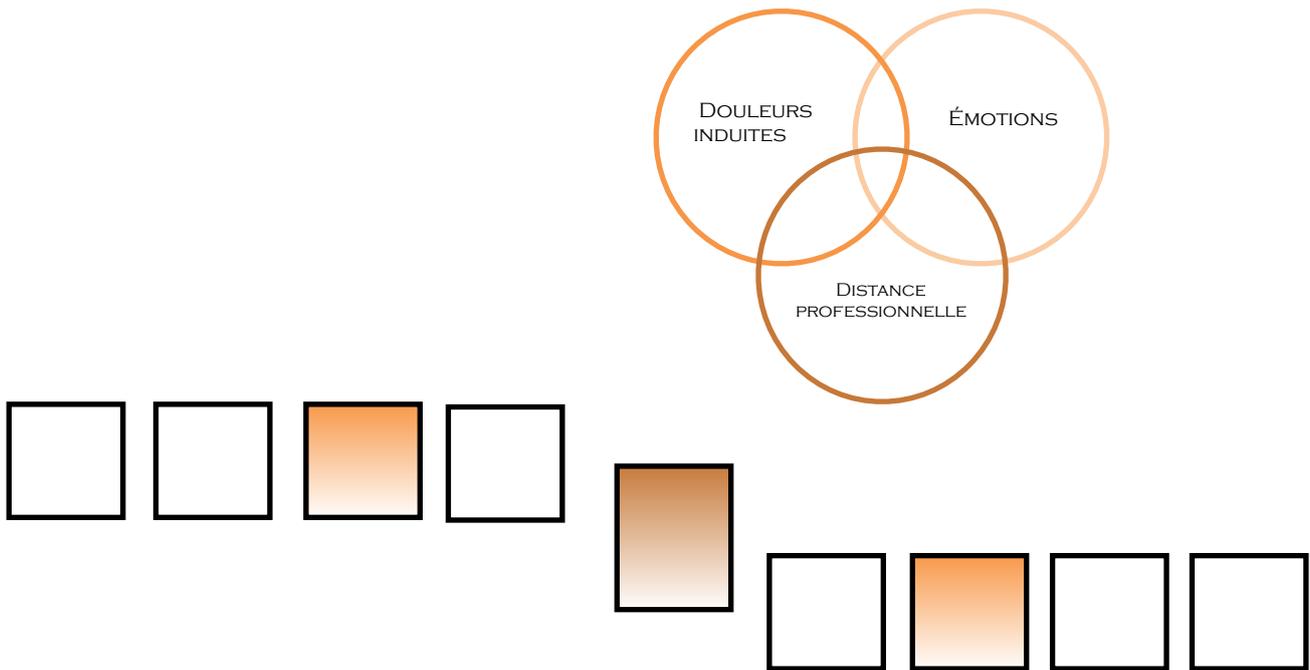


DIPLÔME D'ÉTAT INFIRMIER

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09



**« LA PLACE DES ÉMOTIONS ET DE LA
DISTANCE PROFESSIONNELLE, DANS
LES SOINS DOULOUREUX. »**

Alexandre HENRY
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'infirmier.

Travaux de fin d'études : *Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers*

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'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

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

Le 22.03.2020

Signature de l'étudiant : HENRY Alexandre

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^{er} : 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.

REMERCIEMENTS,



Je tiens à remercier ma référante de mémoire, Madame Tiercin pour sa disponibilité, son aide, ses conseils et son éclairage durant cette dernière année, elle a été un soutien important dans l'avancement de mon mémoire,

Aux professionnels hospitaliers qui m'ont accueilli, soutenu durant mes stages de professionnalisation, et qui ont aussi accepté de prendre sur leur temps pour répondre à mes questions,

A mes deux référents pédagogiques qui ont eux aussi été un soutien important tant par leur implication que par l'accompagnement global dans le parcours d'apprentissage de ma formation d'infirmier,

Sans oublier ma famille, mon entourage et mes amis qui ont toujours été là pour moi dans mes phases de doute, d'inquiétude ces trois dernières années, merci d'être présents dans mon quotidien,

A ceux qui m'ont aidé en m'accordant du temps pour la relecture de mon mémoire,

Et à ma soeur, Patricia, pour son soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire,

Encore merci à mon entourage quotidien, en particulier à Jérémie, qui m'a permis de m'évader et de pouvoir me reposer entre deux lignes de rédaction du mémoire ou de la formation parfois difficile.

TABLE DES MATIÈRES,



GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	3
CADRE THÉORIQUE	7
1. Douleur	8
1.1. Définitions	8
1.2. Législation	9
1.3. Représentations soignantes	10
2. Émotions	11
2.1. Définitions et classes d'émotions	11
2.2. En tant qu'infirmier, comprendre et gérer ses émotions	12
2.3. Les mécanismes de défense	12
3. Distance professionnelle	14
3.1. Définition de distance	14
3.2. Types de distances relationnelles	14
3.3. Qu'elle est la « juste » distance professionnelle ?	15
CADRE METHODOLOGIQUE	17
ANALYSE EMPIRIQUE	20
DISCUSSION	27
1. Conclusion des entretiens en lien avec ma question de départ	28
2. Mon ressenti	29
2.1. Mon positionnement sur la question de départ	29
2.2. Apports personnels	30
2.3. Apports pour ma pratique professionnelle	30
3. Problématisation	31
CONCLUSION	33
SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES / WEBOGRAPHIQUES	36
ANNEXES	39
Annexe I - Législation en matière de secret professionnel	
Annexe II - Situations d'appels du travail de recherche	
Annexe III - Tableau des différentes classes d'émotions selon Paul Ekman	
Annexe IV - Guide d'entretien	
Annexe V - Retranscription de l'entretien n°1	
Annexe VI - Retranscription de l'entretien n°2	
Annexe VII - Tableaux d'analyse des entretiens	
RÉSUMÉ / ABSTRACT	

« Les distances qui nous séparent, si lointaines et si proches à la fois, peuvent être aisément réduites, non pas par nos actes mais par nos sentiments » - Rob BOWMAN

« Une telle douleur, si j'ai pu la prévoir, Je saurais la subir. » - Virgile



« N'oublions pas les petites émotions sont les grands capitaines de nos vies, et qu'à celles la nous obéissons sans le savoir » - Vincent VAN GOGH

« Nos douleurs ennuient ceux qu'elles n'attristent pas. » - Diane DE BEAUSACQ

GLOSSAIRE,



AEG : Altération de l'Etat Général
APP : Analyse de Pratique Professionnelle
CNRD : Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
D.U : Diplôme universitaire
IASP : Association internationale pour l'étude de la douleur
IDE : Infirmière diplômée d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
SP : Santé Publique

INTRODUCTION,



Dès le plus jeune âge, j'ai été bercé dans le milieu paramédical avec une maman infirmière libérale depuis de nombreuses années et une soeur devenue infirmière à son tour. J'ai eu moi aussi cette volonté de m'orienter vers cette profession.

Cette volonté s'est encore plus accentuée à la suite de mes nombreuses discussions avec mon entourage. Je me suis projeté dans ce métier qui m'a tout de suite attiré, les soins techniques, le côté relationnel de cette profession, l'écoute et l'accompagnement du patient, sont pour moi importants pour une bonne prise en charge adaptés.

Après trois ans de formations en alternance avec des stages, j'ai pu m'accomplir complètement dans cette profession en acquérant des compétences, un savoir-faire, un enrichissement dans les connaissances qui me permettront de donner le meilleur de moi-même dans l'accompagnement à adapter pour les patients.

Durant ces formations, j'ai pu me rendre compte que le relationnel que je mettais en place pouvait ne pas être assez adapté. Mes émotions pouvaient parfois prendre le dessus m'empêchant de mettre la bonne conduite à tenir. Est-ce par mon statut d'étudiant ? Mon manque d'expérience ? Le manque d'une mise en place d'une juste distance professionnelle ? Ou mes valeurs humaines qui ressortent en tant que personne ?

Pour ce travail réflexif, j'ai donc voulu m'orienter sur un sujet qui peut remettre en cause ma pratique professionnelle, mes émotions et la juste distance professionnelle face aux soins douloureux. Ce travail de recherche pourra me permettre d'apprendre comment affronter voire améliorer cette difficulté.

Avant de vous présenter mes situations d'appels de mon travail de recherche, je joins en (*Annexe I*) un extrait de la législation en matière de secret professionnel. Par souci de ce respect, dans la situation n°1 j'appellerai le patient Mr X, et dans la situation n°2 j'appellerai la patiente Mme Y, et je ne citerai aucun lieu.

Pour la situation n°1 : Au cours d'un stage en service d'urologie, un patient, Mr X, a été admis pour hématuries récidivantes suite à une biopsie de la Prostate. C'est son deuxième séjour dans le service pour le même motif. Un protocole de lavages vésicaux en continu est prescrit et une sonde urinaire à demeure a été mise en place. Mr X me dit qu'il a mal au niveau de l'orifice d'entrée de la

sonde, selon ces termes « j'ai mal au pénis ». Je constate de nombreux caillots de sang qui doivent probablement encombrer la sonde urinaire et lui provoquer des douleurs importantes. A la demande du médecin, je vais devoir reposer une nouvelle sonde. J'informe le patient de la nécessité de refaire ce soin. Mr X commence à s'énerver car il ne comprend pas pourquoi la sonde s'encombre plusieurs fois par jour, pourquoi sa situation ne s'améliore pas et s'impatiente. Après l'avoir informé et expliqué l'importance du soin, il finit par l'accepter. Pendant la réalisation du soin au niveau de l'introduction de la sonde, Mr X. se tend, commence à bouger et crier de douleur, et ce malgré le traitement morphinique prescrit par le médecin. Face à cette situation, je me retourne vers l'infirmier présent, qui prend la décision d'arrêter le soin afin de ne plus créer de douleur (*Annexe II*).

Pour la situation n°2 : Au cours d'un autre stage dans un service de soins intensifs, une patiente, Mme Y., est hospitalisée pour une AEG¹ avec des complications depuis environ un mois. Nous devons effectuer tous les jours sur cette patiente des pansements lourds et complexes d'ulcère nécrosé (sur les deux jambes complètes et sur la zone abdominale). Lors de la réalisation des soins, j'applique le protocole, à savoir : nettoyage des plaies, détersion (ayant pour but de revasculariser les plaies) ; cette pratique devient alors très douloureuse pour la patiente qui se met à gémir de plus en plus fort, en employant des mots et un ton très agressif et se met à hurler de douleur dans la chambre. Selon le protocole mis en place, je réalise alors un bolus de morphine, et je continue mes soins qui prendront en tout deux heures, pendant lesquelles je ne cesserai pas d'être partagé entre continuer mes soins ou tout arrêter face à la douleur de la patiente. L'infirmier présent avec moi m'a aidé à finir les soins afin qu'à deux nous puissions être plus rapides pour soulager la patiente (*Annexe II*).

