutiques euh, pour des patients qui sont douloureux aux mobilisations, le bain c'est génial, ils flottent enfin il..., c'est hyper agréable quoi* » (IDE 4, L129-131). Les mobilisations sont donc plus simples à effectuer par les soignants et moins douloureuses pour le patient. Le fait que le soigné soit moins algique, le vécu douloureux sera moins important pour les prochaines toilettes.

Toutes ces méthodes sont mises en place pour distraire le patient pendant ou avant le soin. Cette diversité de proposition est très certainement dû aux différentes formations qu'elle a effectuées mais également à la dynamique du service.

Les formations sont donc importantes pour prendre en charge au mieux la douleur et le vécu douloureux qui l'accompagne.

- Le travail en équipe

Pour terminer l'analyse croisée, trois d'entre elles m'ont parlé du travail en équipe alors que je n'ai pas de données sur ce sujet dans mon cadre de références.

Chloé ne m'a pas énoncé le travail en équipe alors qu'Alice qui travaille dans le même service me l'a spontanément expliqué. Chloé travaille peut-être plus en autonomie car elle possède 4 ans d'ancienneté dans le service.

Pour Alice lorsqu'elle est en difficulté dans un soin, elle va demander de l'aide à ses collègues : « *là je vais déléguer, je vais demander à une collègue de venir m'aider ou alors je prends une collègue avec moi qu'on soit deux, qu'on essaye de, de faire la chose voilà.* » (IDE 2, L164-166). Elle a probablement plus de difficultés dans certains soins car elle est la moins expérimentée de toutes.

Amélia laisse le choix au patient de la personne qui va exécuter le soin et l'accompagner : « *le médecin qui préfère aussi ça arrive qu'il y a des patients qui préfèrent tel ou tel médecin ou telle ou telle infirmière* » (IDE 3, L92-94). Le service dans lequel exerce Amélia permet visiblement la création d'un lien de confiance entre le professionnel et le patient. En effet, la

plupart des patients sont atteints de maladies chroniques et peuvent y effectuer de long séjour ou revenir régulièrement. Le patient se sent donc plus en confiance avec des soignants avec qui il a pu créer un lien. Ensuite, dans certaines situations, il vont être plusieurs pour effectuer le soin : « *L'étudiante y aller pour lui parler, j'avais ma collègue infirmière qui lui tenait le masque MÉOPA, moi pareille j'avais pris mon temps. J'avais, j'étais allée 1 heure avant lui expliquer lui mettre l'EMLA®* » (IDE 3, L118-120). La coopération paraît donc importante dans certaines situations.

Élise travaille avec une autre approche : « *ici, oui on travaille en binôme, strict ! Interdit de rentrer tout seul dans une chambre !* » (IDE 4, L104-105). Pour l'ensemble des soins, les patients sont donc accompagnés par quelqu'un d'autre que l'exécutant ou sont effectués à deux comme pour les toilettes. La réalisation des mobilisations à deux permet au patient d'être moins algique. Elle justifie le travail en binôme : « *c'est vachement énorme pour euh, nous infirmière quand on fait des soins euh... Ben un peu... pas très sympa quoi. T'as toujours l'aide-soignante qui est avec nous et du coup euh, qui leur parle voilà... qui distrait le patient quoi.* » (IDE 4, L107-109). L'infirmière pourrait donc être vue comme une personne provoquant forcément une douleur. La présence de l'aide-soignante pourrait rassurer le patient, afin qu'il ne se sente pas seul dans cette situation. Elle ajoute, comme dit précédemment, la nécessité de la distraction qui pourra être réalisée par l'aide-soignante.

Le travail en équipe ou encore en binôme fait partie intégrante de la pratique soignante mais chaque personne et chaque service possède une définition et une représentation différentes. C'est pour cela, que pour chaque infirmière interrogée, la notion de collaboration peut varier. Cette dernière change également entre les différents services à cause de la charge de travail, des soins effectués et de l'implication que porte chaque personne à ce sujet.

5. Problématique

Dans cette partie, je vais comparer le discours des infirmières avec le cadre de référence réalisé plus haut. Cette confrontation me permettra d'observer une similitude ou non des pratiques avec la théorie. Cependant, au vue de l'échantillon réduit lors de l'enquête, les résultats et les hypothèses qui ont été énoncés précédemment et ceux qui le seront doivent être nuancés.

Dans un premiers temps, nous pouvons voir que certains dires sont similaires à la théorie.

La première partie de l'analyse croisée concerne la représentation des soins douloureux par les infirmières. Dans cette partie du cadre de référence (partie 3.2.3.), j'ai pu définir la douleur induite ainsi que les différences avec d'autres douleurs comme celles provoquées intentionnellement et les iatrogènes. J'ai pu ensuite citer les différents soins provoquant une douleur induite à partir de la théorie. Les différents Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) expliquent que «*Ces douleurs sont pour la moitié induites par des actes courants et en particulier des soins infirmiers*». Lors de l'analyse des entretiens, nous avons pu observer que les infirmières avaient des discours similaires sur ce sujet. En effet, elles citent des soins invasifs mais aussi de nursing ou encore les mobilisations comme dans «*Hypnoanalgésie et hypnosédation: En 43 notions* » (2014). Nous pouvons en déduire que la pratique et la théorie s'accordent parfaitement sur ce point.

Ensuite, la deuxième question posée aux infirmières concernait les émotions qu'elles ressentent avant de faire un soin douloureux. Toutes ressentent des émotions négatives telles que la peur ou la colère, ce qui correspond également au cadre de référence. En effet, dans cette partie, j'ai pu citer les différentes émotions ressenties par les infirmiers en relation de soin avec les patients. Catherine Mercadier cite la gêne, la colère, la peur, la tristesse et la joie. Cependant, la peur ou l'appréhension seraient souvent ressenties selon elle avant la réalisation des soins douloureux. Elle écrit «*Cette peur de nuire au malade peut aller jusqu'à l'insoutenable* » (p.61). Le sentiment d'impuissance cité par Amélia serait également lié à cette peur de blesser le patient car elle n'a pas les outils nécessaires pour l'aider dans certaines situations. Les infirmières craignent donc de porter atteinte à l'intégrité du patient.

Pour continuer, malgré la différence de discours par les quatre infirmières concernant la gestion des émotions, tous sont en adéquation avec le cadre de référence. Alice dit «*Tu te*

créées une sorte de barrière » (IDE 2, L126) ce qui rejoint le discours de deux autres infirmières. En effet, concernant ce thème nous pouvons observer que la plupart des personnes répriment leurs émotions. Welter Hesbeen écrit *« il y a une forme d'interdit professionnel associé à la sensibilité »* (2009). D'où la difficulté pour une des infirmières interrogées de me parler de ses émotions. Catherine Mercadier écrit aussi que *« Le soignant maîtrise ses émotions afin de ne pas provoquer celles du malade ou, tout au moins, de les atténuer. »* (Mercadier, 2002, p. 210). Nous pouvons donc en déduire que la majorité des infirmiers ont sûrement plus de difficultés à pouvoir exprimer leurs émotions de par le regard de leurs pairs mais aussi pour éviter de nuire au patient. Cependant, certaines avouent qu'il est parfois compliqué de gérer certaines émotions : *« tu peux avoir les larmes aux yeux, il faut pas le montrer mais des fois, ça nous dépasse quoi...moi ça m'a dépassé »* (IDE 1, L65-66). La dissimulation des émotions ne fonctionne donc pas à chaque fois.

Nous observons qu'aucune d'entre elles ne fait référence à l'utilisation de l'intelligence émotionnelle. Pourtant, selon Margot Phaneuf son usage permettrait *« d'humaniser les soins »* (2009). Daniel Goleman le définit comme la *« capacité à reconnaître nos propres sentiments et ceux des autres, à nous motiver nous-mêmes et à bien gérer nos émotions en nous-mêmes et dans nos relations avec autrui »*. La méconnaissance de ce concept et des différentes manières de gérer ses émotions sont très certainement la conséquence de la répression de ces dernières.

Comme il a été vu lors du cadre de référence, lorsque nous n'arrivons pas à gérer nos émotions, il peut être difficile de prendre soin. En effet, Magot Phaneuf écrit *« si nous sommes bouleversés, submergés par l'émotion, nous ne sommes peu d'aide »* (2013). Nos émotions non gérées nous rendraient donc moins efficaces dans les prises en charge. Même si les raisons sont différentes pour chacune, trois des infirmières l'ont également relevé. Par exemple, Élise dit *« les émotions ça se transmet, et si toi tu arrives euh... ben que t'es déjà anxieux ou que tu, t'es tremblotant, tu te dis « je vais pas y arriver », que si psychologiquement toi t'es pas préparé à, à faire ton soin, forcément tu vas euh...transmettre la chose aux patients et du coup ça va mal se passer »* (IDE 4, L36-39). La notion de transmission des émotions au patient a beaucoup été citée par les soignantes.

Les infirmières s'accordent également sur le fait que le vécu douloureux du patient peut avoir des répercussions sur le soin. Leurs dires correspondent au cadre de référence. En effet, dans ce dernier, il est écrit que le vécu douloureux provoque *« une lassitude, de l'agressivité, un*

refus de soins » et peut « installer une anticipation anxieuse et douloureuse de nouveaux gestes » (Blanchon C., Moreaux T., p231, 2014). Trois d'entre elles m'ont expliqué les mêmes réactions. De plus certaines qui travaillent auprès de patients ayant des soins au long cours parlent de la mémoire de la douleur comme l'origine de ce vécu douloureux. Bertrand Lionet confirme en écrivant : « les auteurs et professionnels s'accordent sur l'idée que la douleur laisse des traces en mémoire, des empreintes ou des souvenirs qui concernent différents niveaux de conscience de l'être humain » (2020).

Ensuite, toutes vont utiliser diverses techniques pour soulager la douleur et le vécu douloureux. Elles vont principalement administrer des traitements antalgiques en amont du soin. Une d'entre elles donne des anxiolytiques en plus. Cependant, leurs prises en charge ne se résument pas aux thérapeutiques médicamenteuses. En effet, chacune d'elles va adopter une posture d'accompagnement telles que l'écoute, l'empathie ou la réassurance et trois des infirmières mettent une place importante dans l'explication du déroulé du soin au patient avant la réalisation de ce dernier. Claire Chauffour-Ader et Marie-Claude Daydé confirment en écrivant que « la douleur induite, le plus souvent aiguë et de courte durée, peut être prévenue par des thérapeutiques mais aussi par des attitudes soignantes compétentes et adaptées visant à prendre soin de la personne » (p.130, 2016). Elles sont donc toutes conscientes que les traitements ne suffisent pas à soulager la douleur et le vécu douloureux. De plus, toutes me citent d'autres approches telles que la résonnance énergétique sous cutanée (RESC), la respiration, le toucher, l'hypnose ou encore la distraction. Une seule d'entre elles arrive à en parler plus en détails ou à en utiliser car elle est la plus expérimentée et la plus formée. Pascale Wanquet-Thibault confirme l'importance de ces pratiques en expliquant que « la douleur est un phénomène complexe, elle relève le plus souvent d'un traitement multimodal, c'est-à-dire de l'association d'un ensemble de moyens qu'il soit médicamenteux (...) ou non médicamenteux » (p.125).

Dans l'ensemble des entretiens, certains sujets qui paraissaient importants aux yeux des soignantes ont été abordés alors qu'ils n'avaient pas été développés dans le cadre de référence. Nous pouvons citer le manque d'expérience, le travail en équipe et l'âge des patients qui auraient tous des impacts positifs ou négatifs dans leur prise en charge.

Malgré quelques différences, nous pouvons cependant observer qu'une grande partie des dires des infirmières correspondent à la théorie.

6. Question de recherche

Depuis le début de ma formation, lorsque je réalise des soins, j'ai appris qu'il fallait ne pas montrer mes émotions au patient, qu'il fallait que je garde un positionnement professionnel. Cependant, comme nous l'avons décrit dans la situation de départ, je n'ai pas réussi à dissimuler mon appréhension à la patiente ce qui a eu des conséquences sur la réalisation du soin. Ce qui m'a amené à la question de départ suivante :

« En quoi la gestion des émotions du soignant impacte la prise en charge du vécu douloureux lors des douleurs induites ? »

Dans ce travail, l'ensemble des recherches théoriques et l'analyse des entretiens réalisés auprès de quatre infirmières nous montre que les émotions du soignant impactent la prise en charge générale du patient. Ce que nous ressentons sera forcément transmis au patient. Cependant, nous observons qu'elles vont plus facilement refouler leurs émotions plutôt que de les gérer et notamment lorsqu'elles vont provoquer une douleur induite. L'appréhension de nuire au patient est souvent présente. Cependant, cette répression ne marche pas à tous les coups, elles peuvent se sentir parfois submergées pour certaines. Il est alors compliqué de prendre soin du patient si nous ne sommes plus en capacité émotionnelle pour le faire.

Or, comme nous avons pu le développer, la prise en charge de la douleur induite doit être multimodale, certes par les traitements médicamenteux mais aussi et surtout par la qualité de l'accompagnement. En effet, le vécu douloureux du patient aurait une place importante dans son appréciation de la douleur. L'utilisation adéquate de la gestion des émotions permet l'instauration d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné indispensable dans l'accompagnement.

Les difficultés de gestion des émotions impactant le vécu douloureux du patient lors des douleurs induites m'amène à la question de recherche suivante :

Comment réduire l'appréhension du soignant lorsqu'il provoque une douleur induite afin d'améliorer le vécu douloureux du patient ?

7. Limites du travail

Malgré le temps et la rigueur que j'ai mis dans ce travail, je peux y émettre certaines critiques. En effet, durant la rédaction de ce travail, j'ai rencontré quelques difficultés à rester synthétique et concise dans les différents thèmes que j'ai abordés. Le sujet m'intéressant beaucoup, j'ai eu du mal à m'arrêter dans les lectures et l'écriture.

