



Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

## Le stress du soignant face à la douleur induite par un soin



NAZIH Nawelle  
Formation infirmière  
Promotion 2017-2020



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

## **Diplôme d'Etat d'Infirmière**

**Travaux de fin d'études :**

### **Le stress du soignant face à la douleur induite par un soin**

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

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

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

**Le 11 mai 2020**

**Signature de l'étudiant :**

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE  
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

# SOMMAIRE

---

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2. Problématique et questionnement</b>	<b>2</b>
2.1- Situation d'appel	2
2.2- Phase de questionnement	4
2.3- Question de départ	5
<b>3. Concepts et champ disciplinaire infirmier</b>	<b>6</b>
3.1- Le soin et qualité du soin	6
3.1-1. <i>Quelques définitions</i>	6
a) Soins, soins et soins infirmiers	6
b) Qualité et qualité des soins	7
3.1-2. <i>Les critères de qualités des soins</i>	8
3.2- La douleur	9
3.2-1. <i>Définitions et classification</i>	10
a) Définition générale	10
b) Ses composantes	10
c) Douleur aiguë ou chronique	11
d) Classification des mécanismes de la douleur	12
e) Son évaluation	13
3.2-2. <i>Les signes de la douleur</i>	13
3.3- Le stress	14
3.3-1. <i>Définitions</i>	15
3.3-2. <i>Le portrait des stressés</i>	15
3.3-3. <i>Les indicateurs de stress</i>	16
3.3-4. <i>Le Syndrome Général d'Adaptation (SGA)</i>	17
3.3-5. <i>Le coping ou stratégie d'ajustement</i>	18
<b>4. Méthodologie de la recherche :</b>	<b>20</b>
4.1- L'objectif de ce travail est d'essayer d'apporter une réponse à ma question de départ	20
4.2- Méthodologie suivie	20
<b>5. Analyse :</b>	<b>23</b>
5.1- Analyse descriptive et interprétative des entretiens :	23
5.2- Discussion	26
5.3- Conclusion	30

## REMERCIEMENTS

---

Merci à Monsieur Erwan MASSON d'avoir été mon référent de mémoire. Merci pour votre guidance, votre soutien bienveillant et vos conseils avisés tout au long de cette rédaction. Merci de m'avoir permis de réaliser ce merveilleux travail.

Merci Madame Murielle LASBLEIZ de m'avoir encadré avec patience et bienveillance pendant ces trois années d'études et prêté attention à mon parcours professionnel.

Merci à l'ensemble des enseignants de l'IFSI du CHU de Rennes pour ces trois belles et riches années.

Merci à Floriane et Doriane qui ont donné de leur temps pour les entretiens menés, vous avez contribué à renforcer mon mémoire. Votre témoignage a été fondamental. Je vous en suis reconnaissante.

Je remercie également l'ensemble des professionnels, infirmier(e)s et aides-soignant(e)s, qui m'ont encadré pendant mes stages, au cours de ces trois années de formation. Ils ont tous contribué, chacun à leur manière, à l'élaboration de mes compétences infirmières, grâce auxquelles j'entends aujourd'hui devenir une professionnelle de santé.

Je souhaite remercier ma famille pour leur douceur, pour leur aide, pour leur soutien inconditionnel, pour leurs encouragements durant ces trois ans, pour avoir su me motiver lors de périodes de doute, pour avoir cru en moi, je leur dois une reconnaissance éternelle. Ils ont été mon moteur. Je les aime de tout mon cœur.

Une pensée toute particulière à mes deux relectrices : ma maman et mon enseignante préférée, ma Nounou.

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à toute personne qui m'a offert de près ou de loin, un soutien tout au long de mon parcours.

**« La vie, ce n'est pas d'attendre que l'orage passe,  
c'est d'apprendre à danser sous la pluie. »  
Sénèque, Philosophe.**

---

## 1. Introduction :

Actuellement en troisième année d'études d'infirmières à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, je réalise en lien avec l'Unité d'Enseignement (UE) 3.4. « *Initiation à la démarche de recherche* » et l'UE 5.6. « *Analyse de la qualité des soins et traitement des données scientifiques et professionnelles* » (Boissard, 2018), mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI) en vue d'obtenir le diplôme d'état d'infirmière. Ces différentes unités d'enseignements s'inscrivent au cœur des compétences 7 et 8 du référentiel de formation (« Arrêté relatif au diplôme d'état d'infirmier », 2009).

Ce travail portera sur une analyse de situation vécue qui s'est déroulée durant mon stage du semestre 5, au sein du service d'hospitalisation traditionnelle dans un service de Brûlés Adultes.

Ma définition du prendre soin de l'autre, est le résultat d'un mélange subtil entre savoirs, gestes techniques, qualité de soin, sensibilité, bienveillance et engagement personnel afin d'être une « *soignant heureux* » (Carillo, 2015).

Néanmoins, la réalité de mes stages m'a permis de constater que chaque situation de soin est unique et qu'à tout moment, le professionnel de santé doit s'adapter rendant l'exercice professionnel complexe et source potentielle d'incertitudes et de stress. Réflexion que nous avait invitée à réaliser France A.M. dans son article en 2014, analysée dans le cadre de l'évaluation de l'UE 6.1. du semestre 1 « *Méthode de travail* ».

J'ai donc tout naturellement choisi de partir sur une thématique qui me questionne depuis le début de ma formation à savoir : l'adaptabilité quotidienne du soignant face aux situations de soin unique. Cette recherche a pour objectif, suite à cette analyse réflexive de comprendre certaines situations, de nous adapter pour se protéger du piège du stress et de ne pas subir cette forme de « brutalité » sans influencer la qualité du soin apporté.

Dans un premier temps, j'exposerai ma situation d'appel ainsi que ma phase de questionnement qui m'a permis d'élaborer ma question de départ. Je présenterai ensuite de manière théorique les concepts et champs disciplinaires infirmiers ainsi que l'enquête réalisée auprès d'Infirmiers Diplômés d'État (IDE) exerçant dans des services où les soins sont potentiellement douloureux. Puis, passer à l'analyse et à la discussion qui me permettront de mettre en exergue les concepts mis en évidence.

Enfin, je conclurai ce mémoire avant d'ouvrir le débat mes différentes perspectives.

## **2. Problématique et questionnement :**

Par souci du respect du secret professionnel régi par le **Code de la Santé Publique** (CSP), je nommerai dans la situation d'appel la patiente, Madame S.

En effet : « *Les infirmiers et infirmières et les étudiants des instituts de formation préparant à l'exercice de la profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 22614 du code pénal* » cité par (« Le secret professionnel », 2011).

### **2.1 - Situation d'appel**

La situation que je vais présenter s'est déroulée dans le service d'hospitalisation traditionnelle des Brûlés Adultes, le 17 septembre 2019 vers 10h30. Je suis ce jour-là, avec une infirmière du service. Ma patiente, Mme S. s'est brûlée le 4 septembre 2019, à la cheville gauche et au dos du pied en renversant de l'eau bouillante induisant un accident de travail.

Les brûlures représentent 3% de sa surface corporelle. Pour rappel, la prise de décision de réaliser une greffe se fait au bout de 15 jours de brûlures pour permettre à la brûlure éventuellement de cicatriser seule.

Mme S. doit sortir ce jour du service pour un retour à domicile car les soins prévus peuvent être réalisés par une infirmière libérale. Le pansement est le dernier que je vais réaliser sur cette patiente (nous sommes à J5 : 2<sup>ème</sup> pansement d'une greffe de peau au niveau de la cheville et du dos du pied gauche).

A 9h45, je prémédique à Mme S. de l'Oxynorm 5 milligrammes (pour permettre au médicament d'agir) avant de procéder à la réfection du pansement.

Avant de refaire le pansement de Mme S., je m'entretiens avec l'infirmière pour protocoliser oralement la procédure du pansement que je vais exécuter. L'infirmière m'écoute, acquiesce ma démarche et m'autorise à réaliser le changement seul. Je commence donc à préparer mon chariot : sac poubelle, set à pansement (pinces, ciseaux, cupule), blouse, charlotte, masque, savon (Gilbertscrub pour les greffes de peau), eau stérile, un ôte agrafes, interfaces (Urgotul), vaseline, grandes et petites compresses, bandes (Velpeau), gants stériles, sparadrap (Omnifix). Pour réaliser le remplacement du pansement, il me suffit de l'enlever, d'ôter les agrafes restantes, nettoyer la greffe, la recouvrir d'interface, de vaseline puis refermer le tout avec de nouvelles compresses et bandes.

Arrivée devant la chambre, je frappe deux fois avant d'entendre une voix m'invitant à entrer. Je me retrouve face à Mme S., 47 ans. Je lui explique tout en la regardant que je viens faire son pansement de greffe car nous sommes à J5 de la greffe et qu'il est important de le refaire. Mme S. accepte que je réalise ce soin en me donnant son approbation oralement.

Je commence donc par monter son lit pour avoir une aisance maximale lors de la réfection. Mme S. semble détendue et contente de faire son dernier pansement dans le service avant de rentrer chez elle. J'enlève l'ancien pansement avec des ciseaux propres et jette le tout dans la poubelle. Mme S. me dit de vive voix qu'elle ne ressent aucune douleur ni aucune gêne lors de cet acte.

Je prépare l'étape suivante sur mon chariot, en ouvrant le set à pansements, le savon, l'ôte agrafes...

Je nettoie la greffe avec du savon, la rince avec de l'eau et la sèche bien avec des petites compresses. A la suite de ce nettoyage, je préviens Mme S. que je vais procéder au retrait des agrafes. A cet instant précis, Mme S. se met à pousser des cris, situation qui m'a surprise et qui m'a interrogée sur ma pratique. Je prends quelques minutes pour lui expliquer comment se passe l'acte d'ôter les agrafes et ce qu'elle pourra ressentir.

En la questionnant, j'essaye de comprendre pourquoi elle crie. Ne comprenant pas pourquoi elle s'était mise dans cet état, je lui demande si elle a déjà connu une situation similaire, si elle a eu des mauvais souvenirs. Mais Mme S. me répond que non, j'en conclus qu'elle a de l'appréhension sur ce geste très technique.

Après avoir écouté Mme S., je me laisse quelques minutes pour réfléchir comment je vais l'accompagner lors de ce soin sachant que pour moi, ce n'est que la deuxième fois que je retire des agrafes et que je suis la seule soignante auprès d'elle.

Je commence donc à retirer la première agrafe. Mme S. hurle de douleur. Je m'immobilise et propose à Mme S. de respirer profondément, de penser à une image positive. Elle se calme doucement et je lui demande si je peux continuer. Elle accepte. J'enlève l'agrafe suivante, mais Mme S. souffre. Elle me demande de faire des poses à chaque agrafe. Elle serre son coussin lors de ce geste. Je comprends très vite que cette situation est insoutenable pour elle.

Avec ma surblouse, ma charlotte et mon masque, je commence à avoir chaud. N'ayant jamais été confrontée à une telle situation, je ne sais pas trop comment réagir. J'essaye d'avoir la maîtrise afin de ne faire ressortir aucune mimique ou aucun geste qui pourrait montrer à la patiente mon ressenti.

La durée du soin devient importante alors qu'en temps normal ça ne devrait pas l'être. Je continue de retirer les agrafes mais à ce moment-là, je sens le stress m'envahir, la peur de faire mal à Mme S., la peur de lui provoquer encore plus de douleurs. Je m'interroge mentalement sur le stress qui m'envahit et la qualité des soins que je suis en train de réaliser.

Le soin d'extraction des agrafes a duré 1h45 alors que ce genre de soin peut être réalisé en 30 min. Mme S. a hurlé tout le long de ma pratique malgré les exercices de respiration que je lui proposais. Mme S. m'a transmis sa détresse, son stress que je n'avais pas au début du soin, pour un geste que je maîtrisais.

## **2.2 - Phase de questionnement**

Cette situation m'a rappelé combien le stress, l'épuisement émotionnel était présent dans le quotidien des soignants (Volny et al., 2016) et m'a conduit à m'interroger sur la posture adéquate à adopter face à une telle situation, afin d'accompagner au mieux le prise en charge du patient brûlé dans sa souffrance, lors d'un soin, sans lui transmettre le stress qu'une telle situation peut générer du côté du soignant.

Dans cette situation, j'ai ressenti un stress intense, et j'ai très vite réalisé qu'il risquait d'altérer mes capacités d'agir rapidement avec objectivité. La gestion au mieux de mon stress m'a permis d'essayer de mettre en place différentes stratégies pouvant permettre de soulager Madame S.. Mais, elles se sont toutes avérées inefficaces. A l'issue de ce soin, j'en ai discuté avec une infirmière plus expérimentée et un certain nombre de questions ont émergées.

Dois-je continuer ou arrêter le soin ? Faut-il que j'appelle l'infirmière ? Comment entendre et accueillir les cris de Mme S. ? Comment allais-je faire pour ne pas perdre mes moyens dans une telle situation de stress ? Comment gérer cette situation difficile, les cris d'un patient par peur de l'acte ? Comment accompagner au mieux le patient au cours d'un tel soin ? Allais-je parvenir à effectuer un soin de qualité ?

Je me suis également interrogée sur le regard de mes pairs sur ma pratique : Que vont penser mes collègues du service de cette situation, car les hurlements doivent être audibles du couloir ? Est-ce que cela se passe comme ça dans tous les services ?

D'une façon beaucoup plus générale je me suis questionnée sur les outils à notre disposition pour accompagner au mieux nos patients. Quels moyens avons-nous pour accompagner cette souffrance ? Quelle attitude adopter pour être sécurisante (verbale, non-verbale...) ?

Je me suis également interrogée sur nos ressentis et ceux du patient. Est-ce que les patients perçoivent notre stress ? En quoi les émotions des soignants influencent-elles la prise de distance avec les soignés ? Comment gérer son stress et prendre de la distance ? Perception du stress et perception de la qualité des soins, y-a-t-il un lien ? Est-ce que ce stress gêne les soignants dans l'accomplissement du soin ? Est-ce que le stress s'atténue ou disparaît avec l'expérience ? Comment, nous, professionnels de santé, pouvons-nous lutter contre ce stress transmis ? Le stress des soignants impacte-t-il la qualité des soins, comment en tant que soignant prendre soin de l'autre en gardant la bonne distance ? En quoi, la distance thérapeutique soignant-soigné est-elle compatible avec une relation humaine de proximité ?

Et en filigrane, ce stress à répétition peut-il être une des causes de l'épuisement professionnel du soignant ?

### **2.3 - Question de départ**

Ces multiples interrogations, issues de ma situation d'appel m'ont conduit à me poser la question suivante :

**« Dans un contexte de soin potentiellement douloureux, en quoi le stress du soignant induit par l'expression de la douleur du patient impacte-t-il la qualité du soin ? ».**

### **3. Concepts et champ disciplinaire infirmier**

Afin de mieux cibler les enjeux de ce travail, il me semble judicieux de définir les termes et concepts en lien direct avec notre problématique : le soin, la qualité et la qualité des soins, la douleur et les notions associées ainsi que le stress et plus particulièrement celui ressenti du soignant.

#### **3.1 - Le soin et qualité du soin**

Le soin étant la pierre angulaire de ma situation d'appel, il m'a semblé opportun de le définir en priorité.

##### **3.1-1 Quelques définitions :**

###### **a) Soin, soins et soins infirmiers**

Afin de mieux appréhender ce concept, j'ai retranscrit plusieurs définitions, qui nous permettrons d'en ouvrir le champ et d'enrichir notre analyse afin d'introduire les soins infirmiers et sa qualité.