Ces deux situations m'ont interpellé directement et m'ont permis de me remettre en question. En effet, j'ai tout de suite compris que ma réaction face à ces soins n'était pas « adaptée », d'où ces nombreux questionnements et interrogations, notamment face à ma juste distance professionnelle en tant qu'étudiant infirmier, mais aussi sur « mon » comportement face à la douleur. Mon ressenti, mes émotions, sont-ils un frein dans la prise charge de la douleur ?

Ces situations m'ont également interpellées car elles démontrent le quotidien de l'infirmier dans un service « traditionnel ». Cela m'a amené à vouloir analyser mon comportement face à des situations difficiles « douleurs induites », de me questionner sur la juste distance professionnelle soignant/soigné.

De cette analyse, je me suis posé les questions suivantes : Qu'est-ce que la douleur ? Qu'est-ce que la douleur induite ? Est-ce que le comportement anxigène/douloureux du patient influence le mien pendant le soin ? Est-ce de la douleur, de l'anxiété, ou du stress ? Mes valeurs humaines freinent-elles la réalisation du soin ? Quelles sont mes limites entre « cassette » soignant et « cassette »

¹ Voir glossaire

individu dans la prise en charge de la douleur ? Ai-je un mauvais relationnel ? Ai-je une bonne attitude soignante ? Ai-je une bonne distance professionnelle ? Suis-je dans la sympathie ou dans l'empathie ? Comment me protéger face à des situations comme celles-ci ? Quelles alternatives je peux mettre en place pour diminuer la douleur ? Quelles sont les conséquences sur la relation de soin ? Pour pouvoir soigner, l'étape douleur est-elle indispensable ? Où sont les limites de chaque professionnel de santé ?

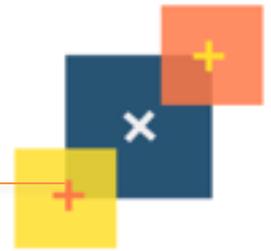
Au regard de mes questionnements, les concepts qui ressortent de ces deux situations sont « *douleurs induites* », « *émotions* » et « *distance professionnelle* », aussi bien pour le soignant que pour le soigné.

Tous ces questionnements m'amènent à ma question de départ :

« En quoi, les douleurs induites par les soins chez un patient, impactent-elles les émotions et la juste distance professionnelle de l'infirmier ? »

Pour y répondre, et afin de mener à bien mon travail, je procéderai par différentes étapes. Dans un premier temps je détaillerai mon cadre théorique sur la notion de la douleur, des émotions et de la distance professionnelle qui sont des concepts en lien avec ma question de départ. Dans un second temps, je détaillerai mon cadre méthodologique pour faire une analyse à l'aide des entretiens réalisés auprès des professionnelles de santé. Ainsi, en lien avec mon cadre théorique, j'analyserai et interpréterai les données récoltées de ces entretiens qui auront pour but de faire une conclusion à ce mémoire d'initiation à la recherche.

CADRE THÉORIQUE,



1. Douleurs

1.1. Définitions

Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur et le ministère de la santé, (2019) la douleur est définie comme : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage* ». On sait que la douleur reste une notion subjective, « *je ne sais de la douleur de l'autre que ce qu'il me dit et me montre* » ; en effet, la douleur est propre à chaque personne et est ressentie différemment par chacun. Ainsi, nous pouvons différencier de nombreux types de douleurs, cependant nous allons nous intéresser à trois douleurs : aiguës, chroniques et induites.

Selon le dictionnaire Doctissimo santé, (2019) :

- les douleurs aiguës sont : « *les douleurs aiguës, par définition transitoires, constituent un signal d'alarme indiquant la présence d'une lésion due à un traumatisme ou une affection* ».
- les douleurs chroniques sont : « *lorsqu'une douleur persiste, s'avère rebelle aux traitements usuels pendant plus de 3 à 6 mois, on parle alors de douleurs chroniques. Liée à une maladie ou à une déficience, ce symptôme persistant nécessite une prise en charge particulière* ».

Dans le cadre de mon travail de recherche, je vais développer la notion de douleur induite. Selon N. Peoc'h (Docteur en Sciences de l'Education) dans son ouvrage « Représentations et douleur induite (...) » (p.85, 2007), les douleurs induites se définissent comme suit : « *une douleur de courte durée, causée par un soignant ou une thérapeutique dans des circonstances de survenues prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées* ». Les douleurs induites sont à différencier des douleurs iatrogènes qui sont des douleurs provoquées par les soignants ou les thérapeutiques de façon non intentionnelles et n'ayant pu être réduites par des mesures préventives.

Il est important de pouvoir différencier les douleurs pour pouvoir les interpréter et y répondre en réalisant le traitement adapté. Pour cela, la profession d'infirmier/ère a une législation sur le rôle propre en matière de douleur.

1.2. Législations

Selon l'auteur P. Wanquet-Thibault, dans son ouvrage intitulé « Douleurs liées aux soins » (p. 12, 2015), depuis 20 ans et dans un contexte d'humanisation du système de soin, les textes législatifs en matière de santé ont connu d'importantes évolutions. La douleur est ainsi devenue une grande préoccupation des établissements de santé. En effet, l'auteur indique (p.13, 2005) dans son ouvrage que depuis les années 1990, chaque établissement de santé a « *l'obligation de mettre en oeuvre les moyens de prise en considération des douleurs des patients* ». Parallèlement, tout professionnel de santé a l'obligation de prévenir et prendre en charge les douleurs des patients.

De plus la loi du 4 mars 2002, relative aux droits du patient et à la qualité du système de santé, renforce également l'importance de la prise en charge de la douleur. D'après l'article L. 1110-5 du Code de la Santé Publique (dans son ancienne version du 23 avril 2005) « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée* ». Cet article indique que la sensation de douleur doit être évitée autant que possible, et les obligations des professionnels de santé et les moyens disponibles sont à mettre en parallèle avec cette prévention.

Ainsi, la prévention des douleurs liées aux soins entre en jeu dès la parution du deuxième plan de lutte contre la douleur (plan douleur 2002 - 2005) : « *le renforcement du rôle infirmier, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins* ». Le Centre CNRD² mène également, en parallèle, un travail de prévention et de prise en charge de la douleur provoquée par les soins dans l'ensemble des secteurs de soins. D'après l'article R.4311-2 alinéa 5 du décret des actes professionnels, les infirmiers ont pour obligation : « *de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes (...)* ». De plus, chaque professionnel doit faire évoluer ses pratiques en tenant compte des évolutions des sciences et des techniques.

Enfin, l'article R.4311-5 alinéa 19 du code de la Santé publique énonce que les infirmiers, dans le cadre de son rôle propre : « *recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de la Santé de la personne et à l'appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance [...] dont l'évaluation de la douleur* ». Cet article met en évidence l'un des rôles propre de l'infirmier, à savoir sa capacité à effectuer une évaluation de la douleur efficace et adaptée à chaque patient.

Aujourd'hui l'évaluation de la douleur est réglementée, mais que savons-nous des représentations de la douleur chez les soignants, c'est pour cela qu'il m'a semblé important d'identifier ces représentations.

² Voir glossaire

1.3. Représentations soignantes

D'après le dictionnaire en ligne Larousse, (2019) la représentation est « *une perception, une image mentale, dont le contenu se rapporte à un objet, une scène du monde dans lequel le sujet vit* ». Reconnaître les douleurs induites pour les soignants c'est reconnaître qu'il existe bien dans les pratiques soignantes des actes dont la réalisation provoque de la douleur. Les douleurs induites sont générées pour la moitié par des actes infirmiers, des actes courants tels qu'une prise de sang, une mobilisation mais également des soins de nursing.

Pour l'auteur N. Péoc'h dans son ouvrage intitulé Représentations douleurs induites (...) (p. 86, 2007), « *La douleur induite est une thématique reconnue, c'est à dire un objet social, qui se présente ou est représenté à l'esprit sous la forme d'un contenu de pensée. Son champ représentationnel est constitué d'un ensemble de caractéristiques telles que des dimensions sensorielles, émotionnelles, comportementales, existentielles, ainsi que des caractéristiques de conditions sociales, économiques, idéologiques, culturelles* ».

Elle cite dans ce même ouvrage différents auteurs qui comme elle définissent et détaillent le concept de représentations sociales, à savoir : D. Jodelet (p.87, 2007), selon lui le concept de la représentation : « *désigne une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.* ». Elle cite également l'auteur G-N. Fischer (p.87, 2007), qui définit : « *La représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales.) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales* ».

Aux représentations sociales viennent s'ajouter les représentations professionnelles qui selon la thèse de A. Piaser et M. Bataille intitulée « Les représentations professionnelles et l'implication professionnelles » (p.137, 2010) ; ces derniers les définissent comme : « *des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs* ».

Les représentations professionnelles font parties des représentations sociales. Selon l'auteur N Péoc'h dans son ouvrage cité ci-dessus, pour expliquer les représentations sociales ou professionnelles elle s'appuie sur l'étude publiée par le Professeur W. DOISE. En effet, Il reconnaît 4 niveaux d'explication et d'analyse :

- « *le niveau intra individuel : qui aborde les mécanismes à l'individu permettant d'organiser ses expériences en fonction de sa perception et de son évaluation de l'environnement social,*

- le niveau inter-individuel : c'est-à-dire situationnel mettant en jeu l'interaction sociale,
- le niveau positionnel : c'est-à-dire le statut que le soignant occupe dans le groupe,
- le niveau idéologique : le soignant recherche l'explication dans un ensemble prenant en compte les systèmes de croyances et de représentations, d'évaluation et de norme historique et pour finir d'idéologie ».

Après avoir défini les douleurs et notamment les douleurs induites qui sont introduites de nos jours dans le cadre législatif et après avoir décrit les représentations que peuvent avoir les soignants, je vais donc m'orienter sur les émotions qu'elles génèrent.

2. Émotions

2.1. Définitions et classes d'émotions

Selon le dictionnaire français Larousse (2019), les émotions sont définies comme : « *une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». Au fur et à mesure de mes recherches, il me semble essentiel de différencier les émotions des sentiments. Les sentiments sont définis dans le dictionnaire français Larousse, comme : « *un état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations* ».

En reprenant la définition du Larousse ci-dessus, les sentiments sont donc construits à l'aide d'émotions, cet état émotionnel ne dure qu'une instance, et se transforme en sentiment qui lui dure dans le temps.

On constate alors que les émotions sont distinguées en plusieurs catégories et donc différenciées. Le Psychologue P. Ekman, pionnier dans l'étude des émotions, a pu observer et a classifié dans un tableau regroupant d'une part les émotions dites « émotions primaires » et d'autre part les sentiments dites « émotions secondaires ». Les émotions primaires sont distinguées en six catégories, à savoir « *la joie, la colère, la peur, la tristesse, la surprise et le dégoût* » (Annexe III).