De plus, lors de la réalisation du guide d'entretien, j'ai oublié d'y noter l'âge. Je n'ai donc pas la réponse pour cette question qui aurait pu m'aider à trouver d'autres hypothèses pendant l'analyse. Il faudrait également que je travaille sur les différentes relances dans les entretiens qui auraient pu m'apporter plus de précisions dans les réponses des infirmières.

Ensuite, pendant la réalisation des entretiens et notamment lors du premier, je n'ai pas réussi à avoir d'endroit calme avec peu de passage. Les réponses de cet entretien peuvent être biaisées surtout avec un sujet aussi intime que les émotions pour certaines personnes. J'ai senti que Chloé était gênée et perturbée à l'évocation de ce thème et n'allait pas forcément au bout de ses idées, ce qui m'a mis en difficulté pendant l'analyse.

Pour terminer, ce travail ayant un nombre de données limitées à cause du manque de temps pour le réaliser, les résultats ne peuvent donc pas être généralisés.

Conclusion

Pour conclure, grâce à ce travail d'initiation à la recherche, j'ai pu explorer plus en détails deux sujets qui m'intéressent particulièrement : la gestion des émotions et les douleurs induites. Nous savons, après ce travail, que les infirmiers ne se permettent pas d'être authentiques. En effet, ils ne s'autorisent pas à ressentir leurs émotions auprès des patients bien qu'il ne soit pas aisé de les dissimuler. Tous appréhendent l'idée de provoquer une douleur. Cependant, les émotions font parties intégrante du soin. Sans elles, il est compliqué d'entrer en relation avec le patient. Ces dernières guident nos décisions, il serait donc dommage de ne pas s'en servir. Il ne faut pas blâmer ces personnes car cette non-divulgateion est due aux normes émotionnelles que nous avons tous ancré lors de nos parcours professionnels.

La douleur est un sujet important pour les soignants, ils connaissent les différents traitements possibles. Cependant, le vécu douloureux paraît plus abstrait sauf pour ceux qui prennent en charge des patients ayant des soins douloureux au long cours.

Je suis certaine que je vais pouvoir utiliser les nouvelles connaissances acquises pour ma pratique professionnelle.

En effet, cette recherche m'a permis d'avoir une nouvelle vision sur l'impact de mes émotions sur le patient et sur le déroulé des différents soins. J'ai pu également comprendre que la gestion des émotions n'est pas une démarche simple et qu'il ne suffit pas de ne plus penser aux émotions négatives. Il nécessite un travail sur soi-même, d'être conscient de ce que nous ressentons et de ce que les autres peuvent ressentir. De plus, il me permet aujourd'hui de comprendre l'importance de l'accompagnement durant les soins même si je le faisais de manière inconsciente. Ensuite, la douleur induite est une préoccupation omniprésente dans la pratique infirmière. L'apport des connaissances et des questionnements vis-à-vis de ces thèmes me permettront ainsi d'améliorer ma pratique quotidienne.

Pour terminer ce travail, de nombreux éléments sont apparus lors des entretiens dont un qui m'a particulièrement questionnée. Les infirmières ont souligné une problématique à laquelle je n'avais pas pensé lors de la réalisation du cadre de référence. En effet, malgré une multitude de techniques citées, les infirmières les moins expérimentées soulignent leurs difficultés à soulager la douleur induite et à gérer leurs émotions à cause de leur manque d'expérience et de formation. Il me paraît donc intéressant de se questionner sur l'impact de la formation et de l'expérience sur la prise en charge du vécu douloureux du patient lors des douleurs induites.

Bibliographie

- Bernard, L. (2019). Idées reçues sur la douleur. Le Cavalier Bleu.
- Bioy, A. & Lignier, B. (2020). Clinique et psychopathologie de la douleur. Dunod.
- Breton, E., Valero, J. (2022). *Réflexologie et troubles fonctionnels: Prise en charge et gestion du stress par les techniques réflexes*. Dunod.
- Célestin-Lhopiteau, I. & Bioy, A. (2014). *Hypnoalgésie et hypnosédation: En 43 notions*. Dunod.
- Célestin-Lhopiteau, I., Bioy, A. (2020). *Hypnoalgésie et hypnosédation: En 45 notions*. Dunod.
- Chauffour-Ader, C., Daydé, M-C. (2016). Comprendre et soulager la douleur, 3ième édition, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.
- Desseilles, M., & Mikolajczak, M. (2019). Réguler ses émotions dans les soins. *Santé Mentale*, (234).
- Fernandez, L. (2012). Émotion. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 164-167). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Goleman, D. (2014). L'intelligence émotionnelle INTÉGRALE. Paris : J'ai lu. (Œuvre originale publiée en 1995)
- Gobin, P., Baltazart, V., Simoës-Perlant, A. & Stefaniak, N. (2021). *Émotions et apprentissages*. Dunod.
- Hesbeen W. (2009). Dire et écrire la pratique soignante du quotidien : Éditions Seli Arslan,
- Hochschild, A. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 9, 19-49.
- Kotsou, I. (2019). *Intelligence émotionnelle et management: Comprendre et utiliser la force des émotions*. De Boeck Supérieur.
- Krauth-Gruber, S., Niedenthal, P., Ric, F. (2009). *Comprendre les émotions: Perspectives cognitives et psycho-sociales*. Mardaga.
- Le Breton, D. (2009). Entre douleur et souffrance : approche anthropologique. *L'information psychiatrique*, 85, 323-328.

- Lecomte, J. (2011, Janvier 1). Empathie et ses effets. *Emc savoirs et soins infirmiers*, pp. 1-6.
- Lecomte, J. (2017). 30 grandes notions de la psychologie. Dunod.
- Lemaire, P. (2021). Chapitre 1. Introduction : présentation du domaine. Dans : *Émotion et cognition* (pp. 1-14). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Maheux, J., Ethier, C. & Trépanier, E. (2022). La régulation émotionnelle et la mentalisation chez les professionnels en relation d'aide : compétences émotionnelles et interpersonnelles au cœur de la pratique. *Service social*, 68(1), 67–85.
- Mercadier, C. (2008). Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. : Éditions Seli Arslan
- Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I. & Nélis, D. (2020). *Les compétences émotionnelles*. Paris:Dunod.
- Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I. & Nélis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris:Dunod.
- Peoc'h, N., Lopez, G. & Castes, N. (2007). Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours... Vers les prémisses d'une compréhension. *Recherche en soins infirmiers*, 88, 84-93.
- Ravat, J. (2007). Actions, émotions, motivation : fondements psychologiques du raisonnement pratique. *Le Philosophoire*, 29, 81- 95.
- Riutort, P. (2013). La socialisation: Apprendre à vivre en société. Dans : P. Riutort, *Premières leçons de sociologie* (pp. 63-74). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Rochas, B. (2014). Prise en charge de la douleur, où en est-on ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118, 91-98.
- Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, 98, 28-31
- Truc, H., Alderson, M. & Thompson, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 97, 34-49.
- Wanquet-Thibault, P. (2015). Douleurs liées aux soins. Édition Lamarre.

Sitographie

- Définition émotion – cnrtl.fr. En ligne

<https://www.cnrtl.fr/definition/emotion>, consulté le 03 août 2023

- Douleur : comment l'empathie soulage – inserm.fr. En ligne

<https://www.inserm.fr/actualite/douleur-comment-empathie-soulage/>, consulté le 01^{er} février 2024

Annexes

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	I
ANNEXE II : AUTORISATIONS D'ENTRETIEN	II
ANNEXE III : ENTRETIEN AVEC CHLOE (IDE 1)	IV
ANNEXE IV : ENTRETIEN AVEC ALICE (IDE 2)	VIII
ANNEXE V : ENTRETIEN AVEC AMELIA (IDE 3)	XIV
ANNEXE VI : ENTRETIEN AVEC ÉLISE (IDE 4)	XIX
ANNEXE VII : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS	XXV
ANNEXE VIII : AUTORISATION DE DIFFUSION	XLIV

Annexe I : Guide d'entretien

Prénom anonymisé du soignant :

Date de diplôme :

Lieu d'exercice :

Ancienneté dans le service :

Formation(s) et/ou DU réalisé(s) :

- 1. Quels sont les soins douloureux dans votre service ?**
- 2. Quelles émotions ressentez-vous avant de faire un soin douloureux ?**
- 3. Pensez-vous que le déroulé d'un soin peut être modifié par la gestion des émotions du soignant ?**

Relance : Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation où vos émotions ont impacté un soin douloureux ?

- 4. Pour vous, quel est l'impact du vécu douloureux du patient sur le déroulé d'un soin ?**

Relance : Lorsque le vécu douloureux du patient est très important, pourquoi le soin ne se déroule pas comme prévu ?

- 5. Qu'est-ce que vous mettez en place pour accompagner un patient ayant un vécu douloureux important pendant un soin ?**

Relance : Pouvez-vous donner des exemples de ce que vous mettez en place comme actions et postures pour soulager le vécu douloureux ?

Annexe II : Autorisations d'entretien



Direction Des Soins

Madame Laurie VEAUX

Affaire suivie par :

Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins.

le 13/02/2024

OBJET : TFE
N/Réf. : VB/MP/24

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'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame [redacted] cadre de santé en chirurgie ortho traumatologie
- Mme [redacted] cadre de santé en onco hématologie

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

LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE
Chargée de missions à la direction des soins

Bonjour

Je n'ai pas dans l'équipe onco d'IDE ayant un DU douleur, mais vous pouvez contacter

Mme [REDACTED] qui travaille en Unité de Soins Palliatifs qui elle a passé ce diplôme . voici son numéro : [REDACTED]

Vous lui dites que c'est Mme [REDACTED] sa cadre et Mme [REDACTED] qui nous avons dirigé vers elle.

Pour le deuxième entretien, je vous propose de venir mercredi après midi, il y aura des IDE avec des ancienneté différentes.

cordialement

[REDACTED]
Cadre de Santé

[REDACTED]
Pôle Cancérologie - Service Onco-Hématologie
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Annexe III : Entretien avec Chloé (IDE 1)

- 1 **Euh... du coup est-ce que tu es d'accord pour que j'enregistre ?**
- 2 Oui je suis d'accord.
- 3 **Donc est-ce que tu veux bien commencer par te présenter ? Euh... ta date fin la date de**
- 4 **ton diplôme, tout ça, depuis quand t'es ici**
- 5 Euh alors je suis diplômée depuis juillet 2017, donc ça fait bientôt 7 ans. Euh... j'ai fait un
- 6 service d'accueil des urgences avant et euh j'ai fait du bloc et des consultations et euh jsuis
- 7 arrivée dans le service d'orthopédie depuis juin 2020.
- 8 **Ok... Est-ce que t'as, t'as des formations ou des DU vis-à-vis de la douleur ?**
- 9 Non
- 10 **Même pas...**
- 11 Alors, euh j'ai la formation, j'ai pas de DU
- 12 **Ouais...**
- 13 J'ai la formation, euh... interne à l'hôpital euh... qui dure sur euh...sur deux jours. Euh... c'est
- 14 la gestion de la douleur, euh voilà, euh... on revoit les antalgiques, fin voilà... c'est la base, le
- 15 B.A.B.A. en fait.
- 16 **Ok...bon du coup on va commencer...**
- 17 Oui !
- 18 **Euh pour toi, quels sont les soins douloureux dans ton service, ici ?**
- 19 Euh... alors on a, on peut avoir les réductions euh... de fracture, donc souvent les épaules
- 20 euh...les... ouais souvent c'est les épaules parce que les membre inf.... euh... souvent ils sont
- 21 faits au bloc hein. Après on peut avoir des pansements, euh... des pansements type... les VAC,
- 22 fin voilà les... gros pansements on va dire. Après en soit, euh... en soin douloureux, bah vu
- 23 que la douleur c'est... c'est objectif, on va dire que... tout le monde ne l'évalue pas, évalue
- 24 différemment euh voilà... les soins douloureux quoi en gros. Je sais pas si je suis claire... (rit
- 25 d'un air gêné)
- 26 **Si si c'est très clair. Euh... du coup euh... quels sont les émotions que tu ressens avant de**
- 27 **faire un soin douloureux, que tu sais douloureux ?**
- 28 Les émotions... euh... alors là... Sur moi hein du coup ?
- 29 **Oui oui, tes émotions à toi**

30 Hum...On peut dire que des fois, j'appréhende parce que c'est vrai que... que bah... euh...
31 fin voilà, les patients des fois, ils peuvent réagir de manière euh... spontanée... et ils peuvent
32 nous surprendre. Après en émotion... euh...l'empathie ? ouais...

33 **Et quand tu parles des patients peuvent nous surprendre, t'entends quoi par-là ?**

34 Euh... hum... C'est dans le sens où ils peuvent bah ré réagir euh... je sais pas moi euh...
35 brusquement, euh... ouais, ouais globalement c'est ça hein (rigole)

36 **Ok ahah. Et euh du coup, est-ce que tu penses que ta gestion des émotions, elles peuvent**
37 **euh...comment dire euh... modifié le déroulé du soin. Tes émotions à toi.**

38 Euh... oui, oui ça peut euh dans le sens où... euh... (souffle) En fait, c'est compliqué parce
39 que euh dans les émotions t'attends fin... t'attends quoi de ça... fin je comprends pas, fin les
40 émotions c'est difficile parce qu'en soit, oui on est infirmier, y'a l'empathie, la bienveillance,
41 l'écoute pendant le pansement fin bon dans le... le soin mais après euh... en émotion je vais
42 dire... c'est compliqué... euh... je sais pas. Fin alors oui tu vois les adultes ça me fait moins
43 mais les enfants tu vois, on aurait des enfants oui, tu vois je serai plus euh... fin euh... où le
44 transfert et tout ça. Mais c'est vrai que les adultes, c'est moins fréquent quand même d'avoir
45 euh... bah tu vois de prendre les choses pour soi euh...