Pour le Robert (« soin », 1992), le terme soin évoque une multitude de sens : l'attention, l'application à faire quelque chose, la charge, le devoir, la fonction de prendre soin de quelque chose, de quelqu'un. Ainsi que les actions pour guérir les malades. Ce dictionnaire a une vision très large et ne limite donc pas ce mot aux seules activités liées à la santé.

D'après Worms en 2006, on peut d'une façon générale définir le soin comme : « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même* ». Deux aspects distincts et complémentaires sont perceptifs du soin : soigner quelque chose mais aussi soigner quelqu'un.

La 5<sup>ème</sup> édition du dictionnaire de l'infirmière de 2005 propose un champ plus restrictif du soin comme étant : « *l'acte destiné à maintenir ou rétablir la santé* ». En 2012, Hesbeen précise que le soin « *exprime le souci que l'on a de quelqu'un ou de quelque chose* » alors que les soins font partie du « *prendre soin de l'autre, de la pratique des soins* ». Cette analyse me conduit inévitablement à parler des soins aux pluriels et non plus du soin au singulier bien trop généraliste, voir abstrait (Hesbeen, 2012). Dans la continuité de notre propos, il se précise pour des soins infirmiers qu'il s'agit de « *soins effectuées par un(e)*

*infirmier(e). Qu'ils sont dédiés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie ou bien dispensés dans un but préventif, palliatif ou curatif ». Virginia Henderson, infirmière américaine, précise en 1961 cité par « prendsplace » (Sur une base théorique selon Virginia Henderson, 2014) :*

*Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de forces, de volonté ou de savoir.*

C'est sa conception, par le modèle des 14 besoins fondamentaux, qui la rendra célèbre dans le monde entier.

## **b) Qualité et qualité des soins**

Lorsque nous parlons de qualité des soins, nous introduisons la qualité que je me dois, pour bien en comprendre le concept, en définir l'origine. La qualité, n'est pas propre au système de soins, nous la retrouvons en effet massivement dans le monde industriel au cours des années vingt, où la démarche qualité est un mode de management (Martinez, 2001). A cette époque, la notion de qualité était en lien direct avec la conformité des produits fabriqués. C'est en 1996, qu'il fait son apparition dans le système de santé français par l'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. En la parcourant, on y retrouve des éléments relatifs à la *qualité* et la sécurité des *soins* ainsi que l'évaluation de *la qualité des soins*. Cette démarche obligatoire doit servir à promouvoir la qualité de prestations proposées aux patients.

L'approche multidimensionnelle de la qualité des soins induit inévitablement une des définitions multiples, sans doute responsable d'une certaine confusion auprès des professionnels de santé (Hurlimann, 2001).

Selon l'**O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté (OMS), cité par Morel en 2012,

*La qualité des soins : doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.*

A travers cette définition, l'OMS prend en compte l'accessibilité à un ensemble de soins en adéquation avec les connaissances scientifiques du moment tout en plaçant la relation soignant/soigné au cœur de cette qualité. L'institut de médecine des États-Unis (IOM,) cité

par Hurlimann en 2001, définit la qualité des soins comme étant « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* ». A aucun moment, il ne parle d'assurer le meilleur résultat en terme de santé. Tandis que pour l'association médicale américaine, la qualité des soins est définie par : « *des soins de haute qualité contribuent fortement à augmenter ou maintenir la qualité de vie et/ou la durée de vie* » (Hurlimann, 2001).

Dispenser des soins de qualité aussi bien technique que relationnelle fait partie des obligations de l'infirmier. Comme le notifie l'article R4311-2 du Code de la Santé Publique du 8 août 2004, « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualités techniques et qualités des relations avec le malade* ».

La qualité des soins par l'approche de ces définitions est complexe et peut selon la publication d'Hurlimann en 2001, être envisagé selon trois approches, que nous allons citer : selon ces dimensions (structure, processus et résultats), selon l'observateur (le patient, les professionnels de santé, les organismes payeurs) et selon les problèmes rencontrés (le manque de soins, l'excès de soins et les erreurs à l'origine de complications).

Comme je le démontre précédemment le concept de qualité de soin est un concept en pleine évolution qui doit s'adapter constamment aux exigences et aux avancées scientifiques. Cette évolution constante nécessite le besoin d'une évaluation très précise et très présente. Pour simplifier cette approche conceptuelle en perpétuelle évolution, nous présentons les huit critères mesurables de la qualité, pour l'amélioration de la qualité afin de tendre vers le risque zéro (Verdier, 2017).

### **3.1-2 Les critères de qualité des soins : R.E.C.O.R.S.E.T.**

Pour évaluer la qualité de leur soin, les critères

**R.E.C.O.R.S.E.T.** accorde aux soignants de vérifier en permanence la validité et la pertinence de son soin et l'assure d'un soin de qualité face à toutes les dimensions du soin, il comporte sept éléments que nous retrouvons dans le tableau 1 ci-dessous :

<b>R</b>	<b>Relation soignant-soigné</b>	
<b>E</b>	<b>Efficacité</b>	Agir rapidement Privilégier l'autonomie Avoir des résultats probants Réaliser des gestes efficaces Considérer le rythme du patient Respecter toutes les étapes du soin Demander la participation du patient
<b>C</b>	<b>Confort</b>	Physique et psychologique du soigné Physique du soignant
<b>O</b>	<b>Organisation</b>	Anticiper le temps nécessaire Anticiper le matériel essentiel Organiser l'environnement du patient Réaliser un recueil d'informations absolu avant le soin
<b>R</b>	<b>Responsabilité</b>	Respecter les compétences professionnelles Visualiser le patient et son environnement Agir en collaboration avec l'équipe
<b>S</b>	<b>Sécurité</b>	Maîtriser le soin à réaliser Renforcer la sécurité du soigné Visualiser le patient et ses réactions Ne pas réaliser des gestes dangereux Respecter les règles d'hygiène individuelle Respecter les règles d'hygiène en collectivité
<b>E</b>	<b>Économie</b>	Effectuer le soin dans des délais raisonnables Utiliser un matériel adapté et sans gaspillage Éviter les gestes inutiles ou répétitifs
<b>T</b>	<b>Transmissions</b>	Transmissions orales et écrites Transmissions complètes et objectives

**Tableau 1** : Critères de qualité pour effectuer les soins d'après Soignantenehpad.fr, (2020) et Nunsuko, (2016).

Au terme de cette première partie, nous avons mis en évidence que les soins infirmiers, dans son acte, constitue un moment privilégié du lien entre le soignant-soigné. Si les soignants s'efforcent de renforcer la qualité du soin et de la prise en charge, certains gestes restent potentiellement douloureux. Cette idée va nous permettre d'articuler notre second concept : la douleur.

### 3.2 - La douleur (Verdier en 2018)

L'évaluation et la prise en charge de la douleur du patient constituent un véritable enjeu et une priorité de santé publique, que nous retrouvons entre autres dans le code de déontologie infirmier. Comme nous l'indique l'article R. 4312-19 du décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 :

*En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription*

médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

Et l'article R. 4311-2 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 :

*Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles : .....5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. Ainsi que l'article R. 4311-8 du même décret : « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ».*

### **3.2-1 Définitions et classification**

#### **a) Définition générale**

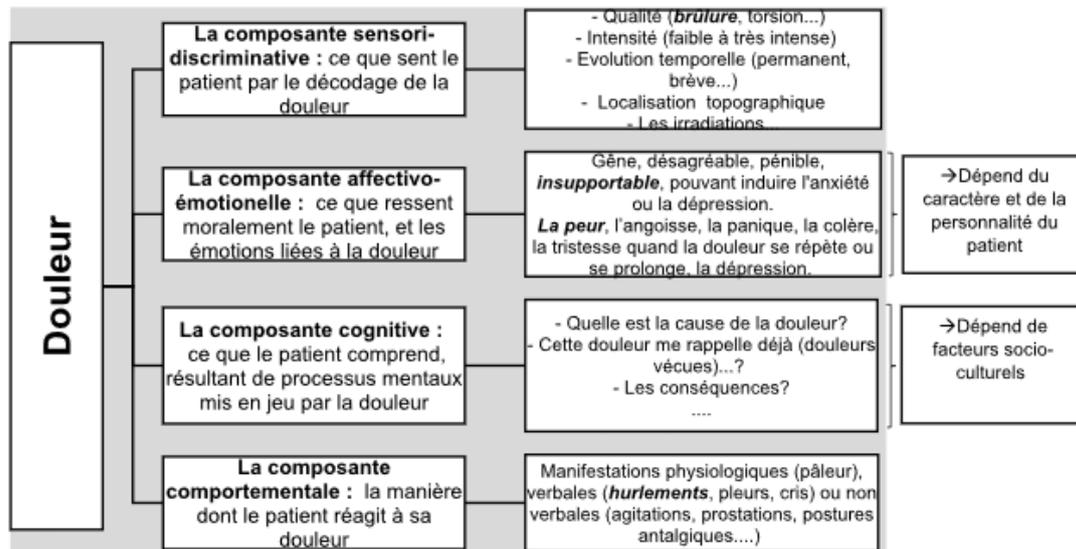
D'après l'association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur depuis 1979, se définit comme « *An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage* » autrement dit « *Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou simplement décrite en ces termes* » (Merskey et al., 1979). Cette définition de référence a fait l'objet d'une révision en 2018 en ces termes « *Pain is a mutually recognizable somatic experience that reflects a person's apprehension of threat to their bodily or existential integrity* » c'est-à-dire « *La douleur est une expérience somatique mutuellement reconnaissable qui reflète l'appréhension de la personne à une menace pour son intégrité corporelle ou existentielle* » (Treede, 2018). Révisions utiles pour orienter l'évaluation de la douleur selon l'auteur.

La douleur à la lueur de ces définitions est bien un phénomène complexe (Bénézech, 2018), multifactoriel, qui n'est pas liée systématiquement à une lésion, subjective et propre à chaque patient rendant son étude très difficile.

#### **b) Ses composantes (d'après Pierrot, 2000)**

Pour affiner cette définition générale, nous savons que la douleur varie selon quatre composantes que nous avons résumées dans la figure 1 ci-dessous. Par souci de clarté dans

le propos, nous avons noté dans un premier temps la composante, sa définition que nous avons mise en lien direct avec des éléments concrets.



**Figure 1** : Les différentes composantes de la douleur (d'après Verdier en 2018)

### c) Douleur aiguë ou chronique : une notion de durée (d'après Pierrot, 2000)

En fonction de sa durée dans le temps, la douleur est divisée en deux groupes distincts : la douleur aiguë et la douleur chronique.

- **La douleur aiguë**, dite « douleur symptôme » ou « évènement » est une douleur de courte durée souvent inférieure à 3/6 mois. Elle est due à une cause précise, connue ou non. Elle se met en place pour alerter l'organisme afin qu'il réagisse et se protège face au stimulus (thermique, mécanique, ...). On retrouve dans cette catégorie : la douleur de l'accouchement, la douleur post-opératoire ou post traumatique, douleur de l'enfant...
- **La douleur chronique**, dite « douleur état » ou « douleur maladie » est une douleur qui se prolonge au-delà de 3/6 mois. Elle persiste même si la cause a disparu et est la résultante de mécanismes complexes associés à divers facteurs, comme l'environnement, comme l'entourage familial et amical qui peuvent renforcer les comportements entretenant cette douleur. Les douleurs chroniques ne jouent pas ou plus le rôle de signal d'alarme et ont un rôle destructeur. Elles sont envahissantes, moralement, physiquement et socialement induisant l'isolement du patient qui n'est pas compris. Ce sont des maladies à part entière qui nécessitent consultations et traitements à long terme.

**d) Classification des mécanismes de la douleur : une notion en lien avec les différents mécanismes générateurs de douleurs (D'après Pierrot, 2000 et Vibert, 2011)**

La douleur peut avoir des origines variées, et elle est parfois difficile à identifier mais nécessaire pour accompagner au mieux le patient vers un traitement rationnel. On peut cependant distinguer plusieurs mécanismes :

- La **douleur nociceptive** (mécanisme dominant des douleurs aiguës) : elle est induite par une stimulation excessive des nocicepteurs, c'est-à-dire de récepteurs sensoriels de la douleur qui font naître un message nerveux envoyé au cerveau en réponse à une agression contre l'organisme (la douleur provoquée par une brûlure).
- La **douleur neuropathique** : elle est consécutive à une lésion nerveuse provoquant un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central (syndrome du canal carpien, douleurs retrouvées à l'issue de traitement par radiothérapie, amputation...)
- La **douleur psychogène** peut être associée à d'autres types de douleurs, il s'agit d'une douleur dont l'origine est une composante psychologique (facteurs émotionnels et comportementaux) en lien avec le stress, la dépression, traumatisme, le deuil.....)
- La **douleur idiopathique** : c'est un syndrome douloureux dont les causes sont inconnues. Les examens sont normaux, mais la douleur est bien présente.
- Les **douleurs mixtes** : Elles se caractérisent par la résultante de deux types de mécanisme précédemment cités, la douleur nociceptive et neuropathique, douleurs mis en évidence chez des patients en phase terminale de pathologie évolutive.

A l'issue de cette classification en lien avec les mécanismes générateurs de douleurs, il me semble que je ne serais pas totalement complète si je n'introduisais pas la douleur induite par les soins, très fréquente et sous-évaluée. Leur reconnaissance et leur traitement font partie des priorités du programme national 2002-2005 de lutte contre la douleur définit en ces termes « *Il est centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine* ».

- **La douleur induite par les soins ou procédurale (Coutaux, 2008) appelée également la douleur iatrogénique** tirant son origine du grec « *iatros* », signifiant médecine et de « *génês* », signifiant qui est engendrée (« iatrogène », 2009). Elle est induite par le soignant (mobilisation du patient, dans la démarche diagnostique), une thérapeutique (endoscopie, ponction lombaire...), ou par de nombreux soins (réfection de pansements, les gestes répétés (ôter d'agrafes), pose de sondes, perfusion, ....), souvent de courte durée. Étant

prévisible, elle est susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées de prévention. En 2008, Coutaux et Collin nous démontrent que les douleurs liées au soin sont de deux types :

- Les douleurs aiguës ou subaiguës en lien direct avec le soin (soins paramédicaux, gestes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique, traitement ainsi que les situations de mobilisations d'attentes prolongées.
- Les douleurs chroniques à distances de certains traitements (chirurgie, ....)

### **e) Son évaluation**

Comme nous venons de le confirmer, la douleur est bien un phénomène complexe, multidimensionnel, subjectif et propre à chaque patient rendant son étude très difficile. Il est donc impératif pour tout soignant de caractériser au mieux la douleur afin d'accompagner l'utilisateur de soin (déterminer les circonstances de survenue, le caractère localisé ou diffus voir irradiations, traitement entrepris et leurs efficacités, le mécanisme à l'origine, intensité, les conséquences sur le sommeil et la vie du patient, ....), pour mieux l'anticiper et faciliter ainsi la décision thérapeutique préventive.

Autant de caractéristiques qui fournissent des indications précieuses sur son origine et aident au choix du traitement.

L'emploi de différentes échelles et de questionnaires, aujourd'hui, permettent de mieux en apprécier l'intensité, le retentissement sur la vie du malade, légitimant de mieux la traiter. On y trouve de manière non-exhaustive : des échelles unidimensionnelles ou globales, des échelles pluridimensionnelles et des échelles comportementales détaillées dans l'annexe 1.