Ainsi les sentiments engendrés par ces émotions peuvent impacter la relation de soins, l'infirmier en tant que personne et sa juste distance professionnelle, c'est pour cela qu'il est important de gérer ses émotions pour pouvoir se protéger face à certaines situations complexes car ces émotions guident nos comportements.

2.2. En tant qu'infirmier, comprendre et gérer ses émotions

L'infirmier doit essayer d'apprendre à maîtriser ses émotions et à ne pas forcément les manifester. En effet, lors de la prise en soin, l'infirmier doit rester le plus neutre possible face aux situations et donc à ne pas montrer ses émotions pour qu'elles ne deviennent pas envahissantes. Cette aptitude de gestion des émotions est plus ou moins facile en fonction de plusieurs facteurs notamment celui du parcours professionnel et/ou du parcours personnel propre à chacun, l'expérience professionnelle ou encore la force de caractère.

Face à de telles situations d'émotions, on nous apprend tout au long de la formation d'infirmier à rester dans une relation empathique. Cependant, il existe une ambiguïté entre empathie et sympathie qui n'est pas toujours évidente à appliquer en tant que professionnel de santé. C'est pour cela que je trouvais intéressant de définir ces deux termes.

Selon le Dictionnaire français, Larousse (2019) l'empathie est définie comme une « *Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* », et la sympathie comme « *Penchant naturel, spontané et chaleureux de quelqu'un vers une autre personne* ».

La gestion de ses émotions peut devenir très difficile pour l'infirmier, d'autant plus s'il ne parvient pas à instaurer une distance suffisante dans sa relation avec le patient. Ainsi pour pouvoir se protéger et réguler ses émotions, il va pouvoir instaurer des mécanismes de défense.

2.3. Les mécanismes de défense

Selon les apports théoriques de l'unité d'enseignement 1.01 intitulée « psychologie, sociologie et anthropologie » du semestre 2 de l'IFSI de Pontchaillou de Rennes, la définition d'un mécanisme de défense est la suivante : « *mécanismes psychologiques qui conditionnent consciemment mais qui intérieurement sont déclenchés inconsciemment pour diminuer une angoisse.*

Ainsi plusieurs mécanismes existent :

- ❖ **Le Dén**, « *mode de défense constituant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception de traumatisme. Ressemble à la répression par processus conscient. Refuse délibérément de penser à des choses désagréables* ».
- ❖ **L'identification**, « *activité affective indispensable au développement de la personnalité, qui fonde le narcissisme du sujet chez les petits. Pour diminuer la supériorité angoissante des parents* ».

- ❖ **La rationalisation**, « justifier son comportement par quelque chose qui la rend socialement plus acceptable ».
- ❖ **La sublimation**, « la pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un but non sexuel ou elle vise des objets socialement valorisant, c'est en lien avec l'idéal que chacun se forge. ».
- ❖ **Le déplacement**, « comportement vers un objet qui est inconsciemment tendu par un sentiment. C'est à dire le déplacement du sentiment sur un objet ».
- ❖ **L'information réactionnelle**, « s'organise quand quelqu'un est tellement frustrée dans l'atteinte d'un but qu'il en vient à nier qu'il voulait atteindre ce but et à surenchérir sur le caractère désirable d'un but absolument opposé au premier ».
- ❖ **La conversion**, « mécanisme par lequel une personne traduit des difficultés psychologiques en symptômes physiques ».
- ❖ **Le refoulement**, « opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou maintenir dans l'inconscient des représentations (des souvenirs, images, pensées...) liés à une pulsion. C'est le processus qui est à l'origine de l'inconscient et qui contribue à tout les autres mécanisme de défenses. Se produit dans le cas où la satisfaction d'une pulsion susceptible de procurer par elle même du plaisir risquerait de procurer du déplaisir à l'égard d'autres exigences ».
- ❖ **La dissociation**, « rupture d'harmonie, dislocation de la personnalité, discours incohérent avec une perturbation du contenu psychique (mécanisme de défense uniquement problématique et négatif) »
- ❖ **La fantaisie**, « mécanisme de défense par l'humour, tourne les sujets en dérision, ne peuvent parler sérieusement de certaines choses ».
- ❖ **La projection**, « le sujet expulse de soi et localise dans l'autre personne des choses, des qualités des sentiments des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui cela permet au sujet de localiser à l'extérieur ce qui se situe à l'intérieur de lui ».

Ces mécanismes de défense se mettent en place à bon escient, permettant donc de nous protéger face à certaines situations difficiles ou face aux émotions renvoyées par les patients et ainsi de permettre d'adapter sa juste distance professionnelle à chaque relation de soins.

3. Distance professionnelle

3.1. Définition de distance

D'après l'auteur P. Prayez, dans son ouvrage intitulé « Distance professionnelle et qualité du soin » (p.5, 2003), la distance se définit comme « *la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable* ».

A la lecture de cet ouvrage, on peut comprendre qu'il existe une distance physique dite perceptible et une distance psychique, dite émotionnelle.

La distance physique s'explique de cette manière tous les jours, nous employons le concept de distance. A titre d'exemple lorsqu'on programme un trajet en voiture ou à pied, cette distance est quantifiée par une grandeur comme le mètre ou le kilomètre. On parle alors d'une distance physique qui peut être mesurée.

Il existe cependant un autre type de distance qui est la distance psychique. C'est la distance que l'on peut mettre physiquement ou mentalement avec un individu lorsque l'on rentre en relation avec lui. Cette distance montre que deux personnes proches physiquement, au cours d'un soin, peuvent aussi créer des liens et des émotions. Il y a bien une distance physique et psychique entre elles.

3.2. Types de distances relationnelles

Pour comprendre la bonne distance professionnelle à adapter, il me semblait important de comprendre les différentes distances relationnelles existantes. En effet, d'après nos apports théoriques de l'unité d'enseignement 4.02 intitulée « soins relationnels » du semestre 3 de l'IFSI Pontchaillou de Rennes, les différentes distances relationnelles sont :

❖ ***La distance publique (3m50 ou plus)***

« *C'est le discours qui est plus mis en avant que l'individu lui-même. Cette distance met en œuvre une exagération des gestes et une insistance de l'articulation des mots, à voix très haute, ainsi qu'une ambiance assez conventionnelle et formelle* ».

❖ **La distance sociale (1m20 à 3m50)**

« Les deux protagonistes se parlent à voix haute à une distance d'au moins un bras tendu, tout en gardant le contact du regard. Cette distance caractérise la limite du pouvoir sur autrui. Ce sont les mots qui leur permettent d'être en interaction, mais il n'y a pas de contact physique ».

❖ **La distance personnelle (40cm à 1m20)**

« Il s'agit de la distance minimale tolérable par chaque personne, celle où elles peuvent toucher et être touchées. Les individus doivent être en confiance pour accepter cette proximité, cette possibilité de contact physique. L'échange est moins conventionnel ; les protagonistes peuvent parler à voix basse de sujets plus personnels. Ils perçoivent moins en globalité le corps de leur interlocuteur, et plus en détails, notamment au niveau du visage ».

❖ **La distance intime (40 cm ou moins)**

« L'accent est plus mis sur le contact physique et ses répercussions (perception de l'odeur de l'autre, de la température de sa peau...) que sur la communication verbale. Les dialogues peuvent être moins construits et se faire à voix très basse. Cette distance, ou plutôt cette proximité, a lieu généralement lors de trois situations : la violence, la sexualité et le soutien ou la protection ».

J'en déduis que plus la distance relationnelle est faible, plus le rapprochement entre les personnes est grand. Cette distance entre le soignant et le patient entraîne donc une « intimité » entre eux et laisse place à l'ambivalence pour le soignant qui doit donc réussir à garder sa juste distance professionnelle et ne pas se laisser déborder par ses émotions.

3.3. Quelle est la « juste » distance professionnelle ?

A travers mes différentes recherches et lectures, je comprends vite qu'il n'y a pas de méthodes ou de « recettes » pour gérer sa juste distance professionnelle. Il me semble important, lors de chaque soin de savoir garder en tête les différentes distances relationnelles existantes (cf. supra, sous partie 3.2 « Les différentes distances relationnelles ») pour savoir où nous nous situons et pouvoir la réajuster si besoin.

Ces dernières années beaucoup de formations continues sont proposées pour tenter d'apporter des « techniques communicationnelles », qui réduisent l'implication du soignant dans la relation de soins et donc enlèvent toute authenticité. Selon l'auteur P. Prayez « Distance professionnelle et qualité du soin », (p.6, 2003) : « Il y a une juste distance à vivre dans la relation d'aide professionnelle, mais

ce terme est piégé, car il est trop souvent entendu au sens d'une distance froide et banalisant la souffrance d'autrui ».

La distance mal utilisée crée parfois une barrière qui impact le soin et celle-ci peut être volontaire ou involontaire. Dans un autre ouvrage intitulé « Julie ou l'aventure de la juste distance » (p.8, 2006), P. Prayez partage des situations vécues de différents professionnels de santé. Il nous pousse à la réflexion suivante : « *Pour comprendre et rechercher la juste distance, il est préférable de ne jamais oublier cette donnée toute simple: le soin met au contact deux corps vivants, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions, et qui pensent ».*

Pour en conclure, il n'existe pas une « juste » distance professionnelle préétablie, elle varie en fonction du patient, de la situation de soins ainsi que de chaque soignant et de sa propre expérience. Il faut donc constamment la réévaluer en nous questionnant, on peut dire qu'elle est « *une position instable* » dans notre relation de soins.

CADRE MÉTHODOLOGIQUE



Après avoir présenté mon cadre théorique en définissant les différents concepts qui le régissent, afin de pouvoir explorer ma problématique auprès des professionnels de santé, j'ai donc mis en place un cadre méthodologique.

Pour répondre à cette problématique, je m'appuie donc sur les méthodologies scientifiques actuellement utilisées. Ainsi je m'oriente sur une étude qualitative qui consiste en une exploration et une description des interactions tout en m'appuyant sur un raisonnement inductif, permettant en cela d'utiliser comme méthode des collectes de données.

Aujourd'hui l'enquête qualitative sur laquelle je vais me baser pour mener mon étude va être une approche de recherche de type phénoménologique qui consiste à décrire l'expérience et la vision vécues des infirmiers par rapport à ma problématique. Le but étant de comprendre l'expérience telle qu'elle est vécue par les participants.

Pour mon enquête qualitative, je vais donc créer un guide d'entretien pour me permettre de réaliser un entretien semi directif auprès des professionnels de santé « Annexe IV ».

La méthode d'analyse des données que je vais utiliser pour infirmer ou affirmer ma problématique va être une analyse du contenu des entretiens en corrélation avec la théorie que j'ai effectuée en amont. L'analyse sera faite sous forme de tableaux, suivi d'une interprétation des données.