46 **Donc l'âge du patient y fait beaucoup pour toi ?**

47 Euh... ouais, ouais l'âge et après les histoires de vie, parce que c'est vrai que t'as des patients
48 par exemple nous, tu vois là... en ce moment et...souvent, les... ya... des, des patients qui
49 ont des cancers qui sont traités, fin voilà. Les pathologies, les lourdes pathologies, les
50 pathologies euh... lourdes avec les insuffisants rénal dualisés fin... tu vois les, les hum... les
51 leucémies euh...qui sont, qui euh... qui reviennent fin... qui sont traités et qui sont en
52 rémission qui reviennent, fin voilà les cancéreux. Là, euh... ouais du coup, tu te dis bon,
53 t'adaptes un peu, fin tu essaie d'être un peu plus euh... pas bienveillant parce que euh on est
54 bienveillant avec tout le monde mais euh... de prendre peut-être un peu plus le temps de
55 voilà , de ... bah de faire le soin.

56 **Ah oui, ok... et euh... est-ce que t'aurais une situation à me donner comme exemple**
57 **euh... (quelqu'un rentre) où tes émotions ont impacté un soin ?**

58 Euh... alors, récemment pas vraiment... il doit en... yen a hein mais c'est vrai qu'il y en a...
59 on fait tellement de choses au quotidien que euh... (réfléchi) euh non je vois pas, ça me
60 reviens pas en fait, yen a hein mais ça me revient pas. Euh... quand j'étais en bah... pendant
61 mes études tu vois, j'étais en stage en hémato par exemple, là oui tu vois, c'était des jeunes

62 qui avaient mon âge, euh... forcément tu fais des soins euh bah, ils pleurent, il craquent, il
63 pleurent, bah... ils sont fébriles hein parce que bah forcément c'est difficile. Là oui tu vois
64 hum, tu fais plus euh... bah... fin... ta les larmes aux yeux. Bon jsuis très émotive donc c'est
65 vrai que bah... ouais ta souvent, tu peux avoir les larmes aux yeux, il faut pas le montrer mais
66 des fois, ça nous dépasse quoi...moi ça m'a dépassé mais là récemment euh... je vois pas
67 trop.

68 **Du coup, c'est plus euh... avec l'expérience que t'as eue euh... peut-être depuis que**
69 **t'es...**

70 Oui aussi c'est possible, ouais, ouais ouais, c'est possible que ça soit au fil de bah, au fil des
71 années qui passent, on apprend à prendre sur soi (rire nerveux), je pense oui. Ça doit y faire
72 oui. Ça y fait d'ailleurs. Oui c'est sûr.

73 **Ok... et euh... est-ce que euh... le... (quelqu'un passe à côté de nous), le vécu**
74 **douloureux du patient, (deux personnes parlent à coté de nous) il a un impact sur le**
75 **soin ?**

76 Euh... le vécu... ce que je te disais par exemple, euh... pour les soins cancéreux tout ça ?

77 **Fin le vécu douloureux pendant le soin....**

78 Euh... est-ce que le vécu... oui... bah oui... Non ? Comment ?

79 **Ouais qu'est-ce qui pourrait, qu'est-ce qui passe quand... il y a un vécu douloureux**
80 **important et que le soin euh...ne se déroule pas comme prévu. Pourquoi selon toi ?**

81 Pourquoi ça se passe comme ça ?

82 **Ouais**

83 Euh... peut-être qu'ils ont manqué d'informations, peut-être que j'ai pas assez... euh ouais
84 ouais , bah j'ai pas assez expliqué, euh... hum... ouais, non ? je sais pas

85 **Ah mais c'est toi, y'a pas de bonnes réponses**

86 Euh ouais je pense que j'ai pas assez expliqué ou euh alors des fois faut pas trop en dire bah
87 euh du coup tu peux vite aussi leur faire peur euh... avant que les choses soient faites. Euh...
88 ouais globalement c'est ça en gros. Je sais pas trop si t'attends les mots euh

89 **Ah non**

90 Les mots euh... précis euh... (rigole)

91 **Non non**

92 Je suis pas d'une très bonne aide je pense mais...

93 **Bah si**

94 Ouais...

95 **Et euh, en fait quand le euh... en fait c'est quoi l'impact du vécu douloureux du patient**

96 **sur le déroulé du soin en lui-même ?**

97 Mais c'est-à-dire ? comment... fin si... un soin se passe mal, s'il a mal, quel sera l'impact ?

98 **C'est ça !**

99 C'est ça, ok. Euh... hum... bah il peut appréhender les prochains soins,

100 **Ouais**

101 Euh... il peut avoir euh... peur de nous, peur c'est un grand mot mais fin tu vois euh... il peut

102 avoir peur, être... avoir des... bah une mauvaise image de, on va dire sur euh voilà fin sur la,

103 l'infirmière, la personne en question et l'équipe en générale. Euh... Hum... ouais après euh...

104 bah c'est sur lui quoi. Euh... il peut fin tu vois, il peut pleurer, il peut s'énerver, il peut euh...

105 (quelqu'un rentre dans la pièce), il peut crier, euh, fin voilà quoi. Plusieurs émotions

106 différentes.

107 **Ok et du coup quand, du coup ce vécu douloureux est important pendant le soin qu'est-**

108 **ce que tu mets en place toi pour l'accompagner le patient ?**

109 Euh... l'écoute, euh... bah les explications, euh... qu'est-ce que je mets en place... euh je

110 peux revenir le temps que euh... voilà si il suffit que euh voilà de quelques minutes bah je

111 peux adapter euh ma, mon, le, mon soin. Si y'a pas d'urgence fin, si ya pas de caractère

112 urgent. Euh... après... les médicaments ! Mais après ça c'est des trucs, tu vois je te l'ai même

113 pas dit mais c'est tellement euh..., c'est tellement euh... bah les médicaments euh... bah c'est

114 le médicament en fonction de la, du ressenti de la douleur. Euh... le toucher, ça c'est bon, moi

115 je le fais vraiment quand..., je suis pas une grande adepte, fin tu vois voilà, je, je le fais quand

116 je veux..., quand je sens que voilà, sa main, fin voilà après je vais pas faire un quart d'heure

117 de toucher massage tu vois.

118 **Oui**

119 Euh après..., (rire nerveux) euh...si c'est moi la personne qui a pu faire mal je peux passer le

120 relais (deux personnes rentrent), voilà. Je crois que j'ai fait le tour.

121 Oui mais c'est bon

122 **Est-ce que t'aurais quelque chose à rajouter ? Sinon moi j'ai fini**

123 Non je crois pas, non je crois pas.

124 Merci !

Annexe IV : Entretien avec Alice (IDE 2)

1 **Du coup, c'est bon. Euh... est-ce que tu peux, est-ce que. Euh... non. Est-ce que tu es**
2 **d'accord pour que j'enregistre**

3 Oui bien sûr

4 **Donc dans un premier temps est-ce que tu veux bien te présenter euh... Ton. Depuis**
5 **quand tu es diplômé euh... Où est-ce que tu as travaillé, où est-ce que tu travailles ? Si ta**
6 **des formations ou pas, depuis quand t'es ici.**

7 Je suis diplômée de juillet 2022, donc ça fait un an et demi maintenant. Euh... j'ai fait à la
8 suite de mon diplôme, j'ai travaillé 2 mois en MAS et j'avais fait mon prépro ici en traumatologie
9 et donc, je suis venue par la suite ici. J'ai été embauchée ici. Euh... voilà. Est-ce que j'ai des
10 formations particulières ? J'ai fait la transfusion seulement. Et après pas plus pas plus non.

11 **T'a pas fait de formation sur la douleur ?**

12 Non

13 **Ok. Euh donc on va commencer**

14 A par ce qu'on a vu à l'école bien sûr mais sinon non.

15 **Ok. Euh quels sont pour toi les soins douloureux ici ?**

16 Alors ici au niveau des soins douloureux. Ben on a déjà tout ce qui est tous les matins les
17 prélèvements sanguins, qu'on a, qu'on fait à quasi tous les patients tous les 2 jours. Euh... pose
18 de cathéter, certains pansements. Euh la plupart des pansements sont quand même assez
19 douloureux. Euh après qu'est-ce qu'on peut avoir ? Euh... je réfléchis. Ben après aussi
20 finalement, bon sans... mes soins douloureux, rien que même la toilette, la toilette finalement
21 va être un soin assez douloureux parce que le patient avec ses fractures a beaucoup de
22 difficulté à se mobiliser. Il va falloir toujours prévenir cette douleur voilà. En fait nous ici
23 comme c'est quand même un service où on reçoit des gens qui ont des fractures qui ont des
24 euh... Il faut qu'on, qu'on pare la douleur est à prendre en compte du début à la fin et euh, et
25 dès les, les premiers soins des premiers instants, rien que, que le patient par exemple aille aux
26 toilettes, ben c'est quelque chose qu'il faut prévenir euh, réfléchir euh, donc je pense qu'on a
27 beaucoup de soins douloureux. Mais voilà euh. Si on parle de la pure douleur qu'on provoque
28 nous-mêmes euh on va avoir sur tous les, les prélèvements un peu euh, prélèvement,
29 pansement mais après il y a aussi . Ben même rien que euh... un soin quotidien euh, une mise
30 au bassin euh, une installation au repas, ça peut se montrer douloureux.

31 **Ok... Euh quelles émotions tu peux ressentir toi, avant de faire un soin douloureux ?**

32 Alors après, c'est vrai que euh... du coup ça fait quand même maintenant un an et demi que je
33 suis dans le même service, euh... l'appréhension que j'ai de la douleur que je vais provoquer,
34 elle est moindre que ce que je pouvais avoir au tout début de mon diplôme. C'est vrai que
35 quand j'ai démarré euh... à l'idée de par exemple, aller poser un cathéter euh... ça me faisait
36 un peu une réticence parce que je me disais que j'allais faire mal au patient, que j'allais le faire
37 souffrir tout ça, et c'est vrai que maintenant malheureusement on prend une certaine habitude
38 qui fait que ben c'est pas qu'on est moins sensible à, à la douleur qu'on provoque mais c'est
39 que on n'a pas le choix et c'est très habituel de, de piquer donc c'est vrai que bon ben « allez-
40 vous inquiétez pas, ça va aller vite » et puis on pique et sans forcément voilà. Après je pense
41 qu'il faut euh... avant toute chose expliquer ce qu'on fait pour euh, pour justement permettre
42 aux patients de comprendre... Et de aussi mettre des mots pour par exemple expliquer quand
43 on enlève un Redon que ça va être désagréable et non pas douloureux, mais essayer de
44 d'expliquer qu'il va y avoir une sensation, quelque chose. Personnellement oui l'émotion, que,
45 que j'ai bah c'est vrai que c'est, c'est une sorte d'habitude qu'on prend donc c'est vrai que... au
46 fur et à mesure c'est, c'est pas quelque chose qui me touche énormément. Néanmoins dans
47 certains cas précis de patients qui par exemple présentait d'énormes plaies avec des, des
48 vraiment des très gros, des pansements qui vont durer par exemple une heure et demie, deux
49 heures ou alors euh... des gens vraiment qui, qui arrivent d'un accident qui sont fracturés
50 vraiment pas bien, bah là dans les cas comme ça c'est vrai que c'est un peu plus compliqué à, à
51 gérer parce que généralement on est souvent bien impuissant face à la douleur. Et euh... On a
52 beau mettre beaucoup de choses en place et c'est, c'est compliqué de, de pallier à ça donc euh,
53 donc c'est vrai que je pense qu'on manque un peu de formation, on manque un peu de
54 technique pour, pour euh... pour réussir à dès le premier instant réussir à soulager une douleur
55 qui, qui, qui est présente quoi donc euh... Ouais dans des cas comme ça, c'est plus compliqué
56 à gérer.

57 **C'est surtout de l'appréhension ? Ensuite quand il y a émotion...euh...**

58 Euh... ah oui ! Et niveau émotion, parce que oui il y a un peu de l'appréhension et après il y a
59 aussi une certaine part de compassion entre guillemets. Fin compassion quand on voit par
60 exemple quelqu'un qui vraiment s'accroche à votre main en pleurant parce qu'il a super mal.
61 Euh c'est vraiment pas, pas agréable de voir ça, c'est hyper euh, c'est hyper touchant quoi. Euh
62 c'est fin, on se met à sa place et puis. Puis il y a certains cas aussi on a des

63 dysfonctionnements au niveau médical avec par exemple euh, des patients qui arrivent des
64 urgences, qui n'ont pas de d'antalgiques de prescrit et on se retrouve par exemple sur une
65 après-midi où les médecins ne sont plus là. Et on a beau appeler une personne pour nous
66 prescrire des antalgiques et donc c'est vrai que euh... Alors on va trouver des solutions, on va
67 appeler des internes, ça prend du temps et des fois, on est face à des gens qui sont vraiment
68 très mal et qui malheureusement euh... On aura beau... on a envie de faire des choses pour
69 les soulager mais on ne peut pas donc des fois c'est même aussi euh... un sentiment un peu
70 d'impuissance finalement. De se dire que voilà..., on aura beau essayer, on n'a pas de
71 prescription. Je suis quand même... fermée dans un cadre légal de, de mes fonctions
72 d'infirmières, je peux pas non plus outrepasser mes droits... Et donc c'est compliqué des fois
73 de se retrouver dans des cas comme ça où... malheureusement ben t'as beau et vouloir euh
74 faire des choses, tu, tu peux pas quoi. Mais bon heureusement, c'est pas la majorité des cas et
75 voilà mais... il y a aussi des dysfonctionnements comme ça.