### **3.2-2 Les signes de la douleur**

La douleur est une expérience subjective, universelle, culturelle (Levy, 2013), intime, propre à chaque individu par sa dimension sensorielle et émotionnelle généralement acceptée. Elle ne tolère ni comparaison, ni interprétation de la part du professionnel de santé. Pour le patient minimiser ou cacher la douleur est souvent une attitude fréquente de peur de la maladie, des traitements.... A l'inverse, ces manifestations verbales ou non verbales sont des signes à décoder (anxiété, le manque d'informations...un appel à l'écoute, à l'aide). Dans le tableau 2 ci-dessous sont reprises de manière non-exhaustive les expressions verbales et non verbales de la douleur.

Contact verbal	Mutisme Cris, gémissements Les mots explicitant une plainte, l'intonation de la voix
Comportement spontané	Calme Agitation Prostration...
Mimique douloureuse	Mimique grimaçante ou figée Rictus douloureux permanent Les expressions des visages
Retentissement sur les activités	Reconnaissance des proches et des soignants Réactions aux bruits, à la lumière, à l'entrée de quelqu'un dans la chambre Disparition d'une activité quotidienne (loisirs, travail, sexualité...)
Regard	Yeux fermés Regard fuyant ou fixe Regard apeuré, inquiet Regard agressif Regard demandeur Pleurs
Posture	Recroquevillée Raide Position antalgique
Réaction aux soins et à la mobilisation	Raidissement, crispation, tremblement, souffle suspendu Réaction de retrait Agressivité, angoisse, stress Pâleur, rougeur, sueurs, bradycardie, tachycardie, polypnée, dilatation des pupilles Grimace, pleurs
Troubles du sommeil	Agitation nocturne, réveils Somnolence dans la journée
Troubles de l'alimentation	Refus volontaire Nausées ou dégoût de l'alimentation

**Tableau 2 :** Répertoire des signes verbaux et non verbaux de la douleur. (D'après <http://www.medecine.ups-tlse.fr> repéré le 8/12/2019 et Pierrot, 2000).

La douleur liée aux soins est une réalité dans les services hospitaliers (Stiefel, 2008 ; Moisson-Duthoit, 2016 ; Carillo, 2011 et Quancard-Stoiber, 2018). L'infirmière a un rôle majeur dans cette action d'accompagnement, pour autant que cette douleur n'agisse point comme vecteur de stress. Il me semble fondamental dans la poursuite de ce mémoire de définir le stress infirmier et la nuance apportée à la perception du stress, les « stressseurs » les plus fréquents, la sémiologie avant de citer quelques stratégies d'adaptation afin d'éviter son impact délétère sur leur santé physique et psychologique.

### 3.3 - Le stress

Plusieurs études (Stiefel, 2008 ; Moisson-Duthoit, 2016 ; Carillo, 2011 et Quancard-Stoiber, 2018) ont approfondi le concept du stress et de ces conséquences chez les soignants, dont les infirmières. Ces recherches s'intéressent à comprendre le processus de stress, les facteurs qui contribuent à sa perception, ces indicateurs et symptômes ainsi que les mécanismes d'adaptation pour y faire face. Il me paraît évident, comme nous l'indiquait

Claudine Carillo en 2011, « *que le bien-être de l'infirmière est le prérequis de la qualité des soins* » et que toutes formes de stress doivent y être évitées ou maîtrisées.

### 3.3-1 Définitions

Le stress est un terme qui trouve son origine du latin « *stringere* » signifiant : appuyer en écrasant, presser, serrer. Mais également du mot anglais introduit par H. Selye (1936) pour exprimer l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque (« stress », 2009).

Lazarus et Folkman cités par Bruchon-Schweitzer en 2001, le définissent comme une « *transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être* ». Toutefois, comme certains auteurs (Lord-Gauthier, 2016) le précisent, il existe une différence entre la perception du stress et le stress lui-même. La perception du stress se caractérise comme l'évaluation cognitive d'une situation qui induira une réaction d'adaptation comportementale, cognitive ou émotionnelle. Cette situation est évaluée par le soignant comme dépassant ses compétences et pouvant mettre en danger son bien-être et d'une manière évidente son patient. Cette situation de ce fait devient un agent stressueur. Et d'une manière générale, tout ce qui provoque la production d'hormones du stress (adrénaline, cortisol) est par définition un stressueur (Dartiguepeyrou, 1999). Volny a décrit dans la littérature en 2016, que le niveau de stress des jeunes IDE est supérieur dans les premiers mois aux IDE expertes, ainsi qu'une jeune IDE volante présente un niveau de stress supérieur à une jeune IDE fixe (Dartiguepeyrou, 1999).

### 3.3-2 Portrait des stressueurs

Les « stressueurs » possèdent quatre caractéristiques selon Lord-Gauthier en 2016 :

- la **contrôlabilité** en lien direct avec le degré de contrôle, de pouvoir faire face à l'évènement,
- l'**imprévisibilité** en écho à l'incapacité d'anticipation car évènement imprévu,
- la **nouveauté**, réaliser un geste pour la première fois,
- la mise à l'**épreuve de soi-même**, on doute de vos capacités.

Ils peuvent être classés en deux catégories d'après Dartiguepeyrou en 1999 :

- **Les stressueurs physiques** déclenchent une tension ou une contrainte sur notre corps (ex: la douleur, la sueur....).

- **Les stresseurs psychologiques** sont des événements, des situations, des individus, des commentaires, ou tout ce que nous interprétons comme négatif ou dangereux (ex: être critiqué par un supérieur immédiat, un médecin, un patient exigeant... (Lord-Gauthier, 2016).

Plusieurs études ont identifié les stresseurs les plus fréquents des infirmières. Les deux publications (Lord-Gauthier, 2016 et Volny, 2016) qui m'ont conduit à élaborer le document de l'UE 5.7. S5 : *optionnelle*, identifient en fonction de leur population interrogée les « stresseurs » les plus fréquents. L'étude sur les infirmières novices met en lumière comme « stresseurs » rencontrés en lien directe avec leur nouveau statut qu'elles endossent au terme de leur formation : le manque d'habiletés cliniques, l'organisation des soins et les situations imprévues. L'étude de Lord-Gauthier identifie comme « stresseurs », au sein d'une population infirmière ayant en moyenne 8 ans d'expérience dans le milieu de la santé, le fait de voir : souffrir un patient, le manque de personnel, un patient exigeant ou déprimé, le manque de temps, trop de travail de bureau et le sentiment d'impuissante. Il va même identifier les six stresseurs les plus intenses : la peur de faire une erreur, le médecin absent pendant l'urgence, le manque de temps et de personnel, le fait d'être assigné à une autre unité et être critiqué par un supérieur. Nous observons qu'il n'y a pas forcément un désaccord avec les stresseurs puisqu' à y regarder de plus près certains stresseurs reconnus chez les infirmières novices, comme le manque d'habileté clinique peut être mis en évidence ou ressenti lorsqu'on est une infirmière de pool (Dartiguepeyrou, 1999) (assignée à une autre unité) demandant une adaptation permanente. L'organisation des soins est un agent faisant l'unanimité retrouvée aussi bien chez les infirmières expertes que novices.

### **3.3-3 Les indicateurs de stress**

Les infirmières subissent du stress spécifique et inhérent à leur travail. Or, bien qu'il puisse être bénéfique à certains moments (Carillo, 2011 et Volny, 2016), un stress à long terme peut impacter de manière délétère leur santé physique et psychologique. Reconnaître les annonceurs du stress, semble une évidence, pour se préparer à agir, évitant « l'usure professionnelle », conduisant au *burn-out*. Néanmoins leur nature ainsi que leur intensité varient d'une personne à l'autre, en établir une liste est donc impossible. Cependant, les principaux ont été répertoriés et catalogués dans 5 catégories comme nous l'indique le tableau 3.

<b>Les signes somatiques</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles musculo-squelettiques (lombalgie...), douleurs, tensions musculaires.</li> <li>• Maux de tête ou de ventre, douleurs dans la cage thoracique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles digestifs, douleurs ou lourdeurs à l'estomac, l'intestin, ulcère gastro-duodéal.</li> <li>• Difficulté à respirer, asthme.</li> <li>• Démangeaisons ou maladies cutanées, chute de cheveux, eczéma...</li> </ul>
<b>Les signes physiologiques</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue chronique, lassitude.</li> <li>• Troubles du sommeil : insomnie ou besoin de beaucoup dormir.</li> <li>• Troubles de l'appétit : tendance à grignoter ou perte d'appétit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles de la sexualité (baisse du désir, impuissance, frigidité, parfois hypersexualité).</li> <li>• Baisse du système immunitaire, plus grande sensibilité aux maladies infectieuses.</li> </ul>
<b>Les signes émotionnels</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de la confiance en soi, en l'autre, bégaiement, démotivation, culpabilité, jugements dévalorisants sur soi-même.</li> <li>• Hyperémotivité, passage rapide des larmes au rire, tristesse, peur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendance à ressentir de l'irritabilité, de l'impatience, susceptibilité, plaintes et critiques, explosions de colère, inquiétude, nervosité, crises d'angoisse, panique.</li> </ul>
<b>Les signes comportementaux</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladresse, accidents, bégaiement, actes manqués, perte d'intérêt, inertie.</li> <li>• Hyperactivité, logorrhée (besoin irrépressible de parler sans discontinuer), imprudence, dispersion, tics, onychophagie (le fait de se ronger les ongles).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque accru de conflits.</li> <li>• Consommation accrue d'excitants (alcool, tabac, etc.) et de médicaments.</li> <li>• Augmentation des accidents du travail, absentéisme, arrêts maladie.</li> </ul>
<b>Les signes intellectuels</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles de l'attention et de la concentration, distraction, perte ou trous de mémoire, confusion, saturation.</li> <li>• Erreurs de jugement, lapsus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles de la perception.</li> <li>• Difficultés à prendre des décisions.</li> <li>• Perte de créativité et tendance à la répétition.</li> </ul>

**Tableau 3 :** Les signaux d'alarme, indicateurs de stress selon Carillo en 2011.

Hans Selye publie, en 1956, « Le stress de la vie » et y décrit le **mécanisme du syndrome d'adaptation**, c'est-à-dire « *l'ensemble des modifications qui permettent à un organisme de supporter les conséquences d'un traumatisme* ».

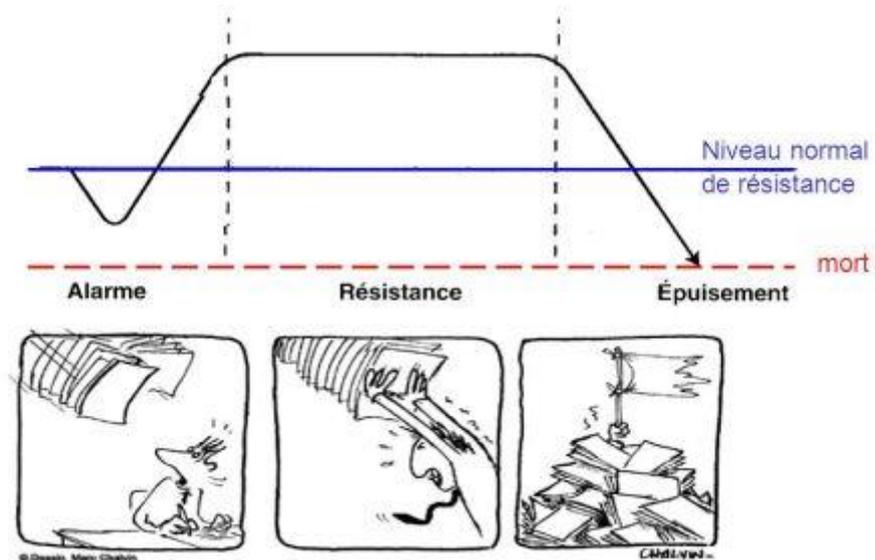
### 3.3-4 Le Syndrome Général d'Adaptation (SGA)

Il décrit un syndrome réactionnel endocrinien composé de trois phases, comme nous l'indique la figure 2.

**La phase d'alarme** étant l'ensemble des phénomènes généraux non spécifiques provoqués par l'exposition de l'organisme à un stresser, auquel cet organisme n'est pas adapté. Plusieurs modifications physiologiques peuvent être constatées comme la tachycardie et la mydriase.

**La phase de résistance** correspondant à l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par l'exposition prolongée à des stimuli nocifs, auxquels il s'est adapté durant la première phase. C'est une période de surrégime conduisant inévitablement à un affaiblissement de l'organisme.

**La phase d'épuisement** est l'ensemble des réactions non spécifiques qui caractérisent le moment où l'organisme cesse de pouvoir s'adapter au stimulus auquel il est soumis. C'est à ce moment qu'apparaissent les pathologies induites par le stress.



**Figure 2 :** Les trois phases du syndrome général d'adaptation (d'après [https://www.100pourcentsavoie.org/les-trois-phases-du-syndrome-general-dadaptation-du-professeur-hans-selye-appliquees-a-la-savoie/?cli\\_action=1579599408.576](https://www.100pourcentsavoie.org/les-trois-phases-du-syndrome-general-dadaptation-du-professeur-hans-selye-appliquees-a-la-savoie/?cli_action=1579599408.576) repéré le 21/01/2020)

Le soignant va essayer de réduire l'impact de ce stress, d'y faire face (du verbe *to cope* en anglais), on parle alors de stratégie d'ajustement ou de « coping » terme largement utilisé depuis 1999.

### 3.3-5 Le « coping » ou stratégie d'ajustement d'après Lord-Gauthier, 2016 et Bruchon-Schweitzer, 2001)

Le coping est une stratégie d'adaptation, cognitive, émotionnelle ou comportementale permettant au sujet subissant le stress de le rendre plus tolérable, de s'ajuster à la situation, en agissant de deux manières. Soit en modifiant le problème à l'origine du stress ou en régulant les réponses émotionnelles face au problème rencontré.

a) **Le coping centré sur le problème** : a pour objectif de réduire les contraintes de la situation et/ou d'augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face, pour autant que la situation soit contrôlable. Concrètement, le sujet soumis à un stress, recherche des informations concernant l'événement stressant, ainsi que des stratégies pour l'éliminer ou encore le maîtriser.

b) **Le coping centré sur l'émotion** : vise à réguler les réponses émotionnelles induites par la situation. Ces stratégies tendent à diminuer la réaction du stress en agissant sur les réactions physiologiques, émotionnelles et psychologiques, comme :

- S'investir dans une autre activité distrayante comme le sport, le théâtre...
- Dériver sur des stratégies nocives, consommation de substances comme l'alcool, le tabac, ...
- Rechercher un soutien social afin d'obtenir de l'aide, les encouragements et/ou la sympathie d'autrui...
- Minimiser la situation ou être dans le déni, la colère, l'humour...
- le coping « religieux ».

## **4. Méthodologie de la recherche :**

**4.1 - L'objectif de ce travail est d'essayer d'apporter une réponse à ma question de départ :**

**« Dans un contexte de soin potentiellement douloureux, en quoi le stress du soignant induit par l'expression de la douleur du patient impacte-t-il la qualité du soin ? »**

Pour essayer d'y parvenir, je me suis appuyée sur des objectifs intermédiaires :

- Recueillir auprès de deux infirmières exerçant dans des services potentiellement douloureux (IDE1 / Salle de réveil, IDE2 / Chirurgie générale), leurs définitions de la douleur induite par les soins et les stratégies qu'elles mettent en place pour y faire face.
- Recueillir des expériences vécues.
- Mesurer leurs ressentis que peut avoir une telle douleur sur leur propre émotion et son l'impact sur la qualité des soins.
- Déterminer s'il existe un lien entre le stress perçu du soignant et la qualité des soins.
- Identifier des solutions à mettre en place.