La méthode d'échantillonnage sera donc un échantillon probabiliste. Cette méthode permet une représentativité réelle des personnes choisies et qui peut s'appliquer à d'autres populations.

Pour cela, j'ai donc ciblé deux professionnels ayant deux formations initiales différentes, à savoir : une formation infirmière française et une formation infirmière belge avec deux parcours professionnels différents.

La formation et les apports théoriques étant différents selon les pays, mon souhait était de savoir si leur point de vue était opposé, avec une approche à la thématique différente de part leur propre expérience.

Enfin, j'ai ciblé des services adultes car l'approche de la thématique de l'enfant ne rentre pas dans le cadre de mon étude, les deux professionnels que j'ai abordés sont :

- Mme B.,
 - une infirmière française,
 - Exerçant en service de chirurgie vasculaire
 - 20 ans d'expérience
 - un D.U. sur la douleur, ainsi que d'autres formations (non en lien avec la thématique)
 - entretien n°1
- Mr R.,
 - un infirmier belge,
 - Exerçant en service de cardiologie, neurologie
 - jeunement diplômé avec 2 ans d'expérience
 - sans formations supplémentaires
 - entretien n°2

Ainsi, après avoir pris contact avec ces professionnels de santé nous avons donc réalisé les entretiens, que j'ai retranscrit pour pouvoir en faire leur analyse « Annexes V et VI ».

L'entretien n°1, d'une durée d'environ 25 minutes, s'est déroulé dans le service de chirurgie vasculaire où exerce Mme B. Les conditions de l'entretien ont été idéales car nous étions installés dans le bureau de la cadre afin de ne pas être dérangés, cela nous a permis d'avoir un bon échange.

L'entretien n°2, d'une durée d'environ 15 minutes, s'est fait en conférence téléphonique du fait de la distance géographique entre M.R et moi-même. Les conditions de l'entretien n'étaient pas idéales, nous avons été plusieurs fois interrompus, j'ai été amené à reformuler plusieurs fois mes questions.

Mes deux entretiens se sont bien déroulés dans l'ensemble, même si j'ai rencontré différentes difficultés au cours de l'entretien n°2. Les réponses aux questions sont de qualités et me permettent d'en faire une analyse satisfaisante.

ANALYSE EMPIRIQUE



Pour analyser mes entretiens, j'ai donc pris mon guide que j'ai utilisé auprès des professionnels, sur lequel j'ai répertorié mes questions sous différents concepts : l'expérience professionnelle, les douleurs induites, les émotions et la juste distance professionnelle.

J'ai réalisé sous forme de tableaux, une analyse descriptive pour chaque question posée au cours de mes deux entretiens « Annexe VII ». Cela me permet à présent de réaliser une analyse interprétative en lien avec mon cadre théorique.

❖ ***Le premier concept, « l'expérience professionnelle » :***

❖ ***Présentez-vous (âge, expérience professionnelle, parcours)***

Ce premier concept permet de présenter les participants à l'entretien pour pouvoir mettre en évidence leur ancienneté, leur changement dans leur pratique soignante et leur changement de point de vue face à certaines situations.

Ainsi entre Mme B, diplômée depuis plus de 20 ans, avec de nombreuses expériences professionnelles dans différents services de soins et de nombreux D.U et formations ; et entre Mr R. jeune diplômé avec deux ans d'expérience dans un service de cardiologie/neurologie sans formations complémentaires, les réponses et ressentis sont différents.

❖ ***Le deuxième concept, « douleurs induites » :***

❖ ***« Comment définiriez-vous la douleur induite ? » et « Lorsque je vous parle de douleurs induites, avez-vous des représentations ? »***

Pour comprendre l'impact des douleurs induites, il faut commencer par savoir ce que connaissent les professionnels sur la définition du concept et sur les représentations qu'ils en ont. Ainsi, je traite ces deux questions simultanément car les réponses se rejoignent.

Selon les deux infirmiers, les douleurs induites sont liées à nos gestes ou mots, par un soin que l'on apporte au patient, par une thérapeutique ou une opération chirurgicale.

Leur représentation sur les douleurs induites met bien en évidence mon cadre théorique : ainsi ils reconnaissent des actes provoquant des douleurs aiguës dans les pratiques soignantes, ce qui renvoie bien à la représentation émotionnelle, comportementale et de condition sociale.

Cependant, je rajouterai que les douleurs induites sont prévisibles et peuvent être prévenues c'est ce qui permet de les définir comme telles, et qui ne sont pas évoquées par les professionnels.

❖ « *Que mettez-vous en place, lors de soins entraînant des douleurs induites ?* »

Admettre que les douleurs induites sont liées à nos pratiques soignantes, montre que l'infirmier sait que ces douleurs sont présentes, et donc qu'il est nécessaire de mettre en place des actions pour répondre à ce besoin.

Les réponses attendues sont différentes, mais complémentaires. En effet, l'infirmière met en place l'évaluation de la douleur avec une traçabilité, des thérapeutiques antalgiques, une communication thérapeutique ainsi que des ateliers tels que l'hypnose, la musicothérapie ou encore l'aromathérapie. L'infirmier pratique la surveillance « primaire » qui pour lui est une évaluation de la douleur.

Tous deux mettent en évidence le rôle propre de l'infirmier/ière qui est, d'évaluer la douleur pour soulager et prendre en soin le patient de façon optimale.

Au regard, de cette réponse, je constate que l'expérience du soignant favorise la multiplication d'actions à mettre en place.

❖ « *Appréhendez-vous les soins entraînant des douleurs induites ?* ».

Avec cette question, j'ai évalué le vécu des soignants face aux douleurs induites. Ainsi leur appréhension aux soins est différemment vécue.

Pour Mme B., il n'y a plus d'appréhension de par son expérience dans sa spécialité et le fait qu'elle soit beaucoup plus à l'aise dans la pratique du soin et donc de pouvoir se concentrer sur la relation avec son patient. Quant à, Mr R., pour lui l'appréhension du soin existe dans le sens où il doit prévoir son soin, prévoir les thérapeutiques pour pouvoir les réaliser et faire face à la douleur.

L'analyse de ces réponses me montre que l'expérience professionnelle et le vécu face aux situations de soins douloureux permettent au professionnel de santé de moins appréhender le soin. Cette appréhension est vécue différemment et est propre à chacun. Ces intervenants l'interprètent à leur façon, chacun y répond de manière différente.

Cette question sur le vécu des soignants face aux douleurs induites, m'emmène donc à mon troisième concept.

❖ *Le troisième concept, « les émotions » :*

❖ « *Quelles émotions avez-vous pu rencontrer lors de soins entraînant des douleurs induites, parmi les 6 plus fréquentes : joie, colère, peur, tristesse, surprise, dégoût* »

D'après les infirmiers, les émotions qui ressortent sont la peur et la tristesse principalement. En effet, les douleurs induites ont un impact négatif que ce soit pour le patient qui souffre ou pour les soignants qui sont attristés par la situation de souffrance du patient.

Tous les deux rajoutent qu'en ce qui concerne l'émotion de la surprise, ils ne peuvent la ressentir lors de douleurs induites car c'est la représentation du patient qui est propre à lui, nous devons juste la comprendre.

Je constate que les réponses sont les mêmes pour les infirmiers interrogés, leur ressenti face aux soins douloureux est le même. Ainsi, on peut dire qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises émotions à ressentir dans ces circonstances et que toutes réactions peuvent être autorisées. De plus, une émotion engendrée par une situation de soins, qu'elle soit négative ou positive, reste légitime et démontre la réaction affective de la personne pour la situation.

Cette émotion reste transitoire et aide à construire des sentiments qui eux sont plus durables

❖ « *Ces émotions ont-elles généré des sentiments ? Si oui, lesquels ?* »

J'ai posé cette question uniquement à l'infirmière qui m'a indiqué qu'il n'y a pas de sentiments qui ont été engendrés, car grâce à son expérience et à sa facilité à mettre en place une communication thérapeutique et un relationnel avec son patient, elle n'est plus atteinte par l'affecté liée à cette douleur. Néanmoins, elle insiste sur le fait qu'il peut y avoir des situations bouleversantes, nous sommes humains et il est normal d'être attristé et ému.

Sans autres éléments de comparaison, j'en conclus qu'aucun sentiment n'est ressenti par l'infirmière. Cependant je peux analyser que lorsque l'on ressent des émotions, automatiquement des sentiments se mettent en place. Ainsi, l'apparition de ces sentiments, atteste de la réactivité émotionnelle dont fait preuve un soignant.

Voilà l'importance d'apprendre la gestion de ses émotions, pour ne pas impacter la relation de soin.

❖ « *Comment avez-vous gérer vos émotions, au cours du soin ?* »

Ce que je recherche à travers cette question, c'est de savoir comment gérer nos émotions pour pouvoir rester impliqué dans le soin et la relation avec le patient.

Ce qui ressort des entretiens avant tout c'est la communication. Tous deux expliquent que la communication est primordiale que ce soit avec le patient lors du soin, dans le but de verbaliser et aider le patient à verbaliser lui aussi ou, que ce soit entre soignants pour aider à prendre du recul et à apprendre à se forger une « carapace ». Cependant, l'infirmière insiste sur le fait que c'est légitime de se sentir affecter par la situation.

Ainsi, la gestion des émotions permet de maintenir le lien avec le patient, malgré nos ressentis, nos difficultés afin de ne pas interférer dans la relation de soin.

❖ « *Avez-vous utilisez des mécanismes de défense lors du soin ? Si oui, lesquels ?* »

A travers la gestion des émotions, les mécanismes de défense du soignant se mettent en place inconsciemment.

Selon les professionnels interrogés, les explications divergent. En effet, l'infirmière dit ne pas utiliser de mécanismes de défense, notamment la fuite. Elle ajoute qu'elle les mettait peut être en place au début de sa carrière mais plus maintenant.

Quant à l'infirmier, il m'explique que parfois il met en place un argumentaire pour faire appel à la résilience du patient, pour le motiver à prendre sur lui et de faire appel à son mental. Ainsi pour lui, cela peut être assimilé à un mécanisme de défense.

En suivant les notions de mon cadre théorique, il existe plusieurs mécanismes de défense. L'explication de l'infirmier peut s'apparenter au mécanisme dit « rationalisation » qui s'explique par la justification d'un comportement par quelque chose qui le rend plus socialement acceptable. Lorsqu'un patient dit ne pas être capable de subir un soin, on devrait le laisser et ressayer plus tard.

Parfois, l'infirmier va jusqu'aux limites du patient, même si cela est très douloureux pour lui, ce qui pourrait passer pour une action qui va au-delà des limites acceptables pour le confort du patient, et donc pas forcément acceptables. Ainsi, on peut émettre l'hypothèse, que face à la douleur, inconsciemment l'infirmier essaye de faire accepter au patient le fait de réaliser le soin pour masquer sa détresse face à la situation.