76 **Ok... Euh...Est-ce que tu penses que le déroulé d'un soin, il peut être modifié par tes**
77 **émotions à toi, par ta gestion des émotions ou tes émotions ?**

78 Euh...oui oui je pense, alors après parler de moi à proprement parler c'est compliqué parce
79 que j'arrive pas à avoir d'exemples qui me viennent en tête mais je pense que effectivement
80 euh... Par exemple, un soin avec quelqu'un. Ben oui si, je peux parler de moi. Par exemple
81 euh, quelqu'un quand je vais par exemple le piquer euh... Tu verras en jeune infirmière le fait
82 piquer c'est pas évident en tout cas, je sais pas trop comment tu le considères mais moi je sais
83 qu'au début c'était compliqué pour moi de poser un cathéter, et les premiers instants où je vais
84 piquer quelqu'un, je, j'ai toujours cette appréhension de lui faire mal ou en tout cas au début.
85 Et donc euh, je me dis bon euh, il va avoir mal et tout et si face à moi j'ai quelqu'un de
86 vachement détendu, qui n'a pas peur d'être piqué, qui est vachement serein, ben par
87 conséquent et par reflet de lui, je suis aussi plus sereine. Donc je le piquerai beaucoup plus
88 facilement que quelqu'un qui sera crispé, qui aura peur d'avoir mal et dans ces cas précis,
89 ben... là donc forcément Euh... Le fait que je sois un peu plus stressée de par ce soin, ben je
90 vais avoir plus de mal à piquer correctement. Et donc effectivement euh, la réalisation du soin
91 sera, sera, un peu euh... un peu mise à, mise à mal entre guillemets mais, mais c'est vrai que
92 le fait d'avoir quelqu'un face à soi qui va être très très douloureux ça peut, ça peut être un peu
93 euh... On n'a pas envie de lui faire encore plus mal, on sait qu'il est déjà pas bien donc on n'a
94 pas envie d'insister de trop et donc forcément bah ça joue un peu sur euh, par reflet sur nous

95 même, ça joue un peu sur le, sur comment euh, comment le réaliser le soin en gros. J'avais eu
96 le cas par exemple d'un... Ben de gens très jeunes, mais c'est quand j'étais étudiante ça, mais
97 de gens très jeunes qui avaient très peur d'être piqués par moi parce que j'étais étudiante et
98 c'est vrai que ben... même si on me dit vas-y fais-le. Ben non, pour moi, c'est impossible
99 parce que je me suis dit euh... ben non je, je vais lui faire mal euh, je peux pas piquer
100 quelqu'un qui a peur de se faire piquer alors que je sais très bien que moi-même, je suis pas
101 euh au top dans ce soin donc euh je vais pas m'amuser à piquer pour lui faire mal et derrière
102 euh... Ouais c'était pas, voilà. Oui c'est sûr que quand on a quelqu'un face à nous qui a peur et
103 tout c'est un peu plus compliqué de, de réaliser un, certains soins.

104 **Mais du coup ça a vraiment changé depuis que t'as pris l'expérience que t'es plus**
105 **étudiante ?**

106 Est-ce que ça a vraiment changé ? Donc euh... ben alors obligatoirement oui parce que ben
107 j'ai pas le choix que de faire ce que je dois faire mais pour autant euh, par contre euh, c'est sûr
108 que quand par exemple je parle du cathéter, c'est sûr que, quand je, quand je pars piquer
109 quelqu'un... attend (quelqu'un rentre dans la pièce) Oui du coup euh... qu'est-ce que tu,
110 excuse-moi, tu me disais ?

111 **Euh... Qu'est-ce qu'on disait, oui là, par rapport à l'expérience et depuis que t'es plus**
112 **étudiante.**

113 Oui ! donc depuis par rapport à l'expérience oui. Donc obligatoirement je suis obligée de
114 euh... de faire euh... de passer au-dessus des appréhensions que je peux avoir sur le fait de
115 faire mal à quelqu'un, c'est à dire que euh, j'ai pas le choix que d'aller poser un cathé. J'ai 50
116 autres choses à faire derrière. Si je pose pas mon cathé, ben je vais être en retard, j'ai mes
117 collègues qui sont aussi occupés donc je peux pas forcément les appeler parce que
118 j'appréhende donc on, on se... Forcément on est obligé de prendre un peu sur nous et
119 d'essayer d'y aller quand même. Pour autant euh... pour autant c'est sûr que quand comme je
120 te disais tout à l'heure, quand je vois quelqu'un qui est crispé, qui a peur d'avoir mal et qui, qui
121 craint les piqûres, ben j'y vais forcément avec un peu plus euh... d'appréhension. Je fais que
122 répéter ce mot mais euh... D'un peu plus de, de réticence, ça un truc qui me... Voilà c'est
123 moins, c'est moins plaisant. Fin... ça me voilà, c'est, c'est de, de, de dire bon, je vais lui faire
124 mal. Donc est-ce que l'expérience fait que oui... et je pense que malheureusement et, c'est pas
125 ce qu'on veut du métier d'infirmière. Je pense que plus tu avances dans la profession plus
126 euh... Tu te crées une sorte de barrière qui te permet des fois de... (quelqu'un rentre dans la

127 pièce) On est obligé de se créer une barrière en tant qu'infirmière alors une barrière euh...
 128 J'aimais pas en dire ça en tant qu'étudiante parce que... Mais t'es obligée à... au... fur et à
 129 mesure de par l'expérience, de par les gens que tu rencontres, de par la charge de boulot.
 130 Malheureusement, tu vas te créer une sorte de... de barrière qui permet déjà, de continuer
 131 d'avancer dans cette profession et qui va faire que forcément, tu seras un peu moins sensible.
 132 Mais sans pour autant devenir quelqu'un euh de pas empathique ou quoi. Et tu seras moins
 133 sensible à... à ça parce que t'es... voilà. Après je te parle pas, c'est sûr que je verrai quelqu'un
 134 agonisant au bord de la route, je vais pas te dire ça. Et par exemple pour aller piquer quelqu'un
 135 bon, on passe tous par-là euh voilà. Tu te dis ok il a peur, je prends comme sa peur, j'essaie
 136 d'adapter mon comportement, j'appréhende pas trop tout ça. Et pour autant je dois piquer, j'ai
 137 pas le choix mais je vais le piquer voilà. Tu vois ?

138 **Ok...Ah mais je comprends tout à fait. Euh... et du coup... t'as répondu à des questions.**
 139 **Euh... qu'est-ce que tu mets en place toi, pour accompagner un patient qui a un vécu**
 140 **douloureux important ?**

141 Hum...qu'est-ce que je mets en place c'est-à-dire ? Un vécu douloureux qu'est-ce que tu
 142 entends par vécu douloureux ?

143 **Hum... la personne si elle se sent... si elle a mal en fait, si elle a peur d'avoir mal tout ça.**
 144 **Qu'est-ce que toi tu mets en place pendant le soin... pour essayer de l'accompagner un**
 145 **peu.**

146 Alors euh... On parle de quelqu'un qui a pas encore mal qui a peur d'avoir mal ? ou on parle
 147 de quelqu'un qui est très algique

148 **Ou même pendant le soin.**

149 Pendant le soin. Euh... ben du coup... déjà... ben...Comme je te disais aussi tout à l'heure,
 150 l'explication avant tout, c'est très important. « je vais vous faire ça parce que y a ça et donc oui
 151 vous allez, vous risquez de sentir quelque chose » jamais trop essayer de trop dire les choses
 152 pas, pas leur pas leur dire vous allez avoir très mal mais voilà... Je, je vais peut-être utiliser
 153 également notamment lors d'un retrait de Redon, par exemple des exercices de respiration
 154 entre guillemet mais c'est « respirer plusieurs fois bloqué la respiration je tire à ce moment
 155 précis ». Euh... l'explication. Après je peux aussi éventuellement, dans des cas de pansement
 156 de gros pansement comme je te disais. Euh... on peut faire prescrire des antalgiques
 157 préventifs avec des doses de morphine qu'on administre avant le pansement, MEOPA
 158 également qu'on a, qu'on a dans le service et qu'on utilise donc des cas assez rares mais on

159 utilise aussi. Euh... pose de sonde, je vais utiliser la lidocaïne en gel pour essayer d'apaiser ou
160 pour pas faire trop mal. Expliquer, essayer aussi d'être assez rapide dans mes soins, de pas
161 faire durer le truc, surtout quand je vois c'est douloureux et si jamais imaginons la douleur est
162 énorme et que je sens que je suis pas capable de gérer par exemple, la pose d'un cathé avec
163 quelqu'un, j'ai toujours, je reviens sur le cathé mais avec quelqu'un ou une pose d'une sonde
164 où j'arrive pas à sonder le patient à mal, dans ce cas-là je vais déléguer, je vais demander à
165 une collègue de venir m'aider ou alors je prends une collègue avec moi qu'on soit deux, qu'on
166 essaye de, de faire la chose voilà. Essayer de pas faire durer la douleur, de prévenir la douleur,
167 d'expliquer ce qui va pouvoir ressentir et euh... et voilà rassurer, parler euh, pas laisser la
168 personne dans, dans son truc de, de douleur. On essaie de faire au mieux comme ça après,
169 après malheureusement, forcément, on est obligé de faire des soins douloureux de par notre
170 métier mais, mais voilà je pense que déjà l'explication pour moi c'est déjà une des choses les
171 plus primordiales pour, pour appréhender déjà au moins en, en tête se dire, bon le patient il
172 peut se dire, ben voilà mais je... il sait à quoi s'attendre quoi

173 **Ok... merci c'était ma dernière question**

174 C'est bon ?

175 **Oui**

Annexe V : Entretien avec Amélia (IDE 3)

1 Bon du coup pour commencer, est-ce que tu pourrais te présenter, donc ton nom,
2 prénom qui sera anonymisé, euh ta date de diplôme... euh... où est-ce-que t'exerces,
3 depuis quand et est-ce que t'as des formations sur la douleur ou des DU.

4 D'accord. Euh... du coup je suis Anaïs. Euh, je suis diplômée depuis juillet 2020, j'ai
5 commencé à travailler en hématologie à Aix-en-Provence où j'ai fait 6 mois et ensuite je suis
6 venu travailler ici en hématologie toujours. Euh je suis là depuis janvier 2021 du coup. Voilà
7 et là, pour la formation sur euh, sur la douleur euh... on a eu euh une formation qui est
8 basique à, à l'hôpital quoi, qui nous font quand on arrive. Après pas de formation euh
9 supplémentaire euh particulière du coup.

10 Ok parfait. Euh... du coup pour toi c'est, quels sont les soins douloureux dans le
11 service ?

12 Euh... alors du coup les soins douloureux, déjà on a des patients qui sont douloureux euh...
13 par rapport à leur pathologie. Euh... tout ce qui est myélome et méta osseuse mais ensuite
14 c'est surtout tout ce qui est euh myélogramme du coup, ponction lombaire je dirais. Euh...
15 ouais je pense que les myélogrammes euh sont un des soins les plus douloureux avec les
16 ponctions lombaires dans le service.

17 Ok. Euh... quelles émotions tu ressens avant de faire un soin douloureux ? Toi

18 Hum...Alors ce que je ressens c'est vrai que... je, des fois je trouve que... on a pas mal de...
19 comment euh...de choses qui existent pour pallier la douleur des patients et on s'en sert pas
20 tout le temps, soit par manque de temps parce qu'on n'accompagne pas forcément euh...le, le
21 médecin soit par manque de formation, alors ça serait plus de la frustration. Euh...pour le
22 coup les soins les plus douloureux, c'est des soins médicaux auxquels j'assiste pas forcément
23 parce que c'est le médecin et du coup oui de la frustration de ne pas avoir le temps de pouvoir
24 mettre en place tout ce qu'on pourrait mettre en place euh... pour éviter cette douleur style
25 MÉOPA, euh... la RESC euh...pour les personnes qui sont formées euh... l'hypnose, voilà.

26 Ok. Euh... est-ce que tu penses que... le déroulé d'un soin il peut être modifié par ta
27 gestion des émotions mais à toi ?

28 Hum...par mes émotions genre que ça pourrait modifier le... ?

29 Oui oui.

30 Je pense oui, y'a des soins euh... avec lesquels on est plus ou moins à l'aise dans
31 l'accompagnement. Après normalement c'est pas censé, en tout cas tes émotions sont pas
32 censées intervenir dans ta... dans ta prise en charge. Après euh... j'arrive pas à savoir si
33 l'émotion euh... (réfléchi) Dans vraiment des prises en charge de soins douloureux ?

34 **Ouais**

35 (réfléchi) Oui je pense. Je pense que ça peut euh...ça peut y jouer, mais pareil par manque
36 de...enfin l'émotion que, que ton manque d'expérience et de formation va...La place que ça
37 va prendre sur tes émotions. Je sais pas si j'ai été clair ?