Ces informations présentent un grand intérêt pour notre profession et pour nous, infirmières novices, puisque nous savons, et la presse s'en est emparée, que le stress occasionne chez les soignants diverses manifestations pouvant les conduire à l'épuisement professionnel.

Il m'a semblé pertinent, encouragée par mes lectures, de m'interroger sur l'impact de ce stress pour le patient et le soignant, en particulier dans la qualité des soins qui lui sont prodigués. Cette recherche pourra, je l'espère, nous amener à une réflexion concernant l'adéquation des pratiques infirmières avec les besoins des patients et les stratégies à mettre en œuvre et à développer afin de trouver l'équilibre pour être ce soignant heureux.

**4.2 - Méthodologie suivie :**

Pour mener mon enquête de terrain, j'ai choisi de réaliser 2 entretiens semi-directifs auprès d'infirmier(e)s en m'appuyant sur mon guide d'entretien réalisé en amont de la rencontre. Le choix de cette méthodologie est de laisser à l'interviewer un espace assez large pour donner son point de vue et me permettre ainsi de mener une étude qualitative. Son but direct est de récolter des informations qui apportent des explications ou des

éléments de preuves à mon travail de recherche. Les atouts de cette méthode sont multiples :

- L'entretien est très structuré : en effet, les différentes questions sont préparées en amont de la rencontre
- Induire une interactivité entre les deux personnes. Il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance (pour ma part, il s'agissait de belles rencontres)
- Permettre d'approfondir un sujet précis car des relances au cours de la discussion sont possibles
- Faire émerger de nouvelles idées
- Récolter un grand nombre d'informations utiles pour la compréhension (informations personnelles de chacun en fonction de sa propre histoire et de son vécu), qui repose sur une rencontre
- Permettre de collecter des données qualitatives

### **Choix de la population :**

D'après ma question de départ, il m'a semblé pertinent de me concentrer exclusivement sur l'expérience, la connaissance et l'opinion des infirmier(e)s, qui travaillent dans le milieu hospitalier. En effet, ce sont eux, d'après leur réalité du quotidien, qui côtoient me semble-t-il le plus souvent la douleur induite par les soins. Ils sont donc les mieux placés pour analyser leurs propres pratiques professionnelles, exposer leurs expériences, exprimer leur ressenti émotionnel et s'interroger sur la qualité du soin.

Ce recueil de données n'a évidemment aucune valeur d'évaluation pour l'IDE interrogé. Il va, je l'espère, nous permettre de mesurer l'interaction éventuelle du stress perçu et la qualité du soin. Cette partie du mémoire se déroulera durant la première partie du stage du semestre 6 (du 3 février au 15 mars 2020).

### **Choix des structures :**

J'ai souhaité m'entretenir avec des infirmier(e)s, exerçant en milieu hospitalier, car cela me paraissait le lieu idéal pour explorer la douleur induite par les soins, le stress ressenti du professionnel de santé et le mettre en adéquation à la qualité de soin. De plus, il m'a semblé pertinent également pour ne pas ajouter un paramètre supplémentaire, de conserver un même lieu enquête en parallèle à ma situation d'appel.

### **Choix de l'outil :**

Pour réaliser mes entretiens, j'ai élaboré un guide d'entretien composé de douze questions ouvertes/fermées dont la première vise à cibler la population. Les suivantes abordent successivement la douleur induite par les soins, la prise en charge de cette douleur, les améliorations envisageables, leurs réactions face à cette douleur, les stratégies mises en place et les répercussions sur le soignant et la qualité du soin.

1) Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ? Depuis quand travaillez-vous et depuis combien de temps dans ce service ?

2) Avez-vous eu une formation spécifique sur la douleur ?

3) Qu'est-ce que « la douleur induite par les soins » pour vous ?

*Question rebond (Quel type de soins, pouvez-vous caractériser comme « potentiellement douloureux » ?)*

4) Lors d'un soin potentiellement douloureux, que faites-vous pour prévenir et lutter contre la douleur de la personne soignée ?

5) Votre stratégie utilisée pour le soin potentiellement douloureux vous semble-t-elle efficace ? A quoi le voyez-vous ?

6) Pouvez-vous me décrire une situation où il y avait de « la douleur induite par les soins chez un adulte » ?

7) Quel est l'impact, de la douleur chez un patient, sur vous ?

8) Face à la douleur du patient, certains soignants parlent de leur stress, qu'en pensez-vous ?

9) Quelles conséquences sur le soin pouvez-vous constater ?

10) Que mettriez-vous en place pour faire face à cette situation ?

11) Dans un contexte de soin potentiellement douloureux, en quoi le stress du soignant induit par l'expression de la douleur du patient impacte-t-il la qualité du soin ?

12) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Après avoir présenté la méthodologie suivie : l'outil d'enquête, la population étudiée et le questionnaire, je vais analyser les deux entretiens que j'ai conduits.

## 5. Analyse :

### 5.1 - Analyse descriptive et interprétative des entretiens :

Afin de faciliter la lecture de mon analyse, je vais introduire les deux soignantes interrogées, en les nommant IDE 1 et IDE 2 par souci d'anonymat.

L'identité professionnelle de l'IDE 1 est la suivante : il s'agit d'une femme, diplômée depuis 13 ans et exerçant en salle de réveil depuis 8 ans. Elle a bénéficié d'une formation sur la douleur intitulée : « Douleur induite par les soins en salle de réveil ».

L'IDE 2 est également une femme, diplômée depuis 4 ans et demi et exerçant en chirurgie générale depuis le début de sa carrière. Elle a comme l'IDE 1 pu profiter d'une formation sur la douleur intitulée : « Prise en charge de la douleur ».

Je vais vous présenter l'analyse de ces entretiens, en regroupant les informations recueillies par thème que vous pourrez retrouver dans l'annexe III. Je commencerais par les différents points de vue des infirmières sur ce que représentent pour elles la douleur induite par les soins, la prise en charge de la douleur et leur efficacité ainsi que leurs réactions face à cette douleur. Dans un second temps, nous essayerons de faire un lien éventuel entre cette douleur perçue comme facteur de stress du soignant. Avant de déterminer son impact éventuel sur la qualité de leur soin.

#### **a) La douleur induite par les soins**

La douleur induite par les soins est définie par les soignantes interrogées comme un phénomène complexe : « *plusieurs caractéristiques* », de courte durée, perçue au moment du soin et engendrée par beaucoup de soins techniques. Cette douleur est propre à chaque patient et dépend de sa propre histoire, et fait partie du quotidien de l'infirmière.

Par contre, l'IDE 1 va beaucoup plus loin dans sa définition en indiquant que finalement tout est « soin » et donc tout est susceptible d'induire une douleur : « *les signes cliniques du patient qui peuvent montrer une éventuelle douleur* », « *l'anxiété du patient qui peut rentrer en jeu, pour augmenter finalement la douleur* ». Cette vision globale est bien plus large que celle décrite dans notre cadre théorique et me conduit évidemment à m'interroger.

Les exemples cités correspondent majoritairement pour les IDE à leurs activités de soins. L'IDE 1 nous cite : « *la prise de sang et la césarienne : on surveille les saignements en voie basse, la tonicité utérine et appuyer sur l'utérus pour surveiller les saignements. Ce*

*soin est très très douloureux, souvent mal vécu par les patientes ». Alors que l'IDE 2 : « la pose de perfusions, sondes naso-gastriques, sondes à demeure, pansements, prises de sang ainsi que les pansements d'amputation sont souvent douloureux, hyper douloureux ».*

J'ai également cherché à connaître les stratégies mises en œuvre par les soignantes pour lutter contre ces douleurs et leur propre évaluation face à ces stratégies. Les deux soignantes interrogées s'attachent tout particulièrement à rendre leur prise en charge la plus globale possible, en l'enrichissant d'explications ou non du soin, en indiquant qu'il peut être douloureux : *« on explique que le soin peut-être désagréable et parfois douloureux »*. Il y a beaucoup d'écoute, de réassurance, d'attention et de respect, ainsi que d'une prémédication si nécessaire souvent accompagnée d'une respiration appropriée, voir pour l'IDE 1 l'utilisation de thérapeutiques alternatives comme les techniques d'hypnose : *« Cette technique va permettre d'évader le patient dans l'endroit où il a envie d'être. Et pour lui les soins douloureux sont davantage...sont mieux perçus parce que voilà, il s'est évadé dans un milieu agréable pour lui »*. Impliquer le patient dans le soin est également une stratégie citée ou se faire accompagner par une tierce personne. En créant cette relation soignant-soigné, cette relation de confiance, l'IDE 1 a conscience de contribuer à la prise en charge de la douleur alors que l'IDE 2 plus jeune dans la profession est beaucoup moins sûr de sa stratégie, en le verbalisant audiblement : *« On est vraiment malveillant, tu te dis je suis en train de faire mal mais en même temps tu sais que ce sont des soins importants pour eux »*.

J'ai ensuite essayé d'aborder le ressenti des deux IDE dans ces situations où les gestes effectués induisaient de la douleur. Le malaise est indiscutable pour l'IDE 2 bien que selon elle l'expérience et les années permettent aux soignants une prise en charge de la douleur plus facile. Alors que l'IDE 1 nous parle d'empathie et de recul face à ces douleurs : *« Sur le moment, j'ai beaucoup d'empathie, j'entends, j'essaie de prendre le temps quand on peut, les écouter, les accompagner et rapidement je détache une fois que le soin est fait, je me détache du fait qu'ils aient eu mal »*. Néanmoins, elle nous souligne en fin de propos que jeune diplômée elle se sentait démunie.

### ***b) Cette douleur induite par le soin chez le patient peut-elle être un stressor pour le soignant ?***

A cette question la première IDE est extrêmement claire : *« Non, moi je ne me sens pas stressée face à la douleur »*. Alors que l'IDE 2, nous indique qu'il s'agit d'un stressor légitime, en justifiant que l'infirmière n'est pas un super héros et *« On peut pas ne pas faire mal aux gens »*

Pour cette infirmière, on fait souvent face dans sa vie professionnelle à des situations stressantes : la douleur du patient en étant une.

Plus spécifiquement, elles précisent toutes les deux qu'une infirmière novice, c'est-à-dire une jeune diplômée est plus sensible à ce stresser dû à son manque d'expériences, la méconnaissance du service où elle officie, ou tout simplement car elle doit faire ses preuves : *« Jeune diplômée dans un nouveau service, on doit faire nos preuves », « plus tu es à l'aise dans les soins et moins tu as le stress, t'appréhendes carrément moins... Enfin je sais que j'ai moins peur d'aller poser des perfes ou faire des prises de sang maintenant qu'il y a quatre ans quand je sortais du diplôme. T'as plus d'assurance. Vu que tu as l'expérience, tu es moins stressée dans les soins ».*

Les conséquences de ce stress sur le soin sont clairement énoncées par l'IDE 2 : *« On va mettre deux fois plus de temps à faire le soin », « si le patient est douloureux bah on va prendre plus de temps », « si on est stressé, on est amené à faire un peu plus de conneries clairement », « t'oublies de faire des trucs ».* Alors que la réponse de la première soignante nous laisse dans le flou sans vraiment apporter de réponse : *« Alors, est ce que le stress induit la douleur ou est-ce que la douleur induit le stress ? Je pense qu'il y a un peu des deux ».*

Face au stress, toutes deux évoquent un certain nombre de réactions possibles. Elles sont unanimes la communication et le temps sont les maîtres mots : *« Prendre plus le temps, expliquer ce que tu vas faire avant de commencer le soin. Un peu le protocole quoi ».* Pour composer avec ce stresser, l'IDE 1 utilise plusieurs stratégies : comme l'évitement que j'appellerai directe *« mettre des choses en place pour éviter de penser davantage à son stress »* ou encore faire appel au médecin pour maîtriser la douleur du patient et *in fine* son stress ou encore appliquer l'hypnose. L'IDE 2 va emmener son patient sur un autre sujet dans l'intention de détourner ses pensées, on pourrait le définir comme l'évitement cette fois-ci indirecte pour l'identifier du précédent.

### **c) Répercussion éventuelle sur la qualité du soin**

Il me semblait évident suite à ce travail que lorsque nous parlons de qualités des soins nous introduisons la notion de qualité. Face à l'écho du stress du soignant induit par la douleur du patient, la première IDE n'est pas très précise sur une répercussion éventuelle sur la qualité du soin. Elle reste extrêmement vague en nous parlant que ce concept dépend de facteurs multiples en confirmant de manière claire que la qualité du soin (sans pour autant définir ce concept) est impactée : *« Cela dépend de tellement de facteurs... et oui, la qualité du soin peut-être dégradée mais avec l'expérience on acquière on sait gérer son stress et gérer la douleur du patient ».*

L'IDE 2 apporte des précisions en confirmant et je la cite que : « *Je pense que la douleur du patient impacte quasiment, forcément la qualité du soin* ». En indiquant, que la durée du soin sera évidemment allongée, que la soignante sera moins sereine et qu'il y a un risque d'erreurs évidentes : « *faire des erreurs, exemple : pose de sonde nasogastrique ou des fois tu veux tellement te dépêcher pour pas lui faire mal qu'elle ressort par la bouche* ». Mais elle va beaucoup plus loin dans son discours en nous révélant que les infirmières expertes c'est-à-dire plus anciennes ne sont pas forcément plus à l'abri.

## **5.2 - Discussion**

Nous avons défini dans le champ disciplinaire infirmier que la douleur induite par les soins dite douleur procédurale (Coutaux, 2008), était une douleur induite par le soignant, une thérapeutique, ou par de nombreux soins techniques souvent de courtes durées et qu'il s'agissait d'un phénomène complexe, intime. Nous avons également indiqué, qu'étant prévisibles, ces douleurs sont susceptibles d'être prévenues.

A la suite de notre analyse, nous faisons apparaître que la douleur induite par les soins est connue avec ces différentes caractéristiques par les infirmières. Les différents échanges, nous indiquent qu'elles sont conscientes et qu'elles peuvent en être à l'origine. Pour l'IDE 1, cette douleur ne se résume pas uniquement à l'acte technique infirmier mais elle englobe absolument tous les soins au patient, finalement pour elle, tout est soin. Cette approche bien plus globale par cette professionnelle de santé résulte probablement de son expertise et de son expérience de la profession. Cette vision très élargie de la douleur induite m'a conduit à me repositionner par rapport à ma propre définition. Je me dois au regard du contenu de mes entretiens, d'accentuer ma prise en charge globale de la personne pour anticiper ces douleurs induites, et ce par notre rôle propre, notre rôle prescrit et la communication, éléments que j'étayerai tout au long de ma discussion.

En effet, nous observons que les deux infirmières placent l'information, la communication au patient et donc la relation de confiance soignant-soigné qui en découle, comme les priorités dans la prévention de la douleur. Elles font un plaidoyer, et je pèse mes mots, pour un soin plus humain avec cette notion de temporalité, pour le respect et l'écoute du patient. Je suis totalement en accord avec elles et à cette « Humanité » que nous devons en tant que professionnel de santé apporter au travers du soin. Humanité qui à mes yeux est une valeur clé tout en sachant qu'elle se heurte inexorablement au temps destiné aux soins. Il me reviendra et j'y veillerai au cours de mon exercice professionnel de trouver ce subtil équilibre.