❖ « *Auriez-vous un conseil à donner à un nouveau collègue ou jeune diplômé ?* »

La pertinence de cette question était intentionnelle. En tant que futur professionnel, et dans un cadre de gestion de ses émotions en situation de soins, j'ai recueilli différentes réponses. L'infirmière conseille d'en parler avec ses collègues infirmiers, à un cadre ou à un médecin lorsque l'on est « touché » par une situation de soins douloureux. L'infirmier quant à lui conseille de parler avec le patient, lui faire comprendre que l'on est à son écoute, et attentif à ses besoins. Chacun se protège, comme il peut et comme il veut et trouve sa propre solution. Cependant, lorsque nous sommes nouveaux professionnels, tout conseil est « bon » à prendre, pour nous faciliter et nous accompagner dans cette profession.

❖ *Le quatrième concept, « la distance professionnelle » :*

❖ « *Comment définiriez-vous la distance professionnelle ?* »

Après avoir discuter des émotions, il est important de comprendre notre place dans la relation de soin, avec une distance professionnelle adaptée. Ainsi, cette distance permettra de créer un lien de confiance avec le patient, sans se laisser affecter par nos émotions.

Pour les infirmiers, la distance professionnelle est décrite comme le respect de la personne, tout en étant dans l'empathie. Être dans notre rôle de soignant. Mais c'est aussi, un ensemble de connaissances qui fait que nous pouvons être un guide pour le patient, lui donner une ligne directrice et ainsi marquer notre statut de professionnel.

Si l'on reprend la définition de la distance, celle-ci est définie comme une distance entre deux points ou deux individus. Ainsi cette distance est plus ou moins prononcée selon l'interaction entre les individus. En reprenant les bases des distances relationnelles on constate donc que nous sommes dans une relation personnelle (entre 40cm et 1m20), c'est à dire, une relation basée sur la confiance et le contact possible.

On en conclu que la distance professionnelle est une part importante de notre rôle. Mais celle-ci peut être ambiguë, malgré la faible distance et la relation créée avec le patient, il est important de rester dans l'empathie pour ne pas aller au delà de cette distance.

❖ « *Qu'est ce que pour vous, la juste distance professionnelle, lors d'un soin ?* »

Afin de ne pas dépasser la bonne distance professionnelle, il est important de savoir où se placer et quoi faire. Je trouvais donc important de demander l'avis des infirmiers interrogés.

Selon eux, la « juste » distance professionnelle est de rester dans son rôle d'infirmier, tout en étant dans le respect de la personne et de faire en sorte que le patient soit le plus confortable possible dans le but de lui donner une ligne directrice.

La « juste » distance professionnelle ne peut être définie. En effet, chaque soignant crée sa propre distance professionnelle. Celle-ci dépend de plusieurs facteurs: l'environnement, la situation de soins, le patient et l'expérience du soignant. La chose la plus importante à retenir dans cette distance professionnelle est qu'elle doit être réévaluée à tous moments et qu'il nous faut nous questionner constamment.

❖ **Question de départ :**

❖ « *Quel impact ont les douleurs induites, sur les émotions et la juste distance professionnelle, selon vous ?* »

Afin de finaliser mon entretien, j'ai donc fini par poser ma question de départ. Ainsi, les réponses ont été les suivantes.

Selon l'infirmière, l'impact des douleurs induites sur les émotions et la juste distance professionnelle est une frustration. Ne pas réussir à gérer la douleur est une impuissance face à la détresse du patient. D'après l'infirmier en reprenant ses propres dires « *c'est aussi un jeu, à remettre à la bonne évaluation du soignant, tout en réalisant de bonnes interventions à bon escient auprès du patient* ».

D'après mes recherches et mes connaissances, et après avoir réalisé les entretiens auprès des deux professionnels, je peux émettre l'hypothèse que les douleurs induites entraînent des émotions négatives chez le soignant en tant que personne et amènent à entraver la relation de soins et donc la juste distance professionnelle.

Après avoir réalisé l'analyse de mes données de façon descriptive et interprétative, je vais m'orienter sur une partie appelée « discussion ». En effet, celle-ci permettra de mettre en lumière les liens par rapport à ma question de départ. Néanmoins, cela me permettra d'affirmer mon point de vue sur le sujet et donc de m'amener à une réflexion sur une question de recherche.

DISCUSSION,



1. Conclusion des entretiens, en lien avec ma question de départ

De manière générale, il ressort de mes entretiens avec les deux professionnels de santé une corrélation avec ma problématique mise en évidence de mon travail.

En ce qui concerne les douleurs induites, j'ai pu observer à travers les échanges effectués avec les professionnels que la représentation qu'ils se font de la douleur passe à travers les actes qu'ils effectuent. J'ai pu établir un lien avec mes recherches qui m'ont permises d'en conclure que la douleur induite est un problème au coeur de notre profession. J'ajouterai également que les douleurs peuvent être induites tant par nos actes que par nos mots. Ainsi la douleur nous renvoie à des émotions qui peuvent affecter notre comportement, nos soins indirectement et leur qualité.

Les émotions font partie inhérente de la profession d'infirmier/ère. Nous sommes confrontés régulièrement à la douleur et à la détresse des individus et nous devons apprendre à les gérer.

Les patients peuvent nous renvoyer à des émotions, mais l'importance est de détenir les outils pour pouvoir y faire face et pouvoir se protéger en tant que soignant et en tant que personne. Je citerai un exemple, lorsque nous effectuons un soin qui peut être douloureux, la peur et la tristesse que ressentent les patients nous atteignent. Cependant, cela ne doit pas avoir d'impact sur la qualité de notre savoir-faire car il en va du sentiment de sécurité et de confiance envers le patient.

Si je reprends les dires des professionnels que j'ai pu interroger, nous sommes une « ligne directive », il en va de notre savoir-être que d'être un soutien objectif et neutre dans le parcours de soins. Ce que nous disposons comme outils, en tant que professionnel de santé, pour gérer ses émotions, sont :

- la communication intra-équipe qui est un soutien majeure dans notre profession et,
- inconsciemment nos mécanismes de défenses qui nous protègent des émotions fortes lors d'une situation donnée.

La gestion de ces émotions permet d'établir une relation de soins de manière optimale avec pour appui une juste distance professionnelle.

Cette distance permet d'instaurer notre rôle de soignant face au patient, tout en considérant celui-ci comme une personne. Elle permet de pouvoir soigner et apporter tout le confort nécessaire.

Néanmoins, cette distance professionnelle permet de pouvoir appliquer l'empathie et la bienveillance envers le patient sans que nos émotions, en tant que personne, prennent le dessus en tant que soignant.

Une certaine objectivité permettra de ne pas interférer dans la relation de soin soignant-soigné, et de délimiter notre fonction de soignant. On peut alors affirmer que la juste distance permet de préserver les professionnels de santé émotionnellement tout en permettant d'exercer notre « art » infirmier et pouvoir apporter une certaine sécurité au patient qui est vulnérable.

A travers ces témoignages, les douleurs ont un impact sur les émotions des soignants et peuvent atteindre la juste distance des professionnels de santé. Cependant, j'aimerais apporter mon avis sur le sujet.

2. Mon ressenti

2.1. Mon positionnement sur la question de départ

Les situations que j'ai présentées dans l'élaboration du travail me posaient une réflexion d'ordre éthique. Les recherches scientifiques, les entretiens avec les professionnels m'ont permis d'éclairer mon questionnement d'un point de vue pratique du terrain. Ce travail de fin d'étude a élargi la perception que je pouvais me représenter de la douleur induite, des émotions et de la juste distance professionnelle.

Dans un sens, je suis en adéquation avec ce que dit mon cadre théorique et avec les propos des professionnels interrogés. En effet, les douleurs induites ont bien un impact sur les émotions et la juste distance professionnelle de l'infirmier.

Lors d'un soin douloureux, l'infirmier ne peut que ressentir et être impacté par la détresse du patient. Nous sommes avant tout humain et donc sensibles aux émotions de l'autre. Cette affection de nos émotions, peut que nous amener dans une relation de sympathie envers le patient et déstabiliser non seulement notre positionnement de soignant mais aussi notre « juste » distance professionnelle.

La profession infirmière est issue de paradigmes, de théories de soins basées sur des principes humanistes et des principes de valeur. Il nous incombe d'être le plus objectif dans nos prises en charge, par exemple lorsque je soutiens un patient, qui dans la singularité de son expérience de santé à de besoins spécifiques, l'empathie est donc primordiale à ne pas confondre avec la sympathie.

Les ressources et connaissances apprises à l'école sont des outils que nous pouvons mobiliser. Par nature, nous sommes dotés de mécanisme de défenses, à nous de les identifier, mais certaines situations peuvent nous permettre d'être au plus proche de l'idéalisation d'un soignant.

La gestion de nos émotions est l'un des savoir être de notre profession. Dans la limite de nos capacités, face à la douleur constante, à la souffrance et à la détresse, il faut être un rempart pour offrir une prise en charge de qualité.

2.2. Apports personnels

D'un point de vue personnel, j'ai pu à travers ce travail comprendre ma réaction et l'impact sur mes propres émotions et sur mon positionnement infirmier.

En premier lieu, j'ai pu comprendre et connaître ce qu'est une émotion pour ainsi m'aider à savoir ce que je ressens. Ces émotions font parties intégrantes de ma personne, et vont jouer un rôle important dans la relation de soins. Toutefois, cela ne doit pas entraver mon rôle de professionnel.

De plus, ce travail de recherche m'a permis de comprendre qu'il existait de nombreux outils pour gérer mes émotions et me permettront de connaître mes limites.

Je pense que cette gestion des émotions, avant même de pouvoir m'accompagner dans mon rôle de soignant, va pouvoir grandir en adaptant mon affect en tant que personne face à de nombreuses situations complexes dans ma vie quotidienne.

2.3. Apports pour ma pratique professionnelle

Cette analyse m'a permis d'avancer en remettant en question ma pratique professionnelle et de m'investir d'un point de vue scientifique dans des réflexions infirmier/ère.

J'ai pu trouver un positionnement professionnel adapter, la distance professionnelle est à réévaluée, car chaque patient, chaque situation et vécu de l'autre est différent. Mon expérience professionnelle évoluant m'amènera donc à changer, à voir chaque situation autrement et pouvoir me confronter au mieux à ce qui pourra m'atteindre en tant que professionnel.

J'ai pu comprendre, qu'avec l'expérience professionnelle grandissante au fur et à mesure des années, ma pratique ne pourra que s'améliorer à travers des outils, des conseils, de la communication intra-équipe. De plus la formation continue proposée, peut que nous enrichir dans notre profession.

Il est vrai que la douleur fait partie intégrante de notre quotidien de soignant, le plus important est de savoir l'évaluer, d'être à l'écoute et d'apporter le confort au patient. Parfois les douleurs induites peuvent faire avancer la situation de soin du patient, trouver une solution thérapeutique ou juste améliorer leur situation sanitaire, malgré les douleurs et la détresse que cela leur apporte. Ainsi cette douleur induite peut leur être bénéfique par la suite.