38 **Oui oui**

39 Désolée...

40 **Mais du coup, c'est avec l'expérience qu'en fait tes émotions, elles ont moins d'impact**
41 **sur le soin ? C'est ça ?**

42 Mais je pense parce qu'en fait euh... par exemple moi je suis ni formée à la RESC, ni formée
43 à l'hypnose ni formée euh... bon le MÉOPA y'a pas besoin de formation particulière mais
44 c'est vrai que je trouve que... si t'as des compétences adaptées euh... tu vas être plus à l'aise à
45 gérer une situation euh... où le patient il est douloureux si c'est quelque chose que tu as
46 l'habitude... On le voit chez des personnes qui sont par exemple en oncologie dans le service
47 à côté qui ont l'habitude de gérer ces prises en charge, ils sont plus à l'aise parce qu'ils ont plus
48 d'expérience dans ce domaine. D'où la prise en charge de la douleur, j'avoue que...on est pas
49 les mieux formés euh... voilà

50 **Ok. Est-ce que t'aurais un exemple de situation où tes émotions, elles ont impacté un**
51 **soin euh... que ce soit y'a un petit moment ou quand t'étais étudiante ou encore**
52 **aujourd'hui ?**

53 Hum... alors les prises en charge, les émotions je trouve que ça impacte toujours la prise en
54 charge mais en soins douloureux... ? Euh...(quelqu'un rentre dans la pièce) Euh... une
55 situation particulière euh... oui chez un patient euh... qui était très douloureux euh... du coup
56 euh... suite à un soin parce qu'il avait eu la ponction lombaire donc il avait de grosses
57 céphalées euh, plus il avait des douleurs en général euh qui étaient dues à sa pathologie, mais
58 c'est vrai qu'à un moment donné, tout ce qui est antalgique, tout ce qui est médicamenteux on
59 va dire euh... on arrive au bout. Mais encore une fois euh, c'est le moment où je me sens
60 euh... un peu impuissante parce que je n'ai pas la, de formation qui peut me permettre de lui
61 proposer autre chose. Euh, on peut faire des soins de support comme la luminothérapie mais

62 c'est vrai que si la personne elle est pas..., elle est pas réceptive, je n'ai vraiment aucune autre
63 euh, alternative à, à lui proposer quoi. Donc ça serait plus ouais, ce, ce patient-là. Mais c'est
64 des situations qui sont assez globales et qui arrivent euh, qui peuvent arriver à n'importe quel
65 patient pour le coup.

66 **Ok hum**

67 Donc voilà

68 **Pour toi, c'est euh... quel est l'impact du vécu douloureux du patient du coup, sur le**
69 **déroulé du soin ? Donc là c'est on, le patient sur le dérouler du soin.**

70 Oui, euh un patient qui... avec une mauvaise expérience euh, à n'importe quel moment pour
71 euh un soin qu'il a vécu euh ben de façon douloureuse, il va forcément être anxieux pour le
72 prochain soin, forcément aussi être euh, dans l'appréhension oui de, de ressentir une douleur
73 et des fois il a l'impression d'avoir mal avant même de commencer. Enfin vraiment on dirait
74 que... il a la mémoire de sa douleur qui est toujours là et du coup euh... Enfin ça crée euh...,
75 un milieu anxiogène pour euh, pour le déroulé du soin. Ils arrivent euh, enfin on a même pas
76 le temps d'expliquer que, de suite il va se raidir, ça va pas faciliter la tâche au médecin, ça
77 facilite pas non plus la tâche à l'infirmière euh, qui l'accompagne. Donc oui ça a
78 complètement un impact sur ses soins futurs.

79 **C'est quoi ? C'est que ça prend plus de temps, c'est que... ?**

80 Ça va prendre plus de temps et même lui, il va forcément mal le vivre. S'il arrive en se disant
81 que ça va être comme la dernière fois et que euh, il va forcément trouver, enfin il va falloir
82 trouver d'autres alternatives pour euh... Donc oui ça va prendre plus de temps pour lui faire le
83 soin mais, mais aussi pour lui c'est, il va forcément mal le vivre euh du fait que les premières
84 expériences étaient pas bonnes.

85 **Ok, parfait.**

86 Voilà.

87 **Et du coup, dernière question : Qu'est-ce que tu mets en place pour accompagner un**
88 **patient qui a un vécu douloureux ?**

89 Hum...Déjà une euh...une première approche où on va l'avertir du coup du soin qui va se
90 passer euh... Une explication plus en détail peut-être euh... de ce qu'on peut lui proposer, de
91 ce qui va se passer euh, de ce qui existe du coup euh, pour euh, pour ses douleurs, le laisser
92 choisir peut-être euh le, le temps euh, le moment qu'il veut pour le soin, euh le médecin qui
93 préfère aussi ça arrive qu'il y a des patients qui préfèrent tel ou tel médecin ou telle ou telle

94 infirmière et un accompagnement comme je disais tout à l'heure, je suis pas présente tout le
95 temps quand les médecins font ces gestes douloureux par contre pour des personnes pour qui
96 c'est compliqué, on va forcément trouver le moyen de se... de se détacher pour pouvoir être
97 là, pour faciliter la tâche au médecin et au patient du coup.

98 **Et du coup c'est quoi ton rôle quand t'es euh...**

99 Euh de l'accompagnement, ouais rassurer, euh communiquer même si euh encore une fois
100 c'est, ça rentre pas dans des trucs hyper euh... Voilà hypnose... mais rien que le fait d'être là,
101 et d'être avec le patient, on n'est pas là pour assister le médecin. On est vraiment là pour le
102 coup euh... avec le patient et euh ouais ça va surtout être de l'accompagnement et euh de
103 redonner confiance... aux patients envers son, son geste quoi.

104 **Ok**

105 Voilà

106 **Est-ce que... t'aurais un exemple... ou pas ... de situation** (quelqu'un toque, elle se lève et
107 ouvre la porte et revient s'asseoir). **Est-ce que t'aurais un exemple de situation où ça s'est**
108 **passé ou... ?**

109 Euh... oui y'a un patient qui revenait très régulièrement euh, à chaque fois pour euh ben pour
110 ses myélo, qui avait une crainte euh... en général de toute façon de, de ses soins et euh... et là
111 pour le coup, c'était quelque chose qui s'organisait à l'avance, on savait qu'il venait. Je me
112 rappelle y avait même la cadre qui venait pendant ces moments-là euh...pour euh... pour être
113 avec lui, il fallait du monde, du monde pour gérer le MÉOPA, du monde pour gérer le patient
114 euh... Donc euh voilà. Déjà il faut des moyens humains, moyens matériels du coup en tout ce
115 qui concerne MÉOPA. Et là y'a pas longtemps, on a une jeune fille de 25 ans mais qui était
116 handicapée mentale donc pour qui même une prise de sang c'était euh... il fallait mettre les
117 patchs EMLA® et cetera... pour qui c'était très compliqué et pareil, euh... on a dû lui faire
118 une pose de cathéter, on y allait. L'étudiante y aller pour lui parler, j'avais ma collègue
119 infirmière qui lui tenait le masque MÉOPA, moi pareille j'avais pris mon temps. J'avais, j'étais
120 allée 1 heure avant lui expliquer lui mettre l'EMLA®. Voilà, c'est... à peu près toujours le
121 même fonctionnement euh...

122 **C'est surtout de la prévention avant le soin ?**

123 Ouais vraiment de l'explication, de la recherche du consentement, et euh... et sur place, de
124 l'accompagnement et de la patience voilà

125 **Ok parfait !**

126 Sur ?

127 **C'est nickel ! Merci**

Annexe VI : Entretien avec Élise (IDE 4)

1 **Alors, bonjour ! Euh est-ce que ça te... dérange si j'enregistre ?**

2 Non pas de soucis

3 **Ok. Donc euh... Est-ce que dans un premier temps tu pourrais te présenter ? Ton nom,**
4 **ton prénom qui sera anonymisé, euh, ton âge , euh... depuis quand tu travailles dans ce**
5 **service, dans quel service tu travailles, euh...quand est-ce que t'as été diplômé et si t'as**
6 **des formations sur la douleur.**

7 Ok alors donc je m'appelle Élise, j'ai 43 ans. Euh j'ai commencé à travailler en 2006. Euh...
8 Donc j'ai essentiellement fait du euh, du SSR et du court séjour gériatrique. Et euh... donc les
9 soins palliatifs j'y suis rentrée euh en 2015-2016. Euh donc j'ai été sur Lyon euh, avant
10 d'arriver ici et dans le service là j'y suis depuis 2020.

11 **D'accord.**

12 Euh, Ben comme formation du coup j'ai mon DU de... sur la douleur depuis un an, euh...
13 après fin... j'ai eu la formation de base en soins palliatifs, euh... et puis après j'ai fait plein de
14 petites formations sur les huiles essentielles, sur les massages, sur euh voilà.

15 **Ok ! d'accord. Euh... alors pour toi c'est... Enfin quels sont les soins douloureux dans**
16 **ton service, ici ?**

17 Alors euh... le, les soins douloureux chez nous, euh... pfff... Alors des prises de sang on en
18 fait très peu et la plupart du temps c'est sûr des pic line euh... ou des PAC que du coup c'est
19 pas forcément douloureux. Euh moi je dirais à la limite c'est les toilettes, euh...oui parce
20 qu'on fait très peu de soins invasifs, euh donc euh...pfff... peut-être des pansements , mais
21 euh...ouais parce qu'on fait très peu de soins invasifs donc du coup euh... je sais pas quoi te
22 dire.

23 **C'est surtout les mobilisations au final ?**

24 Les mobilisations oui voilà où on est le plus, on est vraiment attentif là-dessus quoi.

25 **Ok !**

26 Voilà

27 **Et euh...Quelles émotions tu ressens avant de faire un soin douloureux ?**

28 Alors moi, j'ai... les gens qui sont douloureux c'est beaucoup d'angoisse, voilà le, la peur de
29 faire mal, de mal faire euh... et puis euh... quand euh... même après, même si on sait qu'on a
30 fait euh, quelque chose avant, même y a des gens ça suffit pas. On a beau faire ce qu'on peut
31 euh... du coup voilà y'a beaucoup d'appréhension, beaucoup d'angoisse euh...avant de faire

32 ce genre de soin. Quand on sait qu'on va faire mal mais qu'on a pas le choix de, de mobiliser
33 le...voilà.

34 **D'accord ! Ok ! Euh... Est-ce que tu penses que le déroulé d'un soin douloureux du**
35 **coup, il peut être modifié par ta gestion des émotions à toi ?**

36 Alors oui, euh... Parce que... les émotions ça se transmet, et si toi tu arrives euh... ben que
37 t'es déjà anxieux ou que tu, t'es tremblotant, tu te dit « *je vais pas y arriver* », que si
38 psychologiquement toi t'es pas préparé à, à faire ton soin, forcément tu vas euh...transmettre
39 la chose aux patients et du coup ça va mal se passer. Donc c'est pour ça que c'est important de
40 se préparer, de préparer ce qui va se... faire quoi. En fait de te préparer psychologiquement à
41 ce que tu vas faire.

42 **Donc c'est une préparation sur toi-même ?**

43 Et organisationnelle aussi. C'est hyper important.

44 **D'accord. Est-ce que t'aurais une situation comme exemple euh qui t'as... marqué euh...**
45 **où tes émotions et ta gestion des émotions ont impacté en soins ?**

46 Euh...ben oui, c'est justement, c'était quand j'étais sur Lyon, euh... un monsieur qui était
47 extrêmement douloureux euh...Et euh... du coup même, même sous, on faisait du mida avant
48 ou même sous mida on, on, le patient est quand même plus apaisé mais on voyait qu'il était
49 crispé tout ça et du coup c'était toujours enfin...On prenait tout à la pincette et c'est vrai
50 qu'après euh... Quand tu sais comment marche le midazolam en fait, tu te dis bon
51 effectivement il a été crispé, il a été douloureux mais il s'en souviendra pas. Donc c'est ça qu'il
52 faut que tu te dises aussi. On a fait du mida euh...même s'il a été crispé, il... il aura oublié ce
53 qu'on a fait en fait. Donc déjà quand tu sais ça, tu rentres plus serein euh...Et c'est que, c'était
54 même, le fait de se même, même si tu savais que il s'en souviendrait pas le fait que tu le
55 voyais crisper pendant le soin, bah toi t'étais crispé aussi enfin c'était compliqué euh, avec les
56 filles de mobiliser. Et puis c'était un monsieur assez costaud donc bon, déjà on galérait pour
57 le, le tourner tout ça donc euh...c'était... À chaque fois qu'on savait qu'on allait faire sa
58 toilette, on était toutes euh...un peu flippées quoi.

59 **Et du coup en fait le fait que... lui il soit crispé et que toi tu sois crispée... euh le soin**
60 **était plus compliqué ?**

61 Ouais je pense, on l'abordais d'une façon différente ouais.

62 **Ok ! Euh... Pour toi c'est quoi l'impact du vécu douloureux du patient sur le déroulé du**
63 **soin du coup?**

64 Et bah le...le problème c'est que si c'est répétitif euh au bout d'un moment le patient il va
65 nous dire « *Stop, me touchez plus* » quoi. Et euh... C'est pour ça qu'il faut qu'on arrive à le
66 mettre en confiance et euh...C'est comme pour les prises de sang, les gens qui ont eu 10
67 millions de prise de sang, au bout d'un moment ils en ont pffïou, « *laissez-moi tranquille* »
68 quoi surtout si... Après ça dépend comment se sont passées leur prise de sang euh...Comment
69 le soignant a, a abordé la chose mais c'est vrai que...Le patient il se souvient, enfin il garde
70 en mémoire euh... Même si ça s'est passé qu'une seule fois ou 2 fois, il le garde en mémoire et
71 après du coup... C'est terrible de, d'arriver à revenir en arrière euh... pour faire accepter les
72 choses quoi.

73 **Parce que du coup c'est euh... le soignant il aurait un impact sur la, sur cette mémoire**
74 **de douleur ?**

75 Ah oui je pense. Ouais ouais si euh... Si tu as pas réussi à... à mettre le patient en confiance,
76 à mettre euh... Enfin je sais que nous avec (le nom d'une collègue) euh... c'est un vrai
77 guignol euh... On tourne beaucoup les choses à l'humour, tout ça, du coup on arrive à
78 détourner euh... ce malaise qui, que peut avoir le patient euh... Il sait qui, parce qu'il sait qu'il
79 va avoir mal quoi ou voire même il s'est dit qu'il va avoir mal, donc il va avoir mal euh... du
80 coup c'est important de les, de les rassurer au maximum et de dire qu'on va faire euh... le...
81 du meilleur qu'on peut pour éviter qu'il ait mal. Et faut qu'on arrive à, à transcender ça en
82 fait, à ce qu'il passe au-dessus de, de ce souvenir de douleur qu'il a eu alors que, elle va pas,
83 elle va pas, elle va pas y être cette douleur en fait. C'est lui qui va se la créer tout seul parce
84 qu'il a vécu une fois donc du coup ben forcément la deuxième, ça sera pareil. Bah non en fait.
85 Du coup c'est nous en tant que soignant euh... Voilà à créer une confiance euh avec le patient
86 et c'est dur. Enfin c'est, d'arriver à casser ce schéma en fait.