La communication à l'origine de ce lien, doit être notre fil rouge dans le prendre soin de l'autre, pour éviter l'altération du lien soignant-soigné. Afin de rassurer le patient et

d'établir cette relation de confiance soignant-soigné, lien qui allie de manière bien plus globale les êtres humains entre eux. Si j'informe le patient dès le début de son soin, son appréhension par mon accompagnement peut diminuer. Plus la relation de confiance entre le soigné et moi sera bonne et plus le soin se déroulera dans de bonnes conditions. Ce qui je pense conduira inévitablement à moins de douleurs et à moins de stress ressentis pour le soignant. Selon moi, le patient aura une totale confiance envers le soignant. Cette forme « d'alliance » pour un soin plus humain sera effectivement une de mes priorités. Néanmoins, j'ai été très étonnée qu'aucun de mes deux entretiens n'invitent les soignants à échanger entre eux, au cœur des équipes pluridisciplinaires car je pense que le travail de groupe peut être une force face à cette difficulté.

A l'issue de mon travail, nous avons pu également mettre en évidence que les deux IDE ont mis en place des moyens non médicamenteux, comme la diversion face à la douleur ou l'utilisation de l'hypnose...dans le but de rendre finalement leur prise en charge la plus globale possible. Ces réponses sont tout à fait indéniables et contribuent dans leurs diversités à enrichir la prise en charge des malades. Il est vrai que mon manque d'expériences et le manque de temps pour parfaire ma formation lors de mon cursus, on réduit très fortement mes stratégies d'accompagnement du patient face à leur douleur. Cependant, j'ai eu l'occasion au cours de ma formation théorique et pratique de prendre connaissance de quelques stratégies d'adaptation qui s'offraient à nous. Ces stratégies selon moi se mettent en place à force de les utiliser et de les pratiquer. J'ai néanmoins l'envie très rapidement, une fois mon cursus terminé, de me former à l'hypnose thérapeutique. Cette alternative ayant largement fait ses preuves d'efficacité dans la prise en charge de la douleur aiguë et peut-être également un outil d'aide à la prise en charge des pics d'anxiété lors des soins douloureux en pédiatrie. Mon ambition professionnelle étant de rejoindre la pédiatrie, cette formation me semble tout à fait en adéquation et pertinente. Cet outil thérapeutique, me permettra de garder cette relation humaine trop souvent mise à mal, au cœur de ma prise en charge.

La douleur est prise en considération pour l'unanimité des soignantes interrogées. A mes yeux, pour les deux infirmières, le soin s'inscrit complètement dans la dimension relationnelle à l'autre. En effet, en créant cette relation de confiance au cours du soin, elles contribuent indéniablement à la prise en charge de la douleur.

En revanche, nous pouvons constater qu'une seule professionnelle nous dit que cette douleur peut être prévenue par prémédication et qu'elle la réévalue régulièrement sans pour autant préciser les échelles utilisées. J'ai été surprise que les deux infirmières ne m'en aient pas parlé. Il est évident que si nous demandons à une personne lambda son avis sur la lutte contre la douleur, elle m'indiquerait certainement les moyens médicamenteux pour la

soulager. Pour ma part, il est évident qu'il est nécessaire d'essayer de répondre à la douleur dans un premier temps en utilisant du « non médicamenteux ». Mais si, nous avons connaissance en amont que le soin peut être douloureux, alors pour moi la question ne se pose pas. Il est impératif de mettre en place des moyens médicamenteux pour répondre à cette douleur. En toute logique, il est évident d'évaluer cette douleur régulièrement avec une échelle adéquate. Cela nous permettra de « positionner » la douleur ressentie sur une échelle et de mettre en place s'il le faut des antalgiques plus puissants. Il me paraît certain que nous avons une part de responsabilité dans les conditions de réalisation d'un soin. Toutefois, nous ne sommes pas les seuls à devoir endosser cette responsabilité. Celle-ci me semble à partager avec l'ensemble des acteurs qui accompagnent le patient comme nous l'indiquait l'IDE 1 quand elle devait convaincre le médecin à faire une prescription. A la vue de ce constat, le médecin dans cette prise en charge endosse également une partie de la responsabilité. Cette réflexion à l'issue de mes entretiens m'indique finalement que la douleur induite par les soins n'est pas une fatalité et qu'une réflexion en équipe peut sans doute nous amener à une meilleure prise en charge.

Cette enquête, nous révèle que les deux IDE ont vécu ce genre de situations, j'en déduis qu'elles font donc partie de notre quotidien. J'ai pu le mesurer personnellement, puisque ma situation de départ m'a amené à me questionner sur cette problématique. Toutefois, il s'agit d'une problématique de santé publique et qu'il devient légitime de s'interroger sur les douleurs que nous pouvons induire. Afin d'y apporter une réponse et d'accompagner au mieux nos patients et notre propre ressenti.

L'IDE 1 est très positive sur ses stratégies mises en œuvre, alors que la seconde évoque un malaise indiscutable. Ce positionnement différent fait évidemment écho aux publications de Volny en 2016, qui nous indiquait que certains stressés affecteraient d'avantages les infirmières en début de carrière, découlant de leur manque d'habiletés techniques ou de situations imprévues.... Pour ma part, évaluer mes propres stratégies d'adaptations me semble très compliqué. Comme je le disais auparavant, je n'ai pas pu m'exercer suffisamment pour prendre autant de recul. Je pense cependant qu'une infirmière diplômée depuis plus longtemps voit ses résultats positifs sur sa prise en charge aidée par une auto-évaluation, analyse de ses pratiques. D'une part, elle a pris du recul face à ses nombreuses années d'exercices et d'autre part, elle sait plus facilement détacher le soin technique du soin relationnel.

Nous avons tenté dans un second temps, de mieux comprendre la répercussion d'une telle douleur sur le soignant lui-même. A cette question, les réponses sont totalement opposées. En effet, l'IDE 1 semble y faire face avec empathie et discernement. Position

beaucoup moins stable pour la seconde qui parle de malveillance. Par ailleurs, elles nous indiquent toutes deux que l'expérience (l'ancienneté) est évidemment un atout pour aborder ce genre de situation. Cette enquête, malgré le très faible nombre d'interviews est révélatrice en nous indiquant que le stress et probablement les facteurs de stress sont liés avec l'ancienneté de l'infirmière comme l'avaient démontré Dartiguepeyrou M. (1999) et Volny M. (2016). Ma prise de conscience face à ces stressseurs qui nous affecteraient davantage en début de carrière va me permettre de m'y préparer et surtout de me préparer à apporter une réponse. Je pense qu'en être conscience est déjà un grand pas. Je veillerai tout au long de ma carrière à être vigilante aux différents indicateurs de ce stress afin qu'il devienne un allié dans mon accompagnement auprès du patient et non une spirale qui pourrait comme nous l'indique de nombreux écrits nous conduire au syndrome d'épuisement professionnel. En effet, comme l'indiquait Carillo en 2011 : « *le bien-être de l'infirmière est le prérequis de la qualité des soins* ».

J'ai voulu aller plus loin à la vue de notre cadre théorique qui nous rapportait que de nombreuses études s'étaient penchées sur le stress et ces conséquences chez les infirmières. L'IDE 2 évoque du stress face à une telle situation. Elle détaille : « *c'est tellement légitime et qu'elle ne peut-être un super héros* ». Par contre, l'autre soignante nous indique clairement que la douleur ne l'a stresse pas, qu'elle essaye de mettre en place autre chose pour éviter de penser à son stress. Ce positionnement m'interroge : ne s'agit-il pas d'une réaction d'adaptation qu'elle a mise en place depuis de nombreuses années et qui l'accompagne dans la gestion de son stress ? Pour le moment, ma position est encore très primaire. Je m'attache essentiellement à l'acte technique sans me préoccuper des conséquences du stress. Cette réflexion m'invite à me pencher sur le positionnement de ce stress par rapport à mon entrée dans le monde professionnel.

Par contre, elles sont tout à fait en accord pour m'indiquer que ce stress perçu a évidemment et inévitablement une conséquence sur le soin. J'adhère à leur ressenti puisque moi-même je l'ai vécu durant ma situation d'appel. Cette observation me pousse à réfléchir, à m'adapter et à agir face à tout stress, afin de donner le meilleur de moi-même. Il me semble important de faire ma propre évaluation, d'en prendre conscience, de décoder mes propres attitudes pour anticiper et gérer au mieux ce stress inhérent à notre profession.

J'ai pu constater que toutes deux ont élaboré des stratégies d'adaptation plus ou moins efficaces en indiquant une nouvelle fois que l'atout majeur était la communication. Le savoir communiquer de nouveau pourra être un allié que j'essayerai de valoriser tout au long de ma carrière.

Les deux infirmières interrogées ont conscience que la douleur induite par les soins et le stress perçu ont des conséquences sur la qualité du soin. Nous avons vu dans le champ disciplinaire théorique que cette notion avait pour origine un concept industriel qui s'était étendu au soin. Son approche y était complexe et toujours en pleine évolution. La nature des réponses récoltées valide très clairement nos écrits. En effet, seule l'IDE 2 est très précise et semble mieux appréhender cette notion de qualité. Elle l'a décrite en ces termes : qu'elle peut impacter la durée du soin, agit sur la sérénité du soignant et conduit inévitablement à l'erreur. Tout en insistant que l'ancienneté ne protège pas de cette problématique. Cette répercussion sur la qualité des soins j'en étais très consciente si l'on analyse ma situation d'appel puisque mon stress ressenti lors du soin douloureux avait eu très clairement des répercussions sur mon efficacité (soin beaucoup plus long), sur le confort du patient, sur sa sécurité ...

En conclusion, cette notion de stress perçu et son impact sur la qualité des soins sont beaucoup plus floues dans les réponses apportées, plus complexes à aborder et probablement en lien avec l'expertise de la professionnelle interrogée. En effet à la vue de certaines réponses récoltées, j'ai l'impression qu'à certains moments, les infirmières font corps avec leur patient et que la frontière est inexistante. Par exemple, quand on les interroge sur leurs stratégies d'adaptation les solutions qu'elles donnent concernent n'ont pas leur position mais celle de leur patient. Je pense que ce lien est une force très importante que j'avais sous-estimée. En tant que professionnelle de demain, je m'attacherai apporter toute la rigueur à la qualité du soin et à suivre son évolution afin de m'adapter aux exigences des établissements et aux avancées des scientifiques.

### **5.3 - Conclusion**

Mon cadre théorique montre que la douleur est une expérience complexe et subjective, et la lutte contre la douleur induite par les soins est une priorité de santé publique. Les entretiens nous révèlent que la douleur induite par les soins est bien connue et que les soignantes interrogées sont capables de mettre en œuvre des actions relevant du rôle propre. Les différents auteurs consultés relatent l'importance de discuter et d'informer sur le déroulement du soin qui va être réalisé afin d'établir une relation de confiance et ainsi diminuer l'anxiété, ce qui limitera la douleur anticipée. Résultats confirmés lors des entretiens, en effet les infirmières interrogées mettent l'information du patient sur le déroulement du soin comme une des principales actions pour diminuer la perception de la douleur.

Tout au long de ma formation, j'ai toujours accordé beaucoup d'importance au « prendre soin » de l'autre. Cette rencontre avec le patient suscite évidemment des pensées et des émotions chez nous, soignants. Être conscient de ses limites et des différentes contraintes, comme le stress inhérent à notre profession me permettra d'agir efficacement et de trouver cet équilibre pour devenir « *ce soignant heureux* » (Carillo, 2015).

Dans mon très jeune parcours, les situations qui m'ont interpellé, concernaient des patients dont la douleur était présente et qui m'atteignait émotionnellement.

Il est indéniable que mes trois années de formation, mes différents stages et ce travail confirme que la profession d'infirmière fait de la relation avec le patient un élément central des soins et que finalement, sans pour autant simplifier le trait, tout est question d'équilibre.

Mon bilan, au terme de cette recherche et de ces rencontres extrêmement riches, m'apporte des éléments d'analyse à ma situation d'appel. Dans un premier temps, je me rends compte qu'il ne s'agit pas d'une situation unique. Que notre quotidien nous expose aux facteurs de stress, à la souffrance et donc par rebond à la qualité des soins. Le stress, je vais devoir l'appivoiser, tout en sachant qu'il existe des stratégies d'adaptation pour nous protéger afin de le gérer.

Cette recherche m'a également permis de me rendre compte que je serai toujours capable de m'améliorer : en me formant à des outils qui me semblent très pertinents, comme par exemple l'hypnose médicale, thérapeutique alternative, ou les différentes formations que les centres hospitaliers peuvent nous proposer. J'ai bien l'intention de m'y former très rapidement afin d'accompagner au mieux mes patients et me donner des clés. Ce que je retiens en tant qu'étudiante infirmière et futur professionnel de santé, c'est que cette relation de confiance soignant-soigné est finalement la pierre angulaire de notre métier. Je veillerai à renforcer cette compétence pour vivre au mieux cette relation.

Petit bémol en ce qui concerne la démarche pour obtenir mes entretiens, elle a été plus complexe que prévue. En effet, le CHU de Rennes m'a notifié par mail (un peu tardivement) qu'il n'avait pas d'infirmières à me proposer pour mes entretiens. J'ai donc dû entreprendre les démarches seules afin de mener à bien mon projet. Cela a toutefois engendré une contrainte temps dans mon organisation : j'ai dû repousser les entrevues à trois semaines. De plus, réaliser un entretien n'est pas une tâche facile, car nous n'avons pas d'expériences dans ce domaine et qu'il m'a été parfois difficile de relancer et de guider les IDE vers les réponses appropriées.

Enfin, même si ces entretiens nous apportent des éléments de réponses et nous guident sur la vision des professionnels de santé, il ne faut pas oublier que le nombre

d'entretiens qu'il nous est possible de réaliser est très faible et qu'il ne peut pas être par conséquent représentatif de l'ensemble des professionnels.

En conclusion, ce travail nous invite à prendre soin de soi pour prendre soin d'autrui afin d'assurer des soins de qualité. Le soutien des pairs, le bon esprit d'équipe (en termes de coaching, de soutien), ainsi que comprendre le stress sont des éléments essentiels pour nous accompagner dans l'amélioration de nos pratiques et surtout un bon moyen d'éviter les erreurs et l'épuisement professionnel.

Différentes perspectives sur ces recherches s'ouvrent à moi, dont une en corrélation avec mon projet professionnel. En effet, j'ai pour objectif d'atteindre la pédiatrie. A la vue de ce projet, mon questionnement serait : En quoi la mise en place de stratégies d'adaptation influence-t-elle la bonne prise en charge du patient en pédiatrie face à sa douleur ?

Afin d'apporter une réponse à cette question, le cadre conceptuel nous conduira vers les notions de stratégies d'adaptation en milieu pédiatrique, la prise en charge du jeune patient et la douleur induite spécifique à l'enfant.

L'objectif serait de mettre en évidence ou non une spécificité par rapport au public, pour se faire il me semble intéressant de comparer deux services identiques destinés à des patients différents, à savoir adultes et pédiatrie. Cette comparaison nous permettra de mettre ou non en évidence des stratégies différentes.

A ce stade j'ai qu'une hâte, entrer très rapidement dans cette vie active et de me perfectionner afin d'être ce soignant. Et comme un clin d'œil à ce travail, je vais essayer de placer l'information du patient avant un soin douloureux comme un de mes objectifs majeurs pour limiter l'anticipation douloureuse.