Enfin, ces expériences m'ont permis d'acquérir des outils pour surmonter mes émotions et ainsi connaître mes limites. S'il est nécessaire, il faut savoir passer le relai à ses collègues pour améliorer la qualité de soins apportés.

3. Problématisation

Afin d'arriver à une problématisation, je vais rappeler mon cheminement. Tout a commencé par une note de recherche dans laquelle j'exposais une situation m'ayant posé problème. Suite à cela, je me suis posé des questions et ainsi documenté pour y répondre.

Ces recherches ont suscité une question de départ : En quoi, les douleurs induites chez un patient, ont elles un impact sur les émotions et la juste distance professionnelle de l'infirmier ?

Cette question fût le début de mon mémoire. J'ai commencé par définir les concepts présents dans ma question de départ : il s'agissait des douleurs induites, des émotions et de la distance professionnelle.

Le cadre méthodologique m'a permis de déterminer quelle enquête exploratoire j'allais mener. Cette enquête doit contribuer à apporter des réponses en liens avec ma question de départ ainsi que mes concepts. Mon guide d'entretien a été conçu, puis validé auprès de ma référente de mémoire. Il a fallu ensuite que je détermine quels professionnels j'allais interroger. J'ai choisi des infirmiers exerçant dans des services différents afin d'étayer un maximum de réponses.

Je les ai ensuite interviewés. J'ai également retranscrit mot à mot leurs propos. Il fallait ensuite que j'analyse leurs réponses. J'ai choisi de détailler leurs réponses en fonction de mes quatre

grands concepts. Pour se faire, j'ai fait un tableau par questions regroupant les réponses des différents infirmiers. Cela m'a permis de comparer et d'analyser plus aisément leurs réponses.

Ainsi, après tout ce travail de recherche et d'analyse, j'ai pu prouver l'impact des douleurs induites sur les émotions et la distance professionnelle de l'infirmier/ère. Cependant, cette analyse m'a permis de voir plus loin.

En effet, j'ai pu voir que la gestion des émotions avait un impact important dans le comportement de l'infirmier/ère, lors de situations de soins complexes comme les douleurs induites, notamment, à garder une distance professionnelle adaptée et pouvoir continuer à garder un lien dans la relation de soins. Ainsi, à ce jour, m'a réflexion porte beaucoup sur cette gestion des émotions. Il est vrai que lorsque le soignant ne peut faire face à sa capacité à gérer ses émotions, la relation soignant-soigné n'est plus instaurée et donc il met un frein à la relation de soins.

Ainsi, je trouve important de pouvoir analyser les mécanismes et les outils pouvant venir en aide à l'infirmier/ère dans la gestion de ses émotions.

Ma réflexion a évolué et mon positionnement a changé. Maintenant que je dispose d'un large panel de réponses aussi bien théoriques que pratiques, je vais pouvoir ainsi formuler ma question de recherche :

« En quoi, les outils permettant la gestion des émotions de l'infirmier, aide à préserver la relation de soin auprès du patient ? »

CONCLUSION,

CONCLUSION,



Ce travail de fin d'études en Recherche en Soins Infirmiers portant sur l'impact des douleurs induites, sur les émotions et sur la distance professionnelle m'a permis d'aborder un sujet qui me paraissait important dans ma construction identitaire professionnelle.

Tout au long de ce mémoire j'ai tenté de comprendre pourquoi les soignants se retrouvent quelquefois dans la fuite relationnelle face à la douleur induite.

Grâce à mon cadre conceptuel renforcé par l'analyse des entretiens, j'ai pu comprendre plus de choses sur les douleurs induites, les émotions et la distance professionnelle. Mon idée sur le sujet a aussi évolué.

J'ai pu apprendre que la juste distance professionnelle n'est pas établie. Celle-ci dépend notamment de notre capacité à gérer nos émotions. Notre profession est en premier lieu une profession humaine où le ressenti de chacun est dévoilé, cependant celui-ci ne doit pas entraver la relation de soins.

A l'avenir, je saurai comment établir ma juste distance professionnelle, celle qui me correspondra et qui me permettra d'être proche de mes patients tout en sachant me protéger. Ainsi, je pourrai au mieux gérer les situations complexes que je rencontrerai tout au long de mon parcours professionnel.

Ce travail m'a permis de pouvoir commencer ma construction identitaire professionnelle, et je pense qu'il pourra aider d'autres professionnels (qui ont eu les mêmes difficultés que les miennes), et me permettra d'encadrer de futurs étudiants.

Pour prendre un patient en charge avec qualité, il me paraît primordial d'apprendre à le connaître, d'être attentif à ce qu'il veut ou peut exprimer, d'écouter ce dont il a besoin, et de ne pas décider pour lui.

Notre accompagnement doit se faire dans le plus grand respect de la connaissance de tous ces éléments et ainsi proposer une présence rassurante et un soutien.

L'important est d'être là : Reconnaître, observer, entendre, interroger, écouter les émotions, et les questionnements : telles sont les exigences d'un cheminement de qualité.

Enfin, je pense me sentir plus armé pour affronter des situations complexes qui m'attendent. L'importance et le besoin de faire un travail sur soi-même mais aussi comprendre ses propres émotions et prendre conscience de ses limites font et feront de moi le professionnel que j'ai envie d'être.

**SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES /
WEBOGRAPHIQUES,**



• Apports théoriques :

- Mme ESNAULT Françoise. (2017). UE 1.01 Psychologie, sociologie et anthropologie
- Mme LE BIHAN Christine. (2019). UE 4.02 Soins relationnels

• Livres :

- Cotinaud, Olivier. Psychologie et soins infirmiers: approche relationnelle. Paris: Le Centurion, 1983.
- Morasz, Laurent, et Dominique Barbier. Le soignant face a la souffrance. Paris: Dunod, 1999.
- Drevet, Sandra, Marie-Ange Sion, Claire Journiac, et Hélène Schabanel. Soins infirmiers II, Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche. Elseiver, Masson. Vol. 3. Nouveaux cahiers de l'infirmière, 2002.
- Wanquet-Thibault, Pascale, et Alain Serrie. Douleurs liées aux soins. Rueil-Malmaison: Lamarre, 2015.
- Prayez, Pascal, et Françoise Adiceom. Distance professionnelle et qualité du soin. Edition Lamarre., 2003.
- Prayez, Pascal. Julie ou l'aventure de la juste distance: une soignante en formation. Rueil-Malmaison: Lamarre, 2006.

• Articles / thèses :

- Botella-Carrere, Marie-Pierre. « Comprendre les mécanismes de la douleur pour mieux la traiter », Revue de l'infirmière, n° n°130 (mai 2007): 26.
- Guillemain, Emanuelle. « Les soignants et la douleur induite par les soins », Revue de l'infirmière, n° n°130 (mai 2007): p.23.
- A. Piasser, M. Bataille, « Représentations professionnelles et l'implication professionnelle », Presses universitaires, (octobre 2010) : p.133-145.
- Peoc'h, Nadia, Ghyslaine Lopez, et Nadine Castes. « Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours... Vers les prémisses d'une compréhension ». Recherche en soins infirmiers N° 88, n° 1 (2007): 84-93.
- Ricard-Hibon, Agnès. « La douleur induite par les soins », 2014.

- **Textes législatifs :**

- Loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L.1110-5 (2002). Legifrance, 4 mars. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=21BCA286F7EB19461DC0F49FA2D0B160.tplgfr25s_1?idArticle=LEGIARTI000006697384&cidTexte=LEGITEXT000005632379&dateTexte=20200323
- Article R-4311.2 du code de la santé publique, relatif aux actes professionnels (2004). Legifrance, 8 aout. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>
- Article R-4311.5 du code de la santé publique, relatif aux actes professionnels (2004). Legifrance, 8 aout. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913892&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>

- **Sites internet :**

- DGOS. « La douleur », s. d. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>.
- Larousse, Éditions. « Empathie ». Consulté le 26 mars 2020. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
- Larousse, Éditions. « Sympathie ». Consulté le 26 mars 2020. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sympathie/76073?q=sympathie#75198>
- Doctissimo. « Douleur chronique », s. d. <https://www.doctissimo.fr/html/dossiers/douleur/niv2/douleur-chronique.htm>.
- Inserm. « Douleur », s. d. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>.
- Larousse, Éditions. « Émotions ». Consulté le 1 décembre 2019. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>.
- Paul Ekman. « Identifier les 6 émotions fondamentales », s. d. https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/Identifier-les-6-emotions-fondamentales-325865.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button.

ANNEXES,



❖ Liste des annexes :

- ❖ Annexe I - Législation en matière de secret professionnel
- ❖ Annexe II - Situations d'appels du travail de recherche
- ❖ Annexe III - Tableau des différentes classes d'émotions selon Paul Ekman
- ❖ Annexe IV - Guide d'entretien
- ❖ Annexe V - Retranscription de l'entretien n°1
- ❖ Annexe VI - Retranscription de l'entretien n°2
- ❖ Annexe VII - Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I - Législation en matière de secret professionnel

« Toute personne prise en charge par un professionnel de santé (...)un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercices ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. »³ De plus l'article L.4314-3 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que « 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 article 226-13 et 226-14 du code pénal »

³ Loi du 4 mars 2002

Annexe II - Situations d'appels du travail de recherche

Situation d'appel n°1

Je suis dans un service d'urologie, ce patient est entré pour hématuries récidivantes suite à une biopsie de la prostate. C'est son deuxième séjour dans le service pour le même motif d'entrée. Des lavages vésicaux en continu sont prescrits et une sonde urinaire est mise en place.

Il est environ 15h, je suis dans le premier tour de l'après-midi avec l'infirmière quand Mr X. appelle en activant la sonnette, je me déplace donc le voir (c'est un de mes patients que je prend en soin). Mr X me dit qu'il a mal au niveau de son pénis, je demande donc à sa femme de sortir de la chambre pour l'intimité et voir ce qu'il se passe. Je constate de nombreux caillots de sang, qui doivent probablement encombrer la sonde urinaire et lui provoquer des douleurs importantes, je réalise donc un « décaillotage » en poussant les caillots à l'aide d'une seringue. Cela se réalisera plusieurs fois dans la journée comme chaque jour. Cet après midi là, suite à ces nombreux caillots qui obstruent la sonde nous devons en reposer une. J'explique au patient la nécessité de faire ce soin, le déroulement de celui-ci et l'importance de sa participation pour réaliser le soin.

Mr X n'est pas très favorable à ce soin, il me fait comprendre qu'il est stressé par celui-ci car il en a déjà eu plusieurs et qu'il connaît la sensation. Mr X, commence à s'énerver car il ne comprend pas pourquoi la sonde s'encombre plusieurs fois par jour, pourquoi sa situation ne s'améliore pas, et s'impatiente suite à ses nombreux jours d'hospitalisation. Mais il accepte le soin pour sa santé et sa prise en charge.