87 **Parce que du coup, c'est l'importance que tu mets, c'est la confiance qu'on peut avoir**
88 **avec toi et même temps, vous utilisez un peu de distraction pendant le soin c'est ça ?**

89 Voilà c'est ça exactement. Et puis... Enfin moi je vois par exemple le, les patients qui sont
90 sous Lovenox, je veux dire quand ça fait 40 jours qu'on te fait une piqûre, au bout d'un
91 moment t'en a pffïou pffïou...Et en fait moi ce que je fais euh... souvent euh... En fait je leur
92 gratte le, le genou comme ça et je pique de l'autre côté donc en fait, ils se focalisent sur mon
93 doigt et en fait ils se rendent même pas compte que, que j'ai piqué quoi. Donc euh voilà, il
94 faut, il faut les distraire enfin euh... Vraiment défocaliser leur euh, leur attention sur autre
95 chose en fait et du coup, souvent t'as la collègue qui, qui lui parle ou qui fait la guignole à

96 coté et puis paf, ils pensent à autre chose du coup ça se passe très bien quoi. Donc c'est vrai
97 que nous en soins palliatifs, par exemple dans les chambres, on a de la musique euh, on...
98 souvent moi je, moi ça m'est arrivé, une patiente euh qui aimait beaucoup chanter, et euh...
99 en fait, on la faisait chanter euh, pendant parce que, elle avait une jambe très douloureuse
100 pendant qu'on la mobilisait, on la faisait chanter en fait et du coup euh... Le fait qu'elle
101 chante, elle se concentrait sur ce qu'elle était en train de faire elle, et elle ne faisait pas
102 attention à ce qu'on faisait nous donc du coup ça se passait euh, ça se passait très bien quoi.

103 **Parce que du coup vous travaillez en équipe ?**

104 On est tout, euh ici, oui on travaille en binôme, strict ! Interdit de rentrer tout seul dans une
105 chambre !

106 **D'accord !**

107 Donc du coup c'est, du coup c'est vachement énorme pour euh, nous infirmière quand on fait
108 des soins euh... Ben un peu... pas très sympa quoi. T'a toujours l'aide-soignante qui est avec
109 nous et du coup euh, qui leur parle voilà... qui distrait le patient quoi.

110 **Ok !**

111 Donc ça, c'est pour ça que le travail en binôme, enfin, nous on a de la chance de pouvoir en
112 soins palliatifs de..., de pouvoir le faire vraiment au sens strict du terme quoi c'est... on est
113 menotté et on se sépare jamais.

114 **Ok ! Et euh...du coup en plus, est-ce que tu aurais d'autres manières euh... D'autres**
115 **choses que tu mets en place pour accompagner un patient qui a un vécu douloureux**
116 **important ?**

117 Alors bah du coup euh... Nous on a plein de... On utilise plein de trucs en fait, ici on a la
118 musicothérapie euh..., on a, là on a, on va avoir un masque de réalité virtuelle, euh on a de la
119 luminothérapie aussi euh... Donc on utilise beaucoup la musique euh, après euh... enfin pour
120 l'instant on a plus personne de former mais euh...Comment ça s'appelle ? Euh...quand tu leur
121 parle là et que il euh...

122 **L'hypnose ?**

123 De l'hypnose voilà. On avait une infirmière qui était, qui était formée à l'hypnose et... Ça
124 marche très bien l'hypnose ! Après tu peux faire une hypnose conversationnelle, c'est des
125 trucs de base, tu leur parles en fait et tu leur fais raconter euh... des trucs et puis... du coup ils
126 pensent pas... Voilà euh... En fait euh, les patients qui ont beaucoup besoin de parler en fait,
127 ben il suffit que tu leur poses deux, trois questions euh... Et hop, l'aide-soignante elle est là et

128 puis hop t'es là tu fais ta prise de sang et voilà il capte rien quoi. Ouais on utilise beaucoup,
129 beaucoup de choses ici assez diverses. Euh... On a des bains, même des bains thérapeutiques
130 euh, pour des patients qui sont douloureux aux mobilisations, le bain c'est génial, ils flottent
131 enfin il..., c'est hyper agréable quoi. C'est euh... Mais moi je, je suis très musique, je chante
132 beaucoup, enfin pour les personnes âgées on leur sort leurs chansons des années 30 et 40 là,
133 ils sont à fond. Les plus jeunes bon après... Moi ça m'est arrivé de faire des compilations euh
134 aux patients et du coup le matin pendant la toilette et vas-y tu chantes ! Ça passe crème quoi !
135 Les toilettes c'est génial, c'est, et puis bon maintenant on a Spotify et compagnie c'est...

136 **Ouais donc euh... Tu utilises un peu tous les outils que tu as et euh...**

137 Moi je suis très musique, ça c'est mon truc ! Chanson française, tu peux me donner tout ce
138 que tu veux, je connais tout par cœur ! Voilà c'est surtout pour les toilettes, c'est vrai que euh
139 franchement la toilette, c'est génial ! Bon après on a des trucs plus doux euh... avec de la
140 musique classique, des trucs zen. Voilà avec la respiration. On a des chats aussi.

141 **(Je rigole)**

142 Non mais c'est vrai on a des chats ! On a un chat, c'est un espèce de robot là et là, la mamie,
143 elle, elle est à fond dessus quoi. On a un chat et un chien. Pour des gens qui sont angoissés et
144 tout c'est génial, c'est euh... Mais voilà c'est surtout la, la diversion enfin vraiment faire une
145 espèce de petit cocon euh, que le patient se sente en sécurité et que toi tu, tu arrives déjà, tu te
146 dis « *Je vais faire un bon soin ça va bien se passer !* » et puis surtout mettre tout en place
147 euh... La morphine enfin tout ce qu'il faut avant euh... c'est au niveau antalgique euh... Tu
148 sais que t'as tout fait, donc normalement ça devrait se passer et sachant que bon, ben la
149 douleur c'est autant physiologique que psychique et que t'as, fin c'est 70% du, du, du
150 psychologique en fait euh... Du coup si le patient tu le, tu le cadre bien dès le départ c'est, ça
151 va bien se passer voilà. Faut que toi tu te dise « *je vais faire quelque chose de bien, ça va bien*
152 *se passer !* »

153 **D'accord et du coup, euh c'est vraiment de te convaincre aussi toi-même que...**

154 Oui et que nous enfin, on a plein de, on est en capacité de faire plein, plein de choses. Ouais
155 on est, on a on est plein de ressources. Et voilà on a pas besoin de grand-chose en fait pour
156 euh..., pour faire bien les choses, faut avoir un peu d'inventivité.

157 **Et euh... Quand tu parlais de traitement de tout ce qui est antalgique, qu'est-ce que tu**
158 **mets en place ?**

159 Ben nous on utilise beaucoup, ben du coup t'as 90% des gens, ils sont sous morphine déjà.
160 Donc tu, tu penses que voilà, les gens qui sont par exemple per os ou sous cut, toi tu sais que
161 il faut une demi-heure, trois quart d'heure avant que le traitement soit fait, donc tu
162 prémédiques ton patient euh... sachant que tu as 4 h de derrière toi après pour faire la toilette
163 donc déjà dès le matin paf ! Tu le prémédiques. Euh... On utilise beaucoup euh... le
164 midazolam pour tout ce qui est anxiété et euh... la kétamine pour tout ce qui est douleur
165 neuropathique. Donc voilà si tu connais les, tes temps euh... d'adaptation des traitements,
166 combien de temps il faut laisser avant, après machin ben du coup tu, tu gères ton planning et
167 puis ça se passera bien quoi

168 **Ouais, c'est vraiment connaître les temps d'action pour t'organiser au mieux ?**

169 Ouais voilà exactement !

170 **D'accord**

171 Et euh...c'est comme le, le midazolam si tu le fais en IV ça agit de suite euh...bon en sous cut
172 c'est toujours un peu plus de temps, euh... la kétamine c'est en IV ça, ça agit très rapidement
173 donc tu le fais, enfin tu la commence au moment où tu fais ton soin, tu commences ta
174 kétamine. Voilà si tu sais tout ça, ça devrait bien se passer.

175 **D'accord, est-ce que... Moi j'ai terminé avec mes questions, est-ce que t'aurais d'autres**
176 **choses à rajouter qui te viennent ou... ?**

177 Non, non moi je pense, enfin vraiment qu'on a tous plein de ressources et que on peut, on peut
178 aider le patient avec pas grand-chose et que c'est, c'est nous qui, qui faisons, qui faisons tout
179 en fait hein. Si le patient, il a une mauvaise mémoire de, de quelque chose c'est à cause de
180 nous et sinon pour enlever cette mémoire, ça va être compliqué mais c'est nous, on peut faire
181 aussi beaucoup de chose aussi.

182 **Ouais donc c'est ton approche euh... ?**

183 Ouais, ouais voilà !

184 **Merci beaucoup !**

185 De rien !

Annexe VII : Grille d'analyse des entretiens

Thème	Théorie	Verbatim
La représentation des soins douloureux	<u>Partie 3.2.3 :</u> de nombreux soins ont été identifiés comme douloureux : les pansements d'escarres, des plaies chroniques, les ponctions artérielles, veineuses qu'elles soient centrales ou périphériques. Il y a également la pose de sondes urinaires ou nasogastriques, « les mobilisations de redons, drains, aspiration trachéobronchique, fibroscopie... » (Célestin-Lhopiteau, I. Bioy, A 2014) la kinésithérapie, le port de pâtre, d'attelle, les transferts et les positions du patient lors d'un examen radiologique par exemple. Les soins d'hygiène et de confort comme la toilette, la réfection du lit, l'habillage peuvent aussi provoquer des douleurs (CLUD) expliquent que «Ces douleurs sont pour la moitié induites par des actes courants et en	Chloé (IDE 1): L19-22 « les réductions euh... de fracture, donc souvent les épaules euh...les... ouais souvent c'est les épaules parce que les membre inf... euh... souvent ils sont faits au bloc hein. Après on peut avoir des pansements, euh... des pansements type... les VAC, fin voilà les... gros pansements on va dire. » Alice (IDE2) : L16-18 « les prélèvements sanguins, qu'on a, qu'on fait à quasi tous les patients tous les 2 jours. Euh... pose de cathéter » L20-22 : « rien que même la toilette, la toilette finalement va être un soin assez douloureux parce que le patient avec ses fractures a beaucoup de difficulté à se mobiliser » L25-26 : « aille aux toilettes » L29-30 : « un soin quotidien euh, une mise au bassin euh, une installation au repas, ça peut se montrer douloureux » Amélia (IDE 3) : L14 « c'est surtout tout ce qui est euh myélogramme du coup, ponction lombaire » L115-116 «une jeune fille de 25 ans mais qui était handicapée

	particulier des soins infirmiers». <u>Partie 3.2.4</u> « il n'est pas rare, lorsqu'une personne se plaint de douleur lors de la réfection d'un pansement, par exemple, qu'elle soit peu entendue » (Chauffour-Ader C., Daydé MC., 2016). Cependant, ce qui est identifié comme non douloureux pour le soignant, l'est peut-être pour le patient. Cette non prise en compte de l'expérience du patient lors de ce soin aura des conséquences néfastes sur le vécu douloureux.	mentale donc pour qui même une prise de sang c'était euh...» L117-118 « on a dû lui faire une pose de cathéter » Élise (IDE 4) : L17 « Alors des prises de sang » L19-20 « c'est les toilettes, euh...oui parce qu'on fait très peu de soins invasifs, euh donc euh...pfff... peut-être des pansements »
Les émotions du soignant avant un soin douloureux	<u>Partie 3.1.3</u> Elle parle ensuite de l'appréhension de faire souffrir lors de soins, de provoquer une douleur induite mais également de la peur de commettre une faute ou une erreur. « Cette peur de nuire au malade peut aller jusqu'à l'insoutenable » (p.61) Ces deux derniers exemples seraient donc liés à la volonté d'éviter de nuire à l'intégrité du patient. Il y a aussi une peur liée à la projection de soi sur le	Chloé : L30 « On peut dire que des fois, j'appréhende » Alice : L33 « l'appréhension » L35-36 « aller poser un cathéter euh... ça me faisait un peu une réticence parce que je me disais que j'allais faire mal au patient » Amélia : L23-24 « oui de la frustration de ne pas avoir le temps de

	patient « <i>Plus tard, j'espère que ça ne m'arrivera pas</i> » (p.62) relate une infirmière à l'auteure. Le soignant peut également ressentir un sentiment d'injustice ou d'impuissance envers des situations difficiles comme le décès de jeunes patients. En effet, ces sentiments sont étroitement liés à la colère : « <i>La colère non maîtrisée, non gérée, non dépassée, glisse soit vers la violence, soit vers le sentiment d'impuissance</i> » (p.58)	pouvoir mettre en place tout ce qu'on pourrait mettre en place » L59-60 « <i>c'est le moment où je me sens euh... un peu impuissante</i> » Élise : L28-29 « <i>les gens qui sont douloureux c'est beaucoup d'angoisse, voilà le, la peur de faire mal, de mal faire</i> » L57-58 « <i>À chaque fois qu'on savait qu'on allait faire sa toilette, on était toutes euh...un peu flippées quoi</i> »
La gestion des émotions du soignant	<u>Partie 3.1.4</u> Ces situations ont été conceptualisé par Arlie Russell Hochschild. Elle l'a appelé « travail émotionnel » qu'elle définit comme « <i>l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment.</i> » Elle cite trois techniques utilisées lors de ce travail émotionnel : • Cognitive : Nous nous forçons à penser à autre chose (une image, une idée ou une pensée) dans le but de modifier l'émotion ou le sentiment ressenti.	Chloé : L65-66 « <i>tu peux avoir les larmes aux yeux, il faut pas le montrer mais des fois, ça nous dépasse quoi...moi ça m'a dépassé</i> » L70-71 « <i>au fil des années qui passent, on apprend à prendre sur soi</i> » Alice : L118-119 « <i>Forcément on est obligé de prendre un peu sur nous et d'essayer d'y aller quand même.</i> » L126 « <i>Tu te crées une sorte de barrière</i> » Amélia : L31-32 « <i>Après normalement c'est pas censé, en tout cas tes</i>