## **Annexes :**

---

**ANNEXE I : Des échelles de douleurs**

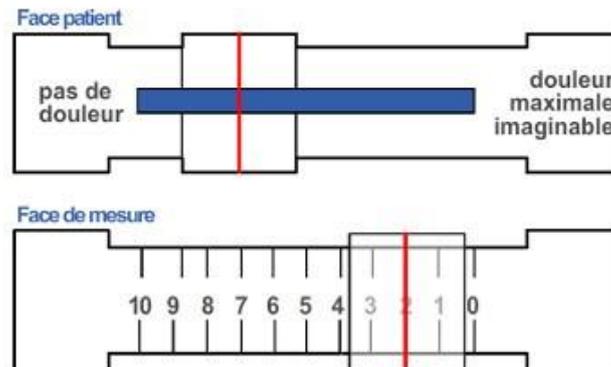
**ANNEXE II : Retranscription des entretiens semi-directifs**

**ANNEXE III : Tableau récapitulatif réalisé à partir des retranscriptions des différents entretiens**

## ANNEXE I :

### Des échelles unidimensionnelles ou globales :

L'Echelle Visuelle Analogique (EVA), est une échelle d'auto-évaluation, sensible, reproductible et fiable. Dans sa forme la plus classique, elle se présente sous forme d'un trait horizontal de 10 cm orienté de gauche à droite. Elle mesure l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 0 à 10 (ou de 0 à 100), comme nous l'indique le figure 3.



**Figure 3 :** Echelle visuelle analogique (d'après <http://recap-ide.blogspot.com/2014/11/evaluation-de-la-douleur.html> consulté le 28/11/2019)

L'Echelle Verbale Simple (EVS) permet d'apprécier la douleur ressentie à l'aide d'un score affecté par le patient comme indiqué dans la figure 4 :

Echelle Verbale Simple (EVS)	
Douleur	Score
Absente	0
Faible	1
Modérée	2
Intense	3
Extrêmement intense	4

**Figure 4 :** Echelle verbale simple

(D'après <https://www.soins-infirmiers.com/pratique/procedures-de-soins/evaluation-de-la-douleur-echelle-verbale-simple-evs> consulté le 28/11/2019)

L'Echelle Numérique (EN), le patient quantifie sa douleur entre une note de 0 correspondant à une douleur nulle à 10 pour une douleur maximale.

L'échelle des visages, proposée en 1988 par Wong et Baker comme nous le montre la figure 5. Elle a montré un grand intérêt chez l'adulte et le sujet âgé, et peut être employée en cas de difficulté d'utilisation des trois autres décrites précédemment, chez le patient ayant des difficultés de verbalisation (aphasie, intubation, ...)

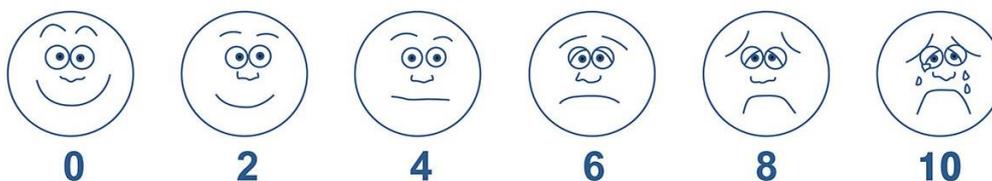


Figure 5 : Echelles des visages (d'après <https://wongbakerfaces.org/> consulté le 28/11/2019)

### Des échelles pluridimensionnelles :

Il s'agit de questionnaires plus complexes très utilisés dans les centres anti-douleurs de type QDSA (Questionnaire Douleur Saint-Antoine), MPQ (Mac Gill Pain Questionary), DN4 (diagnostic de Douleur Neuropathique), ...

### Des échelles comportementales :

On y retrouve en outre l'Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée (ECPA). Le questionnaire comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante, exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale). Cette échelle possède deux axes : les observations avant les soins, et pendant les soins.

ECPA	
Nom : _____	
Prénom : _____	
Service : _____	
Date : _____/_____/_____	
Heure : _____h _____	
SCORE TOTAL (sur 32) : _____	
Cotier pour chaque item la situation caractérisant au mieux le patient.	
<b>I OBSERVATION AVANT LES SOINS</b>	<b>II Observation pendant les soins</b>
<b>1/ Expression du visage : REGARD et MIMIQUE</b> 0 : Visage détendu <input type="checkbox"/> 1 : Visage sourcilieux <input type="checkbox"/> 2 : Le sujet grimace de temps en temps <input type="checkbox"/> 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé <input type="checkbox"/> 4 : Expression complètement figée <input type="checkbox"/>	<b>5/ Anticipation ANGOUSÉE aux soins</b> 0 : Le sujet ne montre pas d'angoisse <input type="checkbox"/> 1 : Angoisse du regard, impression de peur <input type="checkbox"/> 2 : Sujet agité <input type="checkbox"/> 3 : Sujet agressif <input type="checkbox"/> 4 : Cri, soupirs, gémissements <input type="checkbox"/>
<b>2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)</b> 0 : Aucune position antalgique <input type="checkbox"/> 1 : Le sujet évalue une position <input type="checkbox"/> 2 : Le sujet choisit une position antalgique <input type="checkbox"/> 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique <input type="checkbox"/> 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur <input type="checkbox"/>	<b>6/ Réactions pendant la MOBILISATION</b> 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière <input type="checkbox"/> 1 : Le sujet a un regard angoissé et semble craindre la mobilisation ou les soins <input type="checkbox"/> 2 : Le sujet retire de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins <input type="checkbox"/> 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins <input type="checkbox"/> 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins <input type="checkbox"/>
<b>3/ MOUVEMENTS (ou MOBILITÉ) du patient (hors et/ou dans le lit)</b> <input type="checkbox"/> NA 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* <input type="checkbox"/> 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements <input type="checkbox"/> 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* <input type="checkbox"/> 3 : Immobilité contrairement à son habitude* <input type="checkbox"/> 4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude* <input type="checkbox"/>	<b>7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES</b> 0 : Aucune réaction pendant les soins <input type="checkbox"/> 1 : Réaction pendant les soins, sans plus <input type="checkbox"/> 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses <input type="checkbox"/> 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses <input type="checkbox"/> 4 : L'approche des zones est impossible <input type="checkbox"/>
<b>4/ RELATION A AUTRUI : il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...</b> <input type="checkbox"/> NA 0 : Même type de contact que d'habitude* <input type="checkbox"/> 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* <input type="checkbox"/> 2 : Enne la relation contrairement à l'habitude* <input type="checkbox"/> 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* <input type="checkbox"/> 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude* <input type="checkbox"/>	<b>8/ PLAINTES exprimées PENDANT les soins</b> 0 : Le sujet ne se plaint pas <input type="checkbox"/> 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui <input type="checkbox"/> 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant <input type="checkbox"/> 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne <input type="checkbox"/> 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne <input type="checkbox"/>
* se référer aux jours précédents ** ou prescription NA : Non Applicable	

**Figure 6:** D'après : Morello R et Coll. Une échelle comportementale d'évaluation de la douleur (E.C.P.A.). Lettre Mensuelle de l'Année Gériatrique n° 100-Décembre 1999.

## **ANNEXE II : Retranscription des entretiens semi-directifs**

### **ENTRETIEN IDE 1**

*Identité professionnelle de l'IDE 1 :*

*Femme, infirmière depuis 13 ans et exerçant en salle de réveil depuis 8 ans.*

*A bénéficié d'une formation sur la douleur intitulée : « douleur induite par les soins en salle de réveil. »*

(ESI) : Bonjour, je suis Nawelle Nazih étudiante infirmière en 3<sup>ème</sup> année à l'IFSI du CHU de Rennes à Pontchaillou. Je vous remercie d'avance de prendre le temps pour répondre à mes questions. Afin de confronter sur le terrain l'hypothèse qui émerge de mon travail de recherche, je souhaite interroger des professionnels pour infirmer ou confirmer celle-ci. Je vais donc réaliser avec vous un entretien d'une trentaine de minutes dans le cadre de mon MIRSI (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers). Lors de l'entretien êtes-vous d'accord pour que je puisse vous enregistrer pour me permettre d'exploiter notre échange ?

(IDE) : Oui, bien sûr.

(ESI) : Bien entendu l'anonymat est garanti.

Alors, je vais commencer. La première question : depuis quand êtes-vous diplômée ? Et depuis quand travaillez-vous ? Et depuis combien de temps dans ce service ?

(IDE) : Alors, je suis diplômée depuis treize ans et ça fait...huit ans que je suis dans le service en salle de réveil.

(ESI) : Ok, très bien. Avez-vous une formation spécifique sur la douleur ?

(IDE) : Oui.

(ESI) : Quel type de formation ?

(IDE) : Alors elle s'intitulait... et bien douleur induite par les soins en salle de réveil.

(ESI) : Alors, qu'est-ce que pour vous la douleur induite par les soins ?

(IDE) : Alors attends, je réfléchis. Il y a plusieurs caractéristiques. Déjà, faut surveiller les signes cliniques du patient en fonction de...qui peuvent montrer une éventuelle douleur. Il y

a aussi l'anxiété du patient qui peut rentrer en jeu, dans...pour augmenter finalement la douleur. Et il y a des soins qui sont plus douloureux que d'autres. Ça va ? *\*Rires\**

(ESI) : Quel type de soin pouvez-vous caractériser comme potentiellement douloureux ?

(IDE) : Moi je trouve que ça dépend des patients finalement. Du vécu du patient, du ressenti du patient. Si je prends mon cas, moi personnellement, j'ai mal en ce qui concerne une prise de sang. Alors qu'il y a d'autres soins qui ne vont pas me faire mal. Et il y a des patients, une prise de sang pour eux, c'est rien. Ils ne vont pas du tout avoir mal et...en...d'autres soins que moi par exemple je ne trouve que ce n'est pas douloureux, ils vont avoir mal. Je pense que chaque patient a son vécu différent face aux soins et à la douleur.

(ESI) : Ok. Lors d'un soin potentiellement douloureux, que faites-vous pour prévenir et lutter contre la douleur de la personne soignée ?

(IDE) : Je demande déjà au patient s'il veut que je lui explique en détail le soin...euh. Et auquel cas je m'adapte, soit j'explique ou je l'explique pas. Euh...ensuite, je lui demande s'il a quelques appréhensions et je lui dis que s'il en a faut surtout qu'il en parle, qu'il le dise et qu'il extériorise.

(ESI) : Ok. Et votre stratégie utilisée pour le soin potentiellement douloureux vous semble-t-elle efficace ?

(IDE) : Oui, oui, je trouve que en général, ça marche assez bien à partir du moment où on est compréhensif et que on prend le temps de discuter avec la personne.

(ESI) : Ok et comment vous pouvez le voir par rapport au patient enfin comment le patient vous le dit ?

(IDE) : Comme je leur aurais dit auparavant d'exprimer toutes leurs angoisses et la moindre douleur. Je trouve que déjà, il y a un lien de confiance qui...qui s'installe et de ce biais-là, souvent les gens disent d'eux-mêmes en fait très facilement que soit ils ont peur, soit là ils commencent à avoir une légère douleur et j'adapte le soin en fonction de...du ressenti du patient.

(ESI) : Ok

(IDE) : Et je les fais participer dès que je peux aux soins. *\*Rires\**

(ESI) : Parfait. Hum, pouvez-vous me décrire une situation où il y avait de la douleur induite par les soins chez un adulte ?

(IDE) : Oui, certainement. Il y en a eu plein en 13 ans d'activité. *\*Rires\**

Alors une dame, une prise en charge, elle vient d'avoir une césarienne. Il faut qu'on surveille les saignements voie basse et la tonicité utérine. Pour cela, on doit mettre notre main sur son ventre et trouver l'utérus et ensuite appuyer sur l'utérus pour surveiller les saignements voie basse. Un soin qui est très très douloureux et qui est souvent mal vécu par les patientes. Du coup, dans ce moment-là on se fait accompagner par une aide-soignante. On explique la raison pour laquelle on est deux. J'explique surtout que...je ne cache pas le fait que le soin peut être désagréable et parfois douloureux. Je leur explique si elles ont envie que je détaille le soin, si auquel cas elles ont besoin. Je détaille le soin et ensuite, surtout, je leur demande de bien respirer et de se concentrer davantage sur leur respiration que sur le soin que je suis en train de faire. Et souvent, ça fonctionnait plutôt bien.

(ESI) : Ok, la prochaine question c'est : quel est l'impact de la douleur chez un patient sur vous ?

(IDE) : Sur le moment, j'ai beaucoup d'empathie, j'entends que le patient peut avoir mal. J'essaie de prendre le temps quand on peut et quand on, quand on nous rend disponible pour les écouter, les accompagner et rapidement je détache une fois que le soin est fait, je me détache que le fait qu'ils ont eu mal...voilà. *\*Rires\**

Mais sur le coup, oui, je ressens de l'empathie et je suis, je pense, être assez attentive à ce qu'ils peuvent ressentir

(ESI) : Ok. Face à la douleur du patient, certains soignants parlent de leur stress, qu'en pensez-vous ?

(IDE) : Ah non moi je ne me sens pas stressée face à la douleur. J'essaie au lieu de penser davantage à mon stress, j'essaie de mettre des choses en place. Hum...si auquel cas il y a...enfin moi de mon ressort je ne peux plus mettre de choses en place dans ce cas-là, j'appelle le médecin et auquel cas il faut une prescription médicale et je fais en sorte de convaincre le médecin.

(ESI) : Hum...est ce que vous avez déjà connu des soignants...qui ont montré du stress ? Avez-vous déjà vu ça ?

(IDE) : Certainement. *\*Rires\**

Moi-même c'est quand j'étais jeune diplômée dans un nouveau service où il faut qu'on fasse nos preuves...donc de réussir à convaincre le médecin...qui serait éventuellement super qu'il puisse prescrire un médicament contre la douleur. On est quand même plus à l'aise quand ça fait un moment qu'on est dans le service pour pouvoir convaincre les médecins et

avoir des arguments. Et là, oui, je me sentais démunie face à un patient qui avait mal, qui souffrait d'ailleurs. *\*Rires\**

(ESI) : Très bien. *\*Rires\**

Du coup quelle conséquence sur le soin pouvez-vous constater ? On a un petit peu...on en a un petit peu parlé avant.

(IDE) : *\*Rires\**

Alors, le soin peut induire...des patients...déjà qui sont stressés. Alors, est ce que le stress induit la douleur ou est-ce que la douleur induit le stress ? Je pense qu'il y a un peu des deux. Hum...et puis il y a aussi tous les signes à côté en fait, le vécu du patient...il va ressortir de l'hôpital en ayant eu une image stressante donc ensuite il va répercuter ça certainement ça sur une autre hospitalisation. Et puis tous les signes qui vont avec, tous des signes hémodynamiques.

(ESI) : *\*Rires\**

Que mettriez-vous en place pour faire face à des situations...comme ça...qui sont stressantes ?

(IDE) : La communication. *\*Rires\**

Pour moi il est indispensable de faire parler le patient, mais pour cela faudrait-il avoir le temps. Et puis...au mieux d'accompagner le patient, toujours aller dans...dans le sens que lui a envie d'aller. Si on veut expliquer...si lui il veut qu'on détaille le soin on le détail, s'il ne le veut pas, tout le monde ne veut pas forcément qu'on détaille le soin. Dans ce cas-là, faut pas y aller. Et puis les rassurer au maximum.

(ESI) : Donc dans ma dernière question donc c'est : dans un contexte de soin potentiellement douloureux, en quoi le stress du soignant induit par l'expression de la douleur du patient impacte-t-il la qualité du soin ?