Je commence donc à préparer le matériel pour la pose de la sonde urinaire, et je commence donc le soin, et lui explique le déroulement. Mr X commence à être tendu. J'introduis la sonde et Mr X commence à bouger et à crier de douleur. A ce moment précis, je ne savais pas s'il fallait que je continue à enfoncer la sonde quitte à provoquer des douleurs ou m'arrêter face à la détresse du patient. Mr X. avait eu déjà des morphiniques la journée (Oxynorm) et je n'avais pas d'autres antalgiques à lui donner. Me trouvant face à cette situation j'arrête le soin sans poser la sonde et demande à l'infirmière d'intervenir pour la poser à ma place, car face à cette situation il m'était impossible de pouvoir réaliser ce soin.

Situation d'appel n°2

Je suis dans un service de soins intensifs, Mme Y. a eu des complications suite à une pathologie. Elle est hospitalisée depuis environ un mois dans ce service et nous devons effectuer des pansements de nécrose d'ulcère sur les deux jambes complètes et sur la zone abdominale, tous les jours selon le protocole fait par le service de dermatologie.

J'avais déjà observé les pansements de cette patiente depuis une semaine, et on m'avait déjà raconté quelques situations dues à ce soin, comme par exemple : la patiente avait jeté tout ce qu'elle trouvait

à porter de main lors des soins à cause de la douleur ou qu'elle avait insulté presque tous les infirmiers qui avaient réalisé le pansement. Ce jour là, je devais commencer à réaliser le pansement moi-même et j'y allais avec une certaine appréhension.

Il est environ 9h, nous allons avec l'infirmier débiter les soins antalgiques pour réaliser le pansement sur la patiente. Je retire les pansements sales, qui sont déjà très douloureux pour la patiente qui fait alors des « grimaces », qui bouge les jambes et qui crie de temps en temps. J'administre alors un gel anesthésiant sur les plaies ainsi qu'un spray anesthésiant par dessus, et je recouvre les plaies à l'aide de compresses. Je lui administre aussi de la morphine en IVD, avec des bolus possible lors de la réfection du pansement.

Nous revenons 45 minutes à une heure plus tard, pour commencer la réfection du pansement, je suis le protocole en nettoyant les plaies et commence alors une détersion pour pouvoir revascularisé les plaies, qui devient alors très douloureux pour la patiente qui se met à gémir de plus en plus fort, en employant des mots et un ton très agressif. Elle se met à hurler de douleur dans la chambre, je réalise alors un bolus de morphine, et je continue mon soin.

La réfection prendra en tout deux heures, pendant lesquelles je ne cessait d'être partagé entre continuer mon soin pour la santé de la patiente et tout arrêter face à sa douleur, qui me tétanisais tellement elle souffrait. Sa douleur me touchait tellement que je m'arrêtais pendant le soin pour la laisser « souffler ».

L'infirmier présent avec moi pendant le soin, m'a aidé à finir le soin, pour être plus rapide et soulager la patiente.

Annexe III - Tableau des différentes classes d'émotions selon Paul Ekman

Joie	Colère	Peur	Tristesse	Surprise	Dégoût
Amoureux	Agacé	Angoissé	Abattu	Ébahi	Aigri
Content	Agité	Anxieux	Accablé	Émerveillé	Amer
Enchanté	Agressif	Craintif	Affligé	Enthousiaste	Aversion
Enjoué	Contrarié	Effrayé	Blessé	Étonné	Blessé
Euphorique	Exaspéré	Inquiet	Chagriné	Impatient	Écoeuré
Excité	Froissé	Horrifié	Déçu	Secoué	Intimidé
Passionné	Furieux	Méfiant	Désespéré	Sidéré	Irritable
Réjoui	Hostile	Préoccupé	Désolé	Stupéfait	Mépris
Satisfait	Irrité	Terrifié	Navré	Troublé	Rejet

Annexe IV - Guide d'entretien

Dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, je dois réaliser des entretiens auprès de professionnels en lien avec ma question de recherche qui traite des émotions et de la juste distance professionnelle à travers les douleurs induites
Ainsi, lors de notre entretien, je vous enregistrerai avec mon téléphone pour pouvoir le retranscrire et celui-ci sera anonyme, êtes vous d'accord ?

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE : présentez-vous (Prénom, âge, expérience professionnelle)

- Age ?
- Depuis combien de temps exercez vous en tant qu'infirmier(e) ?
- Quel est votre parcours professionnel, les différents services ?

DOULEUR INDUITE

- Lorsque je vous parle de douleurs induites, avez vous des représentations ?
- Pour vous, comment définiriez vous la douleur induite ?
- Quels types de soins, pour vous sont susceptibles d'entraîner des douleurs induites ? Quels moyens mettez vous en place ?
- Appréhendez vous les soins entraînant des douleurs induites ?

EMOTIONS

- Quelles émotions aviez vous pu rencontrer lors de soins entraînant des douleurs induites, parmi les 6 plus fréquentes : joie, colère, peur, tristesse, surprise et dégoût
- Ces émotions, ont elles généré des sentiments ? Si oui, lesquels ?
- Comment avez vous géré vos émotions, au cours du soin ?
- **Pouvez vous m'illustrer un exemple de situation qui vous a interpellé ? Et comment l'avez vous surmonté ?**
 - *Raconter le récit*
 - *Quelles ont été les difficultés ?*
 - *Quel a été votre vécu ?*
 - *Comment les avez vous surmontées ?*
- Avez vous utilisé des mécanismes de défense ? Si oui, lesquelles ?
- Auriez vous un conseil à donner à un nouveau collègue ou jeune diplômé ?

DISTANCE PROFESSIONNELLE

- Comment définiriez vous la distance professionnelle ?
- Qu'est ce que pour vous, la juste distance professionnelle, lors d'un soin ?

Quels impacts ont les douleurs induites, sur les émotions et la juste distance professionnelle, selon vous ?

Auriez vous quelque chose à rajouter ? Merci à vous, d'avoir pris du temps personnel pour répondre à mon entretien. Celui-ci restera anonyme.

Annexe V - Retranscription de l'entretien n°1

Contexte : Pour l'anonymat de l'entretien j'appellerai l'infirmière « IDE⁴ ». Nous avons réalisé l'entretien dans le bureau de la cadre, sans autres personnes, il a duré environ 24 minutes et j'ai enregistré à l'aide de mon téléphone. Avant l'enregistrement, j'ai annoncé que l'entretien serait enregistré, et qu'il resterait anonyme, l'infirmière m'a donc donné son accord.

Moi : Du coup, au niveau de l'expérience professionnelle si tu pouvais te présenter

IDE : Ouais, alors moi j'ai eu mon diplôme en 93, euh ... j'ai travaillé 5 ans en clinique, avant d'arriver sur le CHU j'étais en clinique à Brest ...

Moi : ... ok ...

IDE : ... et donc je suis arrivée en 98 sur Rennes, j'ai fait pas mal de services entre 98 et 2000 autant sur Pontchaillou que sur l'hôpital sud, et puis j'ai posé mes bagages en vasculaire en 2000 voilà ...

Moi : ... ok ... d'accord ...

IDE : ... donc je connais bien la spécialité, je connais bien les équipes, donc bah les patients je les connais très bien parce qu'on est sur la maladie artérielle qui est une maladie chronique donc les patients on est amené à les revoir donc ça entraîne des liens importants et aussi .. bein .. je suis face à la douleur, euh ... dans notre spécialité les gens ont des douleurs liées à l'artérite et on a beaucoup de plaies, des plaies d'ulcères mais aussi d'amputation, et c'est vrai qu'à un moment donné ces plaies là, bein ... tu as beau donné n'importe quel médicament ton patient reste dans sa douleur, donc voilà je me suis intéressée à cette douleur et euh j'ai passé un D.U⁵ sur la prise en charge de la douleur en 2013, et pour mieux comprendre la douleur, la cerner et peut être mieux la traiter aussi et voila voir cette composante multi-dimensionnelle qui est importante surtout chez eux, et pendant cette formation on a des cours sur d'autres médecines complémentaires tels que l'hypnose donc ça m'a intéressée. Et suite à ce diplôme je me suis formée à la communication thérapeutique qui est une approche hypnotique et quand tu es formé tu as pleins d'outils, y faut oser et s'autoriser à les utiliser, et tu t'aperçois que finalement t'arrive à emmener ton patient ailleurs pendant un soin et que finalement il n'a pas mal, et que tu peux même lui apprendre, mais ça c'est un travail avec l'hypnose, bah ... ouais sa marche c'est super bien, t'es trop contente et après bein j'ai cheminé vers mon D.U en hypnose thérapeutique ...

⁴ Voir glossaire en début de mémoire

⁵ Voir glossaire en début de mémoire

Moi : ... D'accord ... ok ...

IDE : ... donc je suis formée depuis 2016 - 2017, et maintenant c'est ma pratique dès que je peux, la communication thérapeutique s'est passée dans mon apprentissage donc je parle comme thérapeutique et enfaite et puis l'hypnose bein ... autant que ce soit de l'hypnose formelle, que informelle bein c'est vrai que je l'utilise dès que je peux

Et j'ai un temps formateur, ici dans le service d'hospitalisation et je travaille également à la consultation pansement vasculaire ou on a un suivi des patients jusqu'à cicatrisation complète sur des plaies d'ulcères, des plaies de stade 4, des plaies d'amputations, des désunions de cicatrices etc etc ... et j'ai un temps de formateur, j'ai 12 jours en plus de mon contrat à 80 ou je forme les gens justement en communication thérapeutique .. voilà

Moi : D'accord ... ok ...bon bein du coup on va passer, euh .. j'ai fait 3 items donc le premier c'est la douleur induite. Donc quand je te parle de douleur induite, est ce que tu as des représentations ?

IDE : bein, c'est la douleur qu'on induit lors d'un soin, ça peut être une prise de sang, une perfusion, un, nous on a beaucoup de pansement complexe où on va utiliser le scalpel, la curette donc on induit des douleurs simplement bah par ses gestes, mais on peut induire des douleurs rien que par nos mots, hein ... « je vais vous piquer », « ça va faire mal », donc ça c'est bani de mon vocabulaire, moi je dis plus ça mais voilà j'en entends quand mes oreilles traînent, puis voilà les peurs qui peuvent induire les douleurs, donc c'est vrai ... quand tu vois que ton patient a peur par rapport à sa chirurgie, ou par rapport au faite que tu arrives avec ton chariot de pansement dans la chambre, bein ses peurs sont augmentées, ouais .. En hypnose ont dit, un psychiatre le Dr Milton Herickson, qui est en faite pioner de cette nouvelle hypnose permissibile, qui disait que c'est vrai, je le dis souvent au patient, que la douleur du présent ne représente que 1/3 de la douleur totale, elle est majorée de 1/3 de la douleur mémorisée et 1/3 de la douleur anticipée ...

Moi : ... ok ...

IDE : ... donc finalement tu gères les deux composantes stress, mémorisée et anticipée, ton patient devrait être normalement moins dans sa douleur,

Moi : ok, ça marche bon à retenir alors ...

IDE : ... ouais ...

Moi : ... et comment tu la, ok tu l'as un peu définie la douleur induite du coup ouais, ok. Euh ... les types de soins tu m'en as parlé aussi, qui pourraient induire, ok bah les moyens que tu mets en place y'a l'hypnose du coup ...

IDE : Bah déjà, on a ici protocolaire, on a tous les traitements antalgiques, les gens ont des traitements chez eux donc on reprend généralement le traitement, donc c'est le médecin qui represcrit hein sur Dxcare, notre logiciel ; après en post opératoire les anesthésistes renvoient justement tous ce qui est traitement antalgique, donc c'est protocolaire on donne, important ici d'évaluer la douleur, on évalue la douleur, on la trace, c'est très important et c'est une obligation donc de la tracer même si elle est égale à 0. Et après, à partir du moment où on donne un traitement on réévalue 1h après. Donc on a tout ce qui est traitement par voie orale, après sur nos plaies on met de la xylocaïne, en spray ou en gel, avec des délais d'actions différentes après on utilise le calinox/ méopa, voilà ... on utilise, moi j'utilise bah la communication thérapeutique/ hypnose mais mes collègues qui sont, ont fait les ateliers de com. thérapeutique utilisent aussi la communication, là on utilise la musicothérapie, on a des enceintes bluetooth qu'on utilise dans les chambres, ce matin quand on a fait les toilettes, il y avait de la musique dans les chambres, on utilise aussi l'aromathérapie alors autant pour les odeurs mais aussi pour l'anxiété, sachant que l'anxiété quand tu l'as diminuée tu fais diminuer la douleur .. donc .. voilà on a pleins de petites choses, ouais dans nos petits bagages ..

Moi : ... ok ça marche. Ok ... et est ce que tu appréhendes les soins qui entraînent des douleurs induites ?

IDE : plus maintenant, j'ai mes outils. ouais, ça aide ouais, en faite tu as le soin, mais comme je m'intéresse énormément à la personne mais peut être que cela est du au faite que je suis la depuis 20 ans quoi, et je connais bien la spécialité, bien le pansement donc du coup je suis quand même plus à l'aise et je m'autorise à aller vers le patient et plus à m'occuper de lui finalement alors que je fais le soin en même temps donc voilà.

Moi : On va passer au deuxième onglet, donc les émotions. Donc quelles émotions tu as pu rencontrer lors de soins ayant des douleurs induites permis les 6 suivantes : la joie, la colère, la peur, la tristesse, la surprise et le dégoût.

IDE : Dégoût non, lors de douleurs induites ? ...

Moi : ... ouais, quand t'as fait des soins entraînant des douleurs induites ? ...

IDE : ... ah non la joie non, parce que bah non tu n'as pas envie de leur faire mal aux gens. T'as envie qu'ils vivent sereinement ce soin. Ouais en faite dans tous, je pense que ce serait plus de la tristesse, parce que t'as pas envie, ça te rend triste qu'ils aient des douleurs quoi. Ce serait plus ça, et encore maintenant vu qu'on arrive relativement à gérer, mais ça arrive qu'on arrive pas à gérer, mais surprise

non parce qu'il faut jamais, moi on m'as appris au D.U douleur il ne faut jamais, il faut toujours croire le patient quand il nous dit qu'il a mal, donc à partir du moment où tu as une plainte il faut l'accepter, il faut la valider, de tout façon je valide tout ce que me dit le patient. Donc surprise non, je me dis que c'est sa représentation et en plus il a peut être un passif de douleurs et c'est vrai que part rapport à deux patients qui vont avoir exactement le même soin et bein, un qui est vierge de douleurs qui n'a jamais connu de douleurs va ressentir, va donner EN égale à 2, et un patient qui a déjà même dans son histoire d'enfant ou autre eu ça, va mettre EN à 5/6 parce qu'il a toutes les représentations et tout revient à la surface (...)⁶

Moi : Du coup, ces émotions ont elles entrainer des sentiments ? Il y a une petite différence entre les deux. Peut être au début ? plus maintenant ...

IDE : ... plus maintenant parce que je suis tellement dans le relationnel en faite, avec la communication thérapeutique et l'hypnose, c'est être là avec ton patient et la relation. Après, je reste humaine, il n'y a pas longtemps, un monsieur qui réagissait pas bien parce qu'il a fait deux AVC, 66 ans, très jeune, et en faite avec une plaie au talon et niveau vasculaire il n'y avait plus rien et on l'a vu avec la chirurgienne, va falloir faire une amputation. Sachant que Monsieur ne peut répondre, ils doivent le revoir avec sa famille. Au niveau sentiment, j'en avais les larmes aux yeux, parce qu'il y avait sa femme et sa fille, lui répondait pas et il fallait prendre une décision. Mais quel avenir pour ce monsieur, c'était la discussion : si on lui coupe une cuisse. Dernièrement, pour une ablation de deux dents, il a dit qu'il préférerait mourir ... donc là tu lui enlève une cuisse, sa femme et sa fille préfèrent aller sur du soin palliatif, et sa femme pleurait et après c'est peut être ma représentation mais je suis sur qu'elle se faisait le film de sa vie avec son mari et elle se disait que soins palliatifs égal mort, malgré que c'est pas toujours la mort la c'était le pronostic de son mari. Et là ça ma fait mal au coeur, là j'ai eu de la tristesse c'était dur à voir : cela m'a ému.

Moi : Du coup comment tu as géré cette émotion ?

IDE : on en a discuté, avec mes collègues. Ils ressentaient la même chose, on est dans l'empathie mais on reste humain, à école on nous disait de prendre du recul, mais tu ne peux pas tout le temps. Tu apprends, à te forger une carapace, même quant tu es jeune diplômé tu prends tout en pleine face, dans le service où j'étais il y avait beaucoup de décès, mais avec l'expérience tu apprends, mais n'empêche il y a des fois où t'es humain, et tu as le droit c'est légitime, sinon tu fais des cauchemars, même à la maison j'ai mon entourage, mon conjoint qui m'écoute depuis plus de 27 ans. Ça fait du bien d'en parler.

Moi : Donc, tu m'a illustré une situation. Est ce que tu as utilisé des mécanismes de défense ?

⁶ La suite n'apporte rien pour mon analyse sur le sujet, vous pouvez l'écouter dans l'enregistrement. (8min00)

IDE : Moi, je fuis pas, la fuite non. J'étais vraiment avec eux, je suis très dans le touché, donc cette situation là, je me suis mise à la hauteur de sa femme, j'étais dans la compassion et l'empathie. Mécanismes de défense non, peut être au début de ma carrière mais pas maintenant.

Moi : Est ce que tu aurais un conseil a donné à un jeune diplômé ou nouveau collègue ?

IDE : Il faut en parler, avec les collègues ou la cadre si ça ne va pas, les médecins ou chirurgiens nous on est très soudé, on peut parler facilement. En parler, ne pas rester avec des choses qui ne vont pas bien. Il y a que comme cela, à mieux vivre les émotions.

Après avec le patient, on a le droit d'être vrai avec eux, de dire d'être touché, de faire des transferts sur sa propre histoire, tant que tu restes dans le respect de la personne et rester humble. Discuter, et être vrai avec son patient. Moi je valide beaucoup, le ressenti du patient. Mais quand j'étais jeune infirmière, plus timide je ne sais pas si j'aurai osé.

Moi : D'accord, et du coup cela m'amène à comment tu définirais la juste distance professionnelle ? Entre montrer au patient tes émotions et ne pas être trop proche

IDE : La distance c'est ce que je te dirai, rester tout le temps dans le respect de la personne, dans l'empathie mais après t'as des patients des fois tu les connais tellement c'est faire de l'humour. Rester dans ton rôle de soignant, mais tout en validant le mal être des patients, rester toujours dans le respect de la personne.

Moi : Bah, du coup quelle serai la juste distance professionnelle lors d'un soin ? *(explication d'une de mes situations de départ, pour lui amener à comprendre le sens de ma question : 17min00)*

IDE : moi je travaille beaucoup sur la respiration, par rapport à la douleur si je vois que la personne est très douloureuse, j'arrête et je vois avec elle, adapter les antalgiques, et faire des exercices sur la respiration et de l'hypnose. Parler d'autre chose que du soin, pour faire une transition hypnotique, saupoudrer de mon positif.

La juste distance c'est rester dans son rôle d'infirmier, dans ce respect de la personne et ne pas forcer un patient à faire un soin, faire ce que je peux faire pour qu'il soit le plus confortable possible. Et si on y arrive pas, on fait faire les pansements sous anesthésie générale ...

Moi : Et si tu es trop touchée par une situation, est ce que tu mets quelque chose pour éviter d'être trop touchée par cette situation ? Si tu sens que tu es trop impliquée dans le soin, ça t'arrive de faire quelque chose toi pour te protéger ?

IDE : Non ... franchement non, parce que les patients je les prends tous tel que, ou on y arrive ou c'est difficile et on fait autrement. Et j'essaye de comprendre.

Je leur apprends toutes les techniques d'hypnose, pour gérer à domicile

Moi : Si je te dis, quels impacts on les douleurs induites sur les émotions et la juste distance professionnelle, selon toi?

IDE : Je pense que mes jeunes collègues, par exemple, l'impact est une certaine frustration de ne pas réussir à gérer justement la douleur, c'est pour cela aussi que je me suis formée, par ce que j'en avais marre d'être impuissante face à la douleur du patient même quand tu fais tout ce que tu peux sur prescription. T'as plus envie de leur faire mal, j'ai pas fais ce métier là pour faire mal, moi je l'ai fais pour la relation.

Mes collègues parfois, ils ont rien pu faire : tu as les techniciennes « j'ai pas pu faire ce que je voulais sur la plaie, ça m'énerve », c'est comme cela tu peux pas forcer le patient. Après il y a le juste milieu des prises de décisions. Je pense frustration, impuissance et dans les émotions vu que tu es dans l'empathie tu ressens, et tu es triste.

Moi : Est ce que tu aurais quelque chose à rajouter ?

IDE : Non, c'est un bon sujet cela.

C'est sûre que certaines doivent reculer, face à la douleur. Mais y'a tellement de bien pour faire, et rien que par les mots : un super outil.

Cette distance tu l'as plus après parce que tu te centres sur le patient et le soin, tu lui poses des questions et tout ce fait tout seul.

Moi : Merci beaucoup, l'entretien sera bien anonyme.

Annexe VI - Retranscription de l'entretien n°2

Contexte : Pour l'anonymat de l'entretien, j'appellerai l'infirmier « IDE ». Nous avons réalisé l'entretien au téléphone compte tenu