	• Corporelle : Nous tentons de changer les signes physiques comme la respiration ou les tremblements, nous essayons de les réduire • Expressive : La personne essaie des expressions corporelles comme sourire ou pleurer pour changer ce qu'elle ressent. Elle ajoute cependant que ces méthodes s'entremêlent le plus souvent pour gérer ses émotions. Elles ajoutent que « <i>Dans le secteur des soins infirmiers, le travail émotionnel consiste à exprimer des émotions qui sont à la fois conformes au rôle professionnel et en harmonie avec celles des patients</i> » Il y aurait donc deux raisons à réaliser ce travail émotionnel. En fonction de notre rôle, c'est-à-dire ce qui est convenable de ressentir en tant que professionnel de santé et en fonction des émotions du patient. Pour la première raison, dans le domaine du soin	<i>émotions sont pas censées intervenir dans ta... dans ta prise en charge. »</i> Élise : L40-41 « <i>En fait de te préparer psychologiquement à ce que tu vas faire. »</i> L151-152 « <i>Faut que toi tu te dise « je vais faire quelque chose de bien, ça va bien se passer ! » »</i>
--	---	--

	« <i>il y a une forme d'interdit professionnel associé à la sensibilité</i> » (Welter Hesbeen, 2009). Pour la deuxième raison, « <i>Le soignant maîtrise ses émotions afin de ne pas provoquer celles du malade ou, tout au moins, de les atténuer.</i>» (Mercadier, 2002, p. 210) Il faut donc réaliser un travail émotionnel pour s'adapter au patient, à ce qu'il ressent. Catherine Mercadier écrit également: « <i>Il les maîtrise pour lui-même dans le but de ne pas se laisser submerger par les émotions</i> » (Mercadier, 2002, p. 210). En effet, pour rester dans une relation d'aide et garder une posture professionnelle, il ne faut pas être dans la même détresse émotionnelle que le soigné. Ce travail aurait donc des effets positifs à la relation d'aide.	
Impact de la gestion des émotions sur le	<u>Partie 3.1.3</u> Margot Phaneuf écrit dans l'article « <i>L'intelligence émotionnelle, un outil du soin</i> »	Chloé : L41-42 « le soin mais après euh... en émotion je vais dire... c'est compliqué... euh... je sais pas ».

soin	parut dans la revue « Santé mentale » (2013) que <i>« nos relations avec les malades nous mettent en contact avec leurs craintes, leur souffrance, leur colère, voire leur désespoir et ces émotions sont susceptibles de susciter en retour, chez nous, l'empathie, l'anxiété, l'agacement ou le rejet. »</i> Elle confirme donc les précédents dires de Catherine Mercadier, ce que le patient ressent, nous renvoie de nombreuses émotions et sentiments. Elle écrit ensuite : <i>« si nous sommes bouleversés, submergés par l'émotions, nous ne sommes peu d'aide »</i>. De plus, comme cités précédemment toutes les émotions ne sont pas adaptées ou bien vu dans toutes les situations. De plus, elles seraient positives et permettraient une bonne relation soignant-soigné et de meilleurs soins : <i>« quoi de plus beau qu'un regard de compassion, que des mots réconfortants et des gestes de douceur pour une personne qui</i>	Alice : L89-90 <i>« Le fait que je sois un peu plus stressée de par ce soin, ben je vais avoir plus de mal à piquer correctement »</i> Amélia : L35-37 <i>« Je pense que ça peut euh...ça peut y jouer, mais pareil par manque de...enfin l'émotion que, que ton manque d'expérience et de formation va...La place que ça va prendre sur tes émotions »</i> L44-46 <i>« tu vas être plus à l'aise à gérer une situation euh... où le patient il est douloureux si c'est quelque chose que tu as l'habitude... »</i> Élise : L36-39 <i>« les émotions ça se transmet, et si toi tu arrives euh... ben que t'es déjà anxieux ou que tu, t'es tremblotant, tu te dit « je vais pas y arriver », que si psychologiquement toi t'es pas préparé à, à faire ton soin, forcément tu vas euh...transmettre la chose aux patients et du coup ça va mal se passer »</i> L48-49 <i>« on voyait qu'il était crispé tout ça et du coup c'était toujours enfin...On prenait tout à la pincette »</i> L61 <i>« on l'abordais d'une façon différente ouais. »</i> L145-146 <i>« tu arrives déjà, tu te dis « Je vais faire un bon soin</i>
------	---	--

	souffre ? » <u>Partie 3.1.4</u> Ensuite Huynh Truc, Marie Alderson et Mary Thompson confirment en écrivant « <i>La documentation du secteur des soins infirmiers fait état d'autres effets positifs pour le personnel infirmier à l'échelle individuelle, comme le rapprochement avec le patient dû à l'engagement émotionnel, ainsi qu'un sentiment de réussite personnelle et professionnelle et de satisfaction au travail.</i> » mais ajoutent aussi « <i>l'amélioration du rendement sur le plan des services ou de la productivité à l'échelle organisationnelle, ou les deux, ainsi qu'un environnement de soins « joyeux » »</i> » (2009). La gestion des émotions est donc bénéfique dans la relation de soin, dans son propre épanouissement professionnel mais contribuerait également à une meilleure organisation ainsi qu'une bonne ambiance de travail.	ça va bien se passer ! » »
--	---	-----------------------------------

Impact du vécu douloureux sur le soin	<u>Partie 3.2.4</u> De plus, « <i>la dynamique actuelle qui sous-tend d'être rapide, efficace entraîne les soignants dans des modes relationnels inadaptés, standardisés ce qui les met à l'abri d'une entrée en relation avec le patient et qui bien souvent fait de ce dernier, non plus un acteur de soin, mais un objet de soin.</i> » (Blanchon C., Moreaux T., p231, 2014). La prise en soin singulière du patient en tant que sujet, non pas comme objet, est donc primordiale pour traiter les douleurs induites, le vécu douloureux et pour ne pas déshumaniser les soins. En effet, une douleur non traitée, non considérée peut avoir des répercussions sur le soin lui-même et sur la relation de soin : « <i>ces actes quotidiens ou pluriquotidiens, peuvent très vite devenir source d'anxiété, de peur, de rupture de communication dans la relation soignant-soigné</i> » (Blanchon C., Moreaux T., p231, 2014). Ils ajoutent que cette situation, qu'elle soit ponctuelle ou régulière, peut	Chloé : L99 « <i>il peut appréhender les prochains soins</i> » L101-103« <i>Il peut avoir euh... peur de nous, peur c'est un grand mot mais fin tu vois euh... il peut avoir peur, être... avoir des... bah une mauvaise image de, on va dire sur euh voilà fin sur la, l'infirmière, la personne en question et l'équipe en générale.</i> » L104-105 « <i>il peut fin tu vois, il peut pleurer, il peut s'énervé, il peut euh... (quelqu'un rentre dans la pièce), il peut crier, euh, fin voilà quoi.</i> » Alice : L85-88 « <i>si face à moi j'ai quelqu'un de vachement détendu, qui n'a pas peur d'être piqué, qui est vachement serein, ben par conséquent et par reflet de lui, je suis aussi plus sereine. Donc je le piquerai beaucoup plus facilement que quelqu'un qui sera crispé, qui aura peur d'avoir mal</i> » L92-95 « <i>le fait d'avoir quelqu'un face à soi qui va être très très douloureux ça peut, ça peut être un peu euh... On n'a pas envie de lui faire encore plus mal, on sait qu'il est déjà pas bien donc on n'a pas envie d'insister de trop et donc forcément bah ça joue un peu sur euh, par reflet sur nous même, ça joue un peu sur le, sur comment euh, comment le réaliser le soin en gros</i> »
---------------------------------------	---	---

	entraîner « <i>une lassitude, de l'agressivité, un refus de soins</i> » (p.231) et peut « <i>installer une anticipation anxieuse et douloureuse de nouveaux gestes ainsi qu'une mémorisation qui favorisera une chronicisation de cette douleur</i> ». (p. 231). De plus, Adrien Ménard écrit « <i>la douleur agit comme un facteur de stress et d'anxiété, qui a leur tour potentialise l'effet algique, ce qui augmente le risque de détresse émotionnelle et plonge le patient dans un cercle vicieux dont il est prisonnier.</i> » (p.251, 2014). La prise en charge de l'anticipation anxieuse est donc indispensable pour soulager la douleur et sortir le patient de ce « cercle vicieux ».	Amélia : L71-74 « <i>soin qu'il a vécu euh ben de façon douloureuse, il va forcément être anxieux pour le prochain soin, forcément aussi être euh, dans l'appréhension oui de, de ressentir une douleur et des fois il a l'impression d'avoir mal avant même de commencer. Enfin vraiment on dirait que... il a la mémoire de sa douleur qui est toujours là et du coup euh...</i> » L82-84 « <i>Donc oui ça va prendre plus de temps pour lui faire le soin mais, mais aussi pour lui c'est, il va forcément mal le vivre euh du fait que les premières expériences étaient pas bonnes.</i> » L74-77 « <i>Enfin ça crée euh..., un milieu anxiogène pour euh, pour le déroulé du soin. Ils arrivent euh, enfin on a même pas le temps d'expliquer que, de suite il va se raidir, ça va pas faciliter la tâche au médecin, ça facilite pas non plus la tâche à l'infirmière euh, qui l'accompagne.</i> » Élise : L59-61 « <i>Et du coup en fait le fait que... lui il soit crispé et que toi tu sois crispée... euh le soin était plus compliqué ? Ouais je pense,</i> » L64-65 « <i>le problème c'est que si c'est répétitif euh au bout d'un moment le patient il va nous dire « Stop, me touchez plus »</i> »
--	---	---

		L68-71 « Après ça dépend comment se sont passées leur prise de sang euh...Comment le soignant a, a abordé la chose mais c'est vrai que...Le patient il se souvient, enfin il garde en mémoire euh... Même si ça s'est passé qu'une seule fois ou 2 fois, il le garde en mémoire et après du coup... C'est terrible de, d'arriver à revenir en arrière euh » L78-79 « le patient euh... Il sait qui, parce qu'il sait qu'il va avoir mal quoi ou voire même il s'est dit qu'il va avoir mal, donc il va avoir mal » L83-84 « C'est lui qui va se la créer tout seul parce qu'il a vécu une fois donc du coup ben forcément la deuxième, ça sera pareil. Bah non en fait » L179-181 « Si le patient, il a une mauvaise mémoire de, de quelque chose c'est à cause de nous et sinon pour enlever cette mémoire, ça va être compliqué mais c'est nous, on peut faire aussi beaucoup de chose aussi. »
L'expérience et la formation	/	Chloé : L70-71 « au fil des années qui passent, on apprend à prendre sur soi (rire nerveux), je pense oui. Ça doit y faire oui. Ça y fait d'ailleurs. Oui c'est sûr. » Alice :

		L32-34 « ça fait quand même maintenant un an et demi que je suis dans le même service, euh... l'appréhension que j'ai de la douleur que je vais provoquer, elle est moindre que ce que je pouvais avoir au tout début de mon diplôme » L37-39 « c'est vrai que maintenant malheureusement on prend une certaine habitude qui fait que ben c'est pas qu'on est moins sensible à, à la douleur qu'on provoque mais c'est que on n'a pas le choix et c'est très habituel » L45-46 « c'est vrai que... au fur et à mesure c'est, c'est pas quelque chose qui me touche énormément » L53-54 « je pense qu'on manque un peu de formation, on manque un peu de technique pour, pour euh... pour réussir à dès le premier instant réussir à soulager une douleur » L83-84 « qu'au début c'était compliqué pour moi de poser un cathéter, et les premiers instants où je vais piquer quelqu'un, je, j'ai toujours cette appréhension de lui faire mal ou en tout cas au début » L97 « de gens très jeunes qui avaient très peur d'être piqué par moi parce que j'étais étudiante » L100-101 « je sais très bien que moi-même, je suis pas euh au top dans ce soin donc euh je vais pas m'amuser à piquer pour lui
--	--	---

		<i>faire mal »</i> L125-126 « <i>Je pense que plus tu avances dans la profession plus euh... Tu te crées une sorte de barrière »</i> L131-132 « <i>d'avancer dans cette profession et qui va faire que forcément, tu seras un peu moins sensible. Mais sans pour autant devenir quelqu'un euh de pas empathique ou quoi »</i> Amélia : L36-37 « <i>que ton manque d'expérience et de formation va...La place que ça va prendre sur tes émotions. »</i> L44-46 « <i>c'est vrai que je trouve que... si t'as des compétences adaptées euh... tu vas être plus à l'aise à gérer une situation euh... où le patient il est douloureux si c'est quelque chose que tu as l'habitude... »</i> L46-48 « <i>On le voit chez des personnes qui sont par exemple en oncologie dans le service à côté qui ont l'habitude de gérer ces prises en charge, ils sont plus à l'aise parce qu'ils ont plus d'expérience dans ce domaine »</i> L61-62 « <i>je n'ai pas la, de formation qui peut me permettre de lui proposer autre chose. »</i> Élise : /
--	--	--