(IDE) : Alors ouais est ce que le stress du soignant induit par l'expression de la douleur du patient impacte la qualité du soin ? Je pense que ça dépend...la qualité du stress, le taux de stress du patient...du soignant, pardon. Ça dépend aussi du patient, ça dépend du soin. Ça dépend comment le patient gère sa douleur, comment le soignant gère son stress, ça dépend de tellement de facteurs. Après, oui la qualité du soin en effet, peut-être un peu dégradée par le stress et la douleur après, je pense qu'avec l'expérience, on acquiert, on sait davantage gérer son stress et gérer aussi la douleur du patient.

(ESI) : Très bien. *\*Rires\**

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

(IDE) : Oui, il y a aussi les formations, qu'on a tous eues enfin tous les professionnels de santé ont eues en salle de réveil. C'est...c'est aborder l'hypnose. Alors ce n'est pas l'hypnose totalement, mais...enfin c'est un début d'hypnose et donc du coup...ça permet d'évacuer le stress, d'évader le patient...dans le...dans un endroit où il a envie d'être. Et pour lui les soins douloureux sont davantage...sont mieux perçus parce que voilà, il s'est évadé dans un milieu agréable pour lui.

(ESI) : Ok très bien, merci.

## ENTRETIEN IDE 2

*Identité professionnelle de l'IDE 2 :*

*Femme, infirmière depuis 4 ans 1/2 et exerçant en chirurgie générale depuis également 4 ans 1/2.*

*A bénéficié d'une formation sur la douleur intitulée : « Prise en charge de la douleur. »*

(ESI) : Bonjour, je suis Nawelle Nazih, étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI du CHU de Rennes à Pontchaillou. Je vous remercie d'avance de prendre le temps pour répondre à mes questions. Afin de confronter sur le terrain l'hypothèse qui émerge de mon travail de recherche, je souhaite interroger des professionnels pour infirmer ou confirmer celle-ci. Je vais donc réaliser avec vous un entretien d'une trentaine de minutes dans le cadre de mon MIRS (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers). Lors de l'entretien, êtes-vous d'accord pour que je puisse vous enregistrer pour me permettre d'exploiter notre échange?

(IDE) : Oui.

(ESI) : Bien entendu, l'anonymat est garanti. Alors, du coup, je vais commencer la première question. Depuis quand êtes-vous diplômée? Depuis quand travaillez-vous et depuis combien de temps dans ce service ?

(IDE) : Alors moi je suis diplômée depuis quatre ans et demi, j'ai été diplômée en juillet 2015 et je suis dans le même service depuis le diplôme, donc en chirurgie générale.

(ESI) : Ok, avez-vous eu une formation spécifique sur la douleur ?

(IDE) : Oui...Ouais, j'ai... c'est la clinique qui propose des formations...tous les ans on doit au moins faire une formation et moi j'avais fait prise en charge la douleur.

(ESI) : Ok, alors qu'est-ce que la douleur induite par les soins pour vous?

(IDE) : Euh...c'est une douleur qui est... bah quand on fait un soin. C'est la douleur qui intervient par exemple au moment où on fait une prise de sang, où on pique. Ce n'est pas une douleur qu'un patient a déjà avant le soin mais qui arrive vraiment pendant le soin.

(ESI) : Ok... Et du coup, on peut la retrouver dans les soins techniques ?...Souvent dans les soins techniques où on peut les retrouver ?

(IDE) : Bah oui, la plupart du temps... pose de perfusions, pose de sondes à demeure, sondes naso-gastrique... Prises de sang, les pansements...beaucoup.... Après y a des

types de douleurs pour éviter, enfin... que les patients n'ai pas mal, on utilise certains procédés pour pas qu'il ait mal pendant ces soins-là.

Je ne sais pas si tu veux que je détaille. *\*Rires\**

(ESI) : Bah peut-être après. *\*Rires\**

Du coup, lors d'un soin potentiellement douloureux, que faites-vous pour prévenir et lutter contre la douleur de la personne soignée?

(IDE) : Quand on sait que c'est des gens qui sont très douloureux, par exemple pour des pansements, on leur donne des antalgiques, de pallier I, II ou III avant les pansements. Donc ça c'est pour prévenir de la douleur et puis pendant le... vraiment le soin euh... bah la réassurance, on essaye de réassurer. On évalue la douleur quand même assez régulièrement savoir s'il faut qu'on s'arrête ou pas quoi. Y a des fois, ce n'est pas possible de s'arrêter, une pose de perfusion t'es un peu obligé de la mettre. Mais ouais, rassurer le patient quand on voit qu'ils sont trop douloureux... Leur dire que c'est bientôt fini *\*Rires\**, voilà quoi.

Mais prévenir avant des fois, il y a des soins tu ne sais pas que ça va leur faire mal sur le coup, quoi. C'est un peu propre à chaque patient.

(ESI) : Ok, votre stratégie utilisée pour le soin potentiellement douloureux vous semble-t-elle efficace ?

(IDE) : Stratégie, c'est-à-dire ? Genre ma technique habituelle quoi ? *\*Rires\** Non, bah je ne pense pas que ce soit le mieux, enfin on essaye de faire au mieux vu que chaque patient est différent. On ne peut pas vraiment prévoir comment ils vont réagir et il y a peut-être des rituels qu'on fait habituellement à chaque soin, qu'on se répète, mais dire que c'est la meilleure chose...pas forcément non *\*Rires\**. Je pense pas, je ne pense pas qu'il y ait vraiment de technique parfaite pour être sûr que le patient ai pas mal et tout ça quoi...

(ESI) : Ouais... ok, pouvez-vous me décrire une situation où il y avait de la douleur induite par des soins chez un adulte?

(IDE) : Une situation que j'ai vécu... bah j'en ai tous les jours enfin quasiment tous les jours.

(ESI) : Où une qui t'as marqué ?

(IDE) : Euh une qui m'a marqué plus que d'autres...

Les pansements d'amputation c'est souvent douloureux, hyper douloureux parce qu'ils ont l'impression avec le membre fantôme de encore sentir leur jambe... Et ils appréhendent

vachement les pansements...les amputations parce que, déjà ils ont mal car ils ont l'impression d'avoir encore leur membre, mais ils appréhendent vachement avant les pansements de la douleur quoi. Donc eux on leur donne beaucoup d'antalgiques avant, avant le soin... ouais c'est souvent les personnes amputées qui sont les plus douloureuses je dirai.

(ESI) : D'accord, et ça t'en rencontre dans ton service ?

(IDE) : Ouais, ouais ouais, tous les jours

(ESI) : Ok, quel est l'impact de la douleur... non...quel est l'impact, de la douleur chez un patient, sur vous ?

(IDE) : Euh...Ce n'est pas compliqué toujours...y a des patients où on se dit là, on est vraiment malveillant quoi, tu te dis alala je suis en train de faire mal et tout, mais en même temps tu sais que c'est des soins qui sont importants à faire pour eux... donc c'est un peu...voilà

(ESI) : Face à la douleur du patient, certains soignants parlent de leur stress, qu'en pensez-vous?

(IDE) : Bah oui, bah ouais c'est tellement légitime, de toute façon on n'est pas des super héros quoi, on ne peut pas ne pas faire mal aux gens. Pour moi, c'est quasiment sûr que dans ta journée d'infirmière, tu vas faire mal à un patient à un moment donné.

(ESI) : Humm

(IDE) : Alors être stressée, oui ! Après... je pense que plus t'es à l'aise dans les soins et moins t'as le stress de dire « alala je vais faire mal », et si tu as l'habitude de piquer les gens tout ça. T'appréhende carrément moins... Enfin je sais que j'ai moins peur d'aller poser des perfes ou faire des prises de sang maintenant qu'il y a quatre ans quand je sortais du diplôme

(ESI) : Ouais

(IDE) : Parce que t'as plus d'assurance et tu dis « bon, j'ai plus l'habitude donc je devrais mieux y arriver qu'au début du diplôme quoi ».

(ESI) : Humm humm, ouais... Quelles conséquences sur le soin pouvez-vous constater?

(IDE) : Quand ils sont douloureux ?

(ESI) : Ouais... et quand t'es... quand tu ressens du stress

(IDE) : Ah oui bah... alors soit on va mettre deux fois plus de temps à faire le soin parce que si le patient est douloureux bah on va prendre plus le temps.

Et si on est stressé, bah je pense qu'on est amené à faire un peu plus de conneries \*rires\* clairement. Genre un patient qui n'est pas bien du tout, tu vois pose de perfs des fois t'oublies d'enlever ton garrot parce que t'es tellement obnubilé par lui en disant « olalala ». T'oublies de faire des trucs, quoi. Je pense.

(ESI) : Ouais, ok... Que mettriez-vous en place pour faire face à cette situation ?

(IDE) : Pour éviter de stresser tu veux dire ?

(ESI) : Pour éviter de stresser et pour éviter de faire mal aux patients.

(IDE) : Prendre peut être plus le temps quand c'est dans des services techniques où t'as pleins de trucs à faire et que tu n'as pas forcément le temps. Déjà expliquer ce que tu vas faire avant de commencer le soin pour que tu vois ils sachent... Combien de temps ça va durer à peu près. Pour les pansements, ce que tu vas mettre dessus. Un peu le protocole quoi.... Choses qu'on ne fait pas toujours, j'avoue, parce que par manque de temps. Moi j'essaye de changer de sujet pas mal, genre de leur parler d'autres choses pendant que je fais le truc comme ça au moins, pendant que je fais le soin comme ça ils sont, leurs pensées est occupées à faire autres choses quoi. Et puis, et puis voilà.

Et puis pour le patient... les antalgiques avant les soins mais bon tu ne vas pas donner un antalgique pour une perf quoi \*rires\* ou une prise de sang. Vraiment des pansements et encore.... Pour les pansements souvent, parce que après la pose de sonde naso-gastrique et les poses de sondes urinaires tu ne peux pas vraiment donner avant non plus.

(ESI) : Humm

(IDE) : Parce que en général c'est des soins que tu fais parce que le médecin te demande là à l'instant T quoi. Donc voilà.

(ESI) : Ok. Euh ma dernière question. Alors elle est assez longue : dans un contexte de soin potentiellement douloureux, en quoi le stress du soignant induit par l'expression de la douleur du patient impacte-t-il la qualité du soin?

(IDE) : Alors attends je la relie... induit par l'expression de la douleur du patient impacte-t-elle... ah oui au niveau de la qualité ?

(ESI) : Humm

(IDE) : Bah ça impacte beaucoup. Après.... Comme je te disais, je pense que ça impacte surtout à partir du moment où t'as beaucoup d'expérience ou pas. Même pas...même pas parce que là je suis sûre que dans 5 ans, ça se trouve quelqu'un de super douloureux je serai quand même en train de me dire « oh mon Dieu ! », mais... Je pense que la douleur du

patient impacte quasiment, forcément la qualité du soin. Moi, j'ai jamais vu personne et aucune infirmière faire un soin en mode sereine alors que le patient est douloureux quoi.

(ESI) : Humm

(IDE) : Même les anciennes qui sont là depuis 15-20 ans. Ce n'est pas quelque chose que tu peux maîtriser quoi.

(ESI) : Et ça va impacter la qualité de soin, mais est-ce que tu aurais des exemples concrets de ce que ça pourrait... ?

(IDE) : Euh... en mode faire des erreurs ? Genre vraiment faire des grosses erreurs ?

Je ne pense pas quand même. Bah les pansements, à moins que tu te trompes de produits.... je ne pense pas... ou du type de pansements que tu fais... je ne pense pas quand même que tu puisses faire de grosses grosses erreurs... à cause de ça...

Tu veux des exemples types genre vraiment ?

(ESI) : Ouais, je ne sais pas si tu en as vécu

(IDE) : Humm, où j'ai eu l'impression de vraiment, là, quand j'ai fait le soin parce que le patient était douloureux, j'ai fait n'importe quoi ?

(ESI) : Humm

(IDE) : Euh... Pose de sonde naso gastrique ou des fois tu veux tellement te dépêcher pour pas lui faire mal qu'elle ressort par la bouche.

(ESI) : Ouais

(IDE) : Ça....Ou... Des sondes urinaires où tu te dis « bah là faut que j'y aille pour pas lui faire mal », mais t'arrives pas à la poser.... C'est déjà arrivé...voilà.

(ESI) : Ok. Et avez-vous quelques choses à ajouter ?

(IDE) : Là comme ça, non... Bah, si, c'est peut-être plus facile, plus on a d'années de prendre en charge la douleur du patient, enfin t'es plus à l'aise, je dirai.

(ESI) : Mais du coup, on est moins stressé ?

(IDE) : Et puis vu que tu as l'expérience tu es moins stressé dans les soins, vu que tu connais les soins que tu fais, surtout si tu restes dans le même service que tu connais bien le service. T'es plus confiant à force de pratiquer quoi.

(ESI) : Humm humm. Ok bah merci beaucoup !

(IDE) : *\*Rires\**. De rien !

## ANNEXE III : Tableau récapitulatif réalisé à partir des retranscriptions des différents entretiens

### Légende :

Caractère normal dans la colonne Items correspond à la retranscription de l'entretien de l'IDE 1.

*Caractère italique dans la colonne Items correspond à la retranscription de l'entretien de l'IDE 2.*

<u>Thème</u>	<u>Catégories/sous-thèmes</u>	<u>Items</u>
<b><u>Douleur induite par les soins</u></b>	<u>Définition et identification d'un soin douloureux</u>	<p>« Plusieurs caractéristiques »</p> <p>« Les signes cliniques du patient peuvent montrer une éventuelle douleur »</p> <p>« L'anxiété du patient peut rentrer en jeu, pour augmenter finalement la douleur »</p> <p>« Des soins qui sont plus douloureux que d'autres »</p> <p>« Ça dépend des patients »</p> <p>« J'ai mal en ce qui concerne une prise de sang : il y a des patients, une prise de sang, c'est rien »</p> <p>« Du vécu du patient, du ressenti du patient »</p> <p>« Chaque patient à son vécu différent face aux soins et à la douleur »</p> <p><i>« Douleur quand on fait un soin »</i></p> <p><i>« Par exemple au moment où on fait une prise de sang, où on pique »</i></p> <p><i>« Pas une douleur que le patient à avant le soin main qui arrive vraiment pendant le soin »</i></p> <p><i>« Propre à chaque patient »</i></p> <p><i>« Concerne beaucoup de soins techniques »</i></p> <p><i>« Pour moi, c'est quasiment sûr que dans ta journée d'infirmière, tu vas faire mal à un patient à un moment donné »</i></p>
	<u>Stratégies pour lutter contre la douleur</u>	<p>« Je demande au patient s'il veut que je lui explique en détail le soin »</p> <p>« Je m'adapte, soit j'explique ou je ne l'explique pas »</p> <p>« Je lui demande si il a quelques appréhensions et je lui dis que si il en a il faut surtout qu'il en parle, qu'il le dise et qu'il extériorise »</p> <p>« On se fait accompagner par une aide-soignante »</p> <p>« On explique que le soin peut être désagréable et parfois douloureux »</p> <p>« Je leur demande de bien respirer et de se concentrer davantage sur leur respiration »</p> <p>« Aborder l'hypnose cette technique va permettre d'évader le patient dans l'endroit où il a envie d'être. Et pour lui les soins douloureux sont davantage...sont mieux perçus parce que voilà, il s'est évadé dans un milieu agréable pour lui »</p> <p><i>« On utilisent certains procédés pour pas qu'il ait mal pendant ces soins »</i></p> <p><i>« Des gens qui sont très douloureux, on leur donne des antalgiques de pallier I, II, III »</i></p> <p><i>« La réassurance »</i></p> <p><i>« On évalue la douleur, régulièrement pour savoir si on s'arrête ou pas »</i></p> <p><i>« Quand c'est pas possible de s'arrêter, rassurer le patient, leur dire que c'est bientôt fini »</i></p> <p><i>« C'est peut-être plus facile avec de l'expérience de prendre en charge la douleur du patient »</i></p>