L'âge du patient sur les émotions du soignant	/	Chloé : L42-45 « <i>Fin alors oui tu vois les adultes ça me fait moins mais les enfants tu vois, on aurait des enfants oui, tu vois je serai plus euh... fin euh... où le transfert et tout ça. Mais c'est vrai que les adultes, c'est moins fréquent quand même d'avoir euh... bah tu vois de prendre les choses pour soi euh</i> » L61-63 « <i>c'était des jeunes qui avaient mon âge, euh... forcément tu fais des soins euh bah, ils pleurent, il craquent, il pleurent, bah... ils sont fébriles hein parce que bah forcément c'est difficile</i> » Alice : L97-100 « <i>de gens très jeunes qui avaient très peur d'être piqués par moi parce que j'étais étudiante et c'est vrai que ben... même si on me dit vas-y fais-le. Ben non, pour moi, c'est impossible parce que je me suis dit euh...ben non je, je vais lui faire mal euh, je peux pas piquer quelqu'un qui a peur de se faire piquer</i> » Amélia : / Élise : /
Prise en charge du vécu douloureux	<u>Partie 3.2.6</u> <i>« Évaluer et prévenir la douleur est en premier lieu le témoignage du souci d'autrui, de la</i>	Chloé : L40-41 « <i>y'a l'empathie, la bienveillance, l'écoute pendant le pansement</i> »

	<i>personne douloureuse, qui attend des soignants qu'ils prennent soin d'elle. »</i> <i>« la douleur induite, le plus souvent aiguë et de courte durée, peut être prévenue par des thérapeutiques mais aussi par des attitudes soignantes compétentes et adaptées visant à prendre soin de la personne »</i> <i>« Prendre soin et soulager la douleur passe par l'écoute du patient, se rendre disponible pour l'entendre et reconnaître sa douleur »</i> <i>« Prendre soin ne se réduit pas à un acte technique, même s'il doit être parfaitement maîtrisé, et la relation interpersonnelle que constitue la relation soignant-soignée a une incidence sur le ressenti du patient quant à la douleur induite »</i> <i>Elles notent également l'importance de l'information sur le déroulé du soin qui améliorerait la relation de confiance et donc</i>	<i>L109 « Euh... l'écoute, euh... bah les explications »</i> <i>L109-110 « je peux revenir le temps que euh... voilà si il suffit que euh voilà de quelques minutes »</i> <i>L114 « le médicament en fonction de la, du ressenti de la douleur »</i> <i>L114 « le toucher »</i> Alice : <i>L22 « toujours prévenir cette douleur »</i> <i>L41-42 « avant toute chose expliquer ce qu'on fait pour euh, pour justement permettre aux patients de comprendre »</i> <i>L151-152 « jamais trop essayer de trop dire les choses pas, pas leur pas leur dire vous allez avoir très mal mais »</i> <i>L152-155 « je vais peut-être utiliser également notamment lors d'un retrait de Redon, par exemple des exercices de respiration entre guillemet mais c'est « respirer plusieurs fois bloqué la respiration je tire à ce moment précis » »</i> <i>L156-158 « on peut faire prescrire des antalgiques préventifs avec des doses de morphine qu'on administre avant le pansement, MEOPA également qu'on a, qu'on a dans le service et qu'on utilise donc des cas assez rares »</i> <i>167-168 « voilà rassurer, parler euh, pas laisser la personne</i>
--	---	--

	réduirait l'anxiété qui à son tour modulerait la perception douloureuse. <i>« l'attention que peut porter le soignant au patient, sa disponibilité au moment du soin, sa capacité d'empathie sont des éléments primordiaux dans la relation qui s'instaure au moment du soin »</i> (p.11) Elle met aussi en évidence la nécessité de l'accompagnement mais donne une autre notion qui est l'empathie. Lors de stimulus douloureux, il a remarqué que l'intensité de la douleur diminue de 12% lorsque la personne entend des phrases empathiques. Pascale Wanquet-Thibault écrit <i>« la douleur est un phénomène complexe, elle relève le plus souvent d'un traitement multimodal, c'est-à-dire de l'association d'un ensemble de moyens qu'il soit médicamenteux (...) ou non médicamenteux »</i> Pascale Wanquet-Thibault cite trois types : <i>« les moyens physiques et physiologiques, les méthodes cognitivo-comportementales et les pratiques</i>	<i>dans, dans son truc de, de douleur »</i> L160-161 <i>« essayer aussi d'être assez rapide dans mes soins, de pas faire durer le truc, surtout quand je vois c'est douloureux »</i> Amélia : L24 <i>« éviter cette douleur style MÉOPA »</i> L25 <i>« euh... la RESC euh...pour les personnes qui sont formées euh... l'hypnose »</i> L89-92 <i>« une première approche où on va l'avertir du coup du soin qui va se passer euh... Une explication plus en détail peut-être euh... de ce qu'on peut lui proposer, de ce qui va se passer euh, de ce qui existe du coup euh, pour euh, pour ses douleurs, le laisser choisir peut-être euh le, le temps euh, le moment qu'il veut pour le soin, »</i> L94 <i>« un accompagnement »</i> L99 <i>« ouais rassurer, euh communiquer »</i> L100-101 <i>« le fait d'être là, et d'être avec le patient, on n'est pas là pour assister le médecin. »</i> L102-103 <i>« ça va surtout être de l'accompagnement et euh de redonner confiance... aux patients envers son, son geste quoi »</i> L118-120 <i>« L'étudiante y aller pour lui parler, j'avais ma collègue infirmière qui lui tenait le masque MÉOPA, moi pareille</i>
--	--	---

	psychocorporelles. » (p.101). - Les moyens physiques et physiologiques permettraient de limiter les principes des mécanismes de la douleur. Il y aurait le gate control, toucher ou encore le massage. - Dans les méthodes cognitivo-comportementales, il faut s'appuyer sur les thérapies cognitivo-comportementales. Les pratiques psychocorporelles utilisent le corps comme médiateur vers le psychisme. Elle cite la distraction, la sophrologie et l'hypnose <i>« L'hypnose va permettre cette relation, ce lien et, utiliser au cours des soins quotidiens ou itératifs, donner la possibilité de modifier la perception d'un vécu qui pourrait être douloureux et augmenter le seuil de tolérance de la douleur »</i> L'hypnose agit <i>« sur la modulation du stress et de l'anxiété qui sont des facteurs aggravants de la</i>	<i>j'avais pris mon temps. J'avais, j'étais allée 1 heure avant lui expliquer lui mettre l'EMLA® »</i> Élise : L65-66 <i>« C'est pour ça qu'il faut qu'on arrive à le mettre en confiance »</i> L77-78 <i>« On tourne beaucoup les choses à l'humour, tout ça, du coup on arrive à détourner euh... ce malaise qui, que peut avoir le patient euh »</i> L80-81 <i>« c'est important de les, de les rassurer au maximum et de dire qu'on va faire euh... le... du meilleur qu'on peut pour éviter qu'il ait mal »</i> L91-93 <i>« En fait je leur gratte le, le genou comme ça et je pique de l'autre côté donc en fait, ils se focalisent sur mon doigt et en fait ils se rendent même pas compte que, que j'ai piqué quoi »</i> L94-95 <i>« Vraiment défocaliser leur euh, leur attention sur autre chose en fait et du coup, souvent t'as la collègue qui, qui lui parle ou qui fait la guignole à coté et puis paf, ils pensent à autre chose du coup ça se passe très bien quoi »</i> L98-102 <i>« ça m'est arrivé, une patiente euh qui aimait beaucoup chanter, et euh... en fait, on la faisait chanter euh, pendant parce que, elle avait une jambe très douloureuse pendant qu'on la</i>
--	---	--

	perception douloureuse. »	<i>mobilisait, on la faisait chanter en fait et du coup euh... Le fait qu'elle chante, elle se concentrait sur ce qu'elle était en train de faire elle, et elle ne faisait pas attention à ce qu'on faisait nous »</i> L118-119 « <i>On utilise plein de trucs en fait, ici on a la musicothérapie euh..., on a, là on a, on va avoir un masque de réalité virtuelle, euh on a de la luminothérapie »</i> L123-126 « <i>Ça marche très bien l'hypnose ! Après tu peux faire une hypnose conversationnelle, c'est des trucs de base, tu leur parles en fait et tu leur fais raconter euh... des trucs et puis... du coup ils pensent pas »</i> L129-131 « <i>On a des bains, même des bains thérapeutiques euh, pour des patients qui sont douloureux aux mobilisations, le bain c'est génial, ils flottent enfin il..., c'est hyper agréable quoi »</i> L133-134 « <i>Moi ça m'est arrivé de faire des compilations euh aux patients et du coup le matin pendant la toilette et vas-y tu chantes ! »</i> L139-140 « <i>La musique classique, des trucs zen. Voilà avec la respiration. On a des chats aussi. »</i> L142-144 « <i>Non mais c'est vrai on a des chats ! On a un chat, c'est un espèce de robot là et là, la mamie, elle, elle est à fond dessus quoi. On a un chat et un chien. Pour des gens qui sont</i>
--	----------------------------------	---

		angoissés et tout c'est génial » L146-147 « puis surtout mettre tout en place euh... La morphine enfin tout ce qu'il faut avant euh... c'est au niveau antalgique » L148-151 « la douleur c'est autant physiologique que psychique et que t'as, fin c'est 70% du, du, du psychologique en fait euh... Du coup si le patient tu le, tu le cadre bien dès le départ c'est, ça va bien se passer voilà. » L159 « ben du coup t'as 90% des gens, ils sont sous morphine déjà. » L163-169 « Tu le prémédiques. Euh... On utilise beaucoup euh... le midazolam pour tout ce qui est anxiété et euh... la kétamine pour tout ce qui est douleur neuropathique. Donc voilà si tu connais les, tes temps euh... d'adaptation des traitements, combien de temps il faut laisser avant, après machin ben du coup tu, tu gères ton planning et puis ça se passera bien quoi »
Le travail en équipe	/	Chloé : / Alice : L164-166 « là je vais déléguer, je vais demander à une collègue de venir m'aider ou alors je prends une collègue avec moi qu'on soit deux, qu'on essaye de, de faire la chose voilà. » Amélia : L92-94 « le médecin qui préfère aussi ça arrive qu'il y a des patients qui préfèrent tel ou tel médecin ou telle ou telle

		<i>infirmière »</i> Élise : L104-105 « <i>On est tout, euh ici, oui on travaille en binôme, strict ! Interdit de rentrer tout seul dans une chambre ! »</i> L107-109 « <i>c'est vachement énorme pour euh, nous infirmière quand on fait des soins euh... Ben un peu... pas très sympa quoi. T'as toujours l'aide-soignante qui est avec nous et du coup euh, qui leur parle voilà... qui distrait le patient quoi. »</i>
--	--	--

Annexe VIII : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée : Laurie VEAUX

Promotion : 2021-2024

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

J'ai peur de vous blesser, et vous, de souffrir.

Quand l'appréhension du soignant impacte le vécu douloureux du patient.

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 10 mai 2024 Signature :

**J'ai peur de vous blesser, et vous, de souffrir.
Quand l'appréhension du soignant impacte le vécu douloureux du patient.**

Résumé :

Ce mémoire de fin d'étude m'a permis de me questionner sur l'impact de la gestion des émotions du soignant sur le vécu douloureux du patient lors des douleurs induites. Pour arriver à cette question de départ, je me suis appuyée sur une situation que j'ai vécue pendant un stage infirmier en chirurgie digestive, où mon appréhension de faire mal à la patiente m'a empêchée de faire le soin. J'ai donc par la suite développé les connaissances théoriques concernant les émotions et leurs gestions ainsi que la douleur induite et le vécu douloureux. La recherche théorique a permis de montrer que les émotions seraient réprimées par une forme d'interdit dans le milieu hospitalier. La douleur induite est un phénomène délicat qui contiendrait de nombreuses composantes étant à l'origine du vécu douloureux. Ensuite, à l'aide d'une enquête réalisée avec des entretiens semi-directifs auprès de quatre infirmières issues de chirurgie orthopédique, d'hématologie et de soins palliatifs, j'ai pu confronter la théorie avec la pratique. Cette enquête a permis de mettre en avant la difficulté pour les infirmières à gérer leurs émotions. Ces ressentis peuvent avoir un impact important sur le vécu douloureux du patient et sur le déroulé du soin.

(197 mots)

Mots-Clés : Émotions, Gestion des émotions, Douleur induite, Vécu douloureux, Infirmier, soins

**I'm afraid to hurt you, and you, to suffer.
When the carer's apprehension has an impact on the patient's painful experience**

Abstract:

This dissertation allowed me to question the impact of the carer's emotional management on the patient's painful experience during induced pain. To arrive at this initial question, I based myself on a situation I had experienced in my second year of nursing studies in a digestive surgery department, where my fear of hurting the patient prevented me from to do the care. So, after that, I developed the theoretical knowledge of emotions and their management as well as induced pain and the painful experience. The theoretical research has shown that emotions are part of care but they are repressed by a form of prohibition in the hospital environment. The induced pain is a delicate phenomenon, with many components at the origins of the painful experience. Then, with the help of a survey realised with semi-structured interviews with four nurses from orthopaedic surgery, haematology, and palliative care, I could confront theory with practice. This survey highlighted the difficulty for nurses to manage their emotions. These feelings can have a massive impact on the patient's painful experience and on the course of care.

(181 words)

Keywords : Emotions, Emotion management, Induced pain, Painful experience, Nurse, Care