	<p><u>Auto-évaluation sur sa propre stratégie</u></p>	<p>« Oui, en général ça marche assez bien »  « Être compréhensif »  « Prendre le temps de discuter »  « Il y a un lien de confiance qui s'installe »  « Les gens disent d'eux-mêmes soit quand ils ont peur, soit quand ils commencent à avoir une légère douleur et j'adapte le soin »  « Je les fais participer dès que je peux aux soins »</p> <p><i>« Non, pas forcément »  « Je ne pense pas que ça soit la mieux, enfin on essaye de faire au mieux vu que chaque patient est différent »  « Il y a peut-être des rituels qu'on fait habituellement à chaque soin, on se répète »  « Je pense pas qu'il y ai vraiment de techniques parfaites pour être sûr que le patient ai pas mal »</i></p>
	<p><u>Exemples concrets cités</u></p>	<p>« Prise de sang »  « Une césarienne »  « Il faut qu'on surveille les saignements en voie basse et la tonicité utérine »  « Appuyer sur l'utérus pour surveiller les saignements »  « Soin qui est très très douloureux, souvent mal vécu par les patientes »</p> <p><i>« Pose de perfusions, sondes naso-gastriques, sondes à demeure, pansements, prises de sang »  « Les pansements d'amputation sont souvent douloureux, hyper douloureux »</i></p>
	<p><u>Impact de la douleur du patient sur le soignant</u></p>	<p>« Sur le moment, j'ai beaucoup d'empathie »  « J'entends »  « J'essaie de prendre le temps quand on peut »  « Les écouter, les accompagner »  « Rapidement je détache une fois que le soin est fait, je me détache du fait qu'ils aient eu mal »  « Être attentive à ce qu'ils peuvent ressentir »  « Jeune diplômée : oui, je me sentais démunie face à un patient qui avait mal, qui souffrait d'ailleurs »</p> <p><i>« Ce n'est pas toujours compliqué »  « On est vraiment malveillant, tu te dis je suis en train de faire mal mais en même temps tu sais que c'est des soins importants pour eux »  « Bah si, c'est peut-être plus facile, plus on a d'années de prendre en charge la douleur du patient »</i></p>
<p><b><u>Le stress</u></b></p>	<p><u>Positionnement face au stress</u></p>	<p>« Non, moi je ne me sens pas stressée face à la douleur »  « Jeune diplômée dans un nouveau service on doit faire nos preuves...plus facile quand on est plus à l'aise, quand ça fait un moment qu'on est dans le service ... »</p> <p><i>« Oui, c'est tellement légitime »  « On n'est pas des super héros »  « On peut pas ne pas faire mal aux gens »  « Plus t'es à l'aise dans les soins et moins t'as le stress »  « T'appréhendes carrément moins... Enfin je sais que j'ai moins peur d'aller poser des perfes ou faire des prises de sang maintenant qu'il y a quatre ans quand je sortais du diplôme »  « T'as plus d'assurance »  « Vu que tu as l'expérience, tu es moins stressé dans les soins »  « Tu connais les soins que tu fais, surtout si tu restes dans le même service »  « T'es plus confiant à force de pratiquer »</i></p>

	<p><u>Conséquence du stress sur le soin</u></p>	<p>« Alors, est ce que le stress induit la douleur ou est-ce que la douleur induit le stress ? Je pense qu'il y a un peu des deux »</p> <p>« On va mettre deux fois plus de temps à faire le soin »  « Si le patient est douloureux bah on va prendre plus de temps »  « Si on est stressé, on est amené à faire un peu plus de conneries clairement »  « T'oublies de faire des trucs »</p>
	<p><u>Stratégies de défense</u></p>	<p>« J'appelle le médecin pour une prescription médicale, et je fais en sorte de convaincre le médecin »  « J'essaye au lieu de penser davantage à mon stress, de mettre des choses en place »  « La communication »  « Il est indispensable de faire parler le patient mais pour cela faudrait-il avoir le temps »  « Toujours aller dans le sens que lui a envie d'aller »  « Si il veut qu'on détaille le soin, on le détaille »  « Les rassurer au maximum »  « L'hypnose »  « Ça permet d'évacuer le stress, d'évader le patient... dans un endroit où il a envie d'être »  « Il s'est évadé dans un milieu agréable pour lui »  « Aborder l'hypnose : il ne s'agit pas de l'hypnose totalement mais du début...ça permet d'évacuer le stress,</p> <p>« Prendre plus le temps »  « Expliquer ce que tu vas faire avant de commencer le soin »  « Un peu le protocole quoi »  « Changer de sujet pas mal, genre de leur parler d'autres choses pendant que je fais le truc »  « Leurs pensées est occupées à faire autres choses quoi »</p>
<p><b>La qualité du soin</b></p>	<p><u>Impact sur la qualité du soin</u></p>	<p>« Cela dépend de la qualité du stress et du taux de stress du soignant, de comment il gère son stress, du patient et comment il gère sa douleur et du soin »  « Cela dépend de tellement de facteurs... »  « Oui, la qualité du soin peut-être dégradée mais avec l'expérience on acquière on sait gérer son stress et gérer la douleur du patient »</p> <p>« Cela impacte beaucoup, ....et ça impacte beaucoup à partir du moment où t'as beaucoup d'expérience ou non»  « Je pense que la douleur du patient impacte quasiment, forcément la qualité du soin »  « On va mettre deux fois plus de temps à faire le soin »  « Si le patient est douloureux bah on va prendre plus de temps »  « Moi, j'ai jamais vu personne et aucune infirmière faire un soin en mode sereine alors que le patient est douloureux quoi »  « Même les anciennes ....ce n'est pas quelque chose que tu peux maîtriser quoi »  « faire des erreurs, exemple : pose de sonde naso gastrique ou des fois tu veux tellement te dépêcher pour pas lui faire mal qu'elle ressort par la bouche »</p>

## Bibliographie :

---

Boissard, M. (2018). *Réussir son parcours de mémoire de fin d'études* (3<sup>ème</sup> édition). Noisy-le-grand : Setes.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier NOR : SASH0918262A. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009 – page 279. Repéré le 7/11/2019 à <https://solidarites-sante.gouv.fr> > IMG > pdf > arrete du 31 juillet 2009

Carillo, C. (2015). *Etre un soignant heureux* (2<sup>ème</sup> édition). Issy-les-Moulineaux : Masson.

Frances, A.M. (2014). Se former à prendre soin : une question de connaissance, de technique, de sensibilité, d'engagement ? *Perspective soignante*, 50, 49-60.

Ordre national des infirmiers/DJ/03- 2011 : *Le secret professionnel*. Repéré le 11/11/2019 à <https://www.ordre-infirmiers.fr> > assets > files > Secret pro

Volny, M., Michaud, C. & Jette, S. (2016). Stress et qualité des soins. *Perspective infirmière (Recherche)*, 13(3), 39-41.

Soin. (1992). Dans *Le robert dictionnaire d'aujourd'hui*. Paris, Club-France Loisirs.

Worms, F. (2006). Les deux concepts du soin. *Esprit*, 2006/1, 141-156 Repéré le 10/12/2019 à <https://www.cairn.info/revue-esprit-2006-1-page-141.htm>

Delamare, J. (2011). *Soin et soins infirmiers*. Dans *le dictionnaire de l'infirmière* (6<sup>ème</sup> éd, P 344) Paris. Maloine.

Hesbeen, W. (2012). *Le soignant, les soins et le soin*. Extrait de : Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation, Editions Seli Arslan. Repéré le 13/12/2019 à [www.gefers.fr](http://www.gefers.fr) > orga > 2012-les soignants les soins et le soin-wh

Prendsaplace (Association suisse romande contre la maltraitance des personnes âgées (2014). *Sur une base théorique selon Virginia Henderson*. Repéré le 13/12/2019 à <https://www.prendsaplace.com/virginia-henderson/>

Martinez, F. (2001). Les principes généraux de la qualité. *Adsp*, 35, 18-23.

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 du 25 avril page 6324. Repéré le 6/12/2019 à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&categorieLien=id>

Hurlimann, C. (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins. *Adsp*, 35, 23-28.

Dietrich, P. (2013) Comprendre l'impact du stress organisationnel sur la qualité des soins infirmiers. Colmar. Repéré le 13/12/2019 à <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-dietrich-perrine.pdf>

Morel, M.A. (2012). Qualité des soins. *Les concepts en sciences infirmiers*, 256-260. Repéré le 06/12/2019 à <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-256.htm>

Article R4311-2 du 8 août 2004 du code de santé publique. Repéré le 12/12/2019 à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=>

Verdier, C. (2017). *Raisonnement et démarche clinique infirmière*. [Présentation Powerpoint]

Soignantenehpad.fr, (2020). *Règles générales pour effectuer un soin : critères de qualité*. Repéré le 12/11/2019 à <https://www.soignantenehpad.fr/pages/formation/formation-aide-soignant/module-1/regles-generales-pour-effectuer-un-soin.html>

Nunsuko, (2016). Concepts en soins. *Le paramédical dans le Nouvel Ordre Mondial*. Repéré le 12/11/2019 à <https://www.nunsuko.com/concept-soin-ecorset.html?share=google-plus-1>

Verdier, C. (2018). *Douleurs et rôles infirmier*. [Présentation Powerpoint]

Dupont, E. (2011). Le souvenir d'une expérience douloureuse. Caen. Repéré le 19/11/2019 à <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-dupont-emilien.pdf>

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers : Prise en charge de la douleur. Art. R. 4312-19 (2016). JORF n°0276 du 27 novembre. Repéré le 19/11/2019 à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo/texte>

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Art. R. 4311-2 et 4311-8 (2004). JORF n°183 du 8 août. Repéré le 19/11/2019 à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/7/29/2004-802/jo/texte> et <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913896&dateTexte=&categorieLien=cid>

Merskey, H., Albe Fessard, D., Bonica, J.J., Carmon, A., Dubner, R., Kerr, F.W.L., Lindblom, U., Mumford, J.M., Nathan, P.W., Noordenbos, W., Pagni, C.A., Renner, M.J., Sternbach, R.A., Sunderland, S. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. *PAIN*, 6, 249–52.

Treede, R.D. (2018) The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain Rep.*, 3(2), e643. Repéré le 18/11/2019 à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902252/>

Bénézech, J.P. (2018). La douleur : c'est complexe ! *La revue de l'infirmière*, N° 246, 33-34.

Pierrot, M. (2000). Définition de la douleur. *L'aide-soignante*, N°21/22, 13-16.

Vibert, J.F., Sebille, A., Lavallard-Rousseau, M.C., Boureau, F. et Mazières, L. (2011). *Neurophysiologie : De la physiologie à l'exploration fonctionnelle* (2<sup>ème</sup> édition). Issy-les-Moulineaux : Masson.

Ministère de l'emploi et de la solidarité ; Le programme de lutte contre la douleur (2002-2005). Repéré le 26/11/2019 à [file:///C:/Users/nazih-f/Downloads/programme\\_lutte\\_douleur\\_2002-05\(1\).pdf](file:///C:/Users/nazih-f/Downloads/programme_lutte_douleur_2002-05(1).pdf)

Coutaux, A. et Collin, E. (2008). Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. *Doul. et Analg.*, 21, 126-138.

Delamare, J. (2009). *Iatrogène*. Dans *le dictionnaire illustré des termes de médecine* (30<sup>ème</sup> éd, p 439).Paris : Maloine.

Levy, I. (2013). La douleur : signification, expression, syndrome méditerranéen. *Revue internationale de soins palliatifs*, 28(4), 215-219

Stiefel, F. et Guex, P. (2008). Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Rev Med Suisse*, 4, 424-427.

Moisson-Duthoit, V. (2016). Infirmières, entre implication et stress au travail. *Forum* 2016/3 (N° 149), 35-43.

Carillo, C., en partenariat avec la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social. (2011). La gestion du stress au travail. *Soins*. Hors-Série.

Quancard-Stoïber, C. et Bouillercé, B. (2018). Stress, émotions, épuisement chez l'aide-soignant (2<sup>ème</sup> édition). Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.

Delamare, J. (2009). *Stress Dans Dictionnaire illustré des termes de Médecine* (30<sup>ème</sup> édition, p.829). Paris : Maloine.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001) Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.

Lord-Gauthier, J., de Montigny, F. et Bouchard, S. (2016). Le stress au travail Savoir y faire face. *Perspective Infirmière*, 13(5), 2016/11-12, 21-25.

Volny, M., Michaud, C. et Jetté, S. (2016). Stress et qualité des soins. *Perspective Infirmière*, 13(3), 2016/05-06, 39-41.

Dartiguepeyrou, M. (1999). Etude comparative des niveaux de stress des jeunes infirmières en poste de « volante » et en poste fixe des hôpitaux publics de Dax et Bayonne. *Santé publique*, 11(2), 137-154.

Centre d'Etudes sur le Stress Humain (CESH) (Repéré le 16/01/2020 à <https://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/stresseurs/>)

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.

Nom/Prénom : NAZIH Nawelle

Titre : Le stress du soignant face à la douleur induite par un soin chez un patient

Title : Healthcare provider stress in the face of the pain induced by a patient's care

The caregiver's stress in the face of the pain induced by a patient's care and the impact of stress on the quality of care is the topic that I explored in depth during this work. We all know that the assessment and management of patient pain is a real public health issue and priority. Nevertheless, this induced pain is the everyday life of nurses. That is why this subject led me to ask myself the following question: **In the context of potentially painful care, how does the caregiver's stress induced by the expression of the patient's pain impact the quality of care?** To do this, I read about general concepts such as care-induced pain, stress and quality of care. And based on interviews with two nurses with different levels of seniority and from different departments, I clarified how they feel about these situations, the impact on the quality of care and identified coping strategies. The data collected show that they are not part of a purely technical approach, but of a global care combining know-how and behavioral skills. This research invites us to take care of ourselves in order to take care of others to ensure quality care.

Le stress du soignant face à la douleur induite par un soin chez un patient et l'impact du stress sur la qualité du soin est la thématique que j'ai approfondie au cours de ce travail. Nous savons tous, que l'évaluation et la prise en charge de la douleur du patient constituent un véritable enjeu et une priorité de santé publique. Néanmoins, cette douleur induite est le quotidien des infirmières. C'est pourquoi ce sujet m'a amené à me poser la question suivante : **Dans un contexte de soin potentiellement douloureux, en quoi le stress du soignant induit par l'expression de la douleur du patient impacte-t-il la qualité du soin ?** Pour cela, j'ai effectué des lectures sur des concepts tels que la douleur induite par les soins, le stress et la qualité du soin. Et à partir d'entretiens menés auprès de deux infirmières d'ancienneté et de services différents, j'ai clarifié leur ressenti face à ces situations, l'impact sur la qualité du soin et identifié les stratégies d'adaptation. Les données recueillies démontrent qu'elles ne s'inscrivent pas dans une démarche purement technique, mais dans une prise en charge globale unissant savoir-faire et savoir-être. Cette recherche nous invite à prendre soin de soi pour prendre soin d'autrui afin d'assurer des soins de qualité.

Keywords : Care related pain / Stress / Quality of care / Coping strategies / To take care

Mots clés : Douleurs liées aux soins / Stress / Qualité du soin / Stratégies d'adaptation / Prendre soin

Institut de formation en soins infirmiers :

CHU de Rennes  
2, rue Henri Le Guillou

Travail écrit de fin d'étude – Promotion : 2017-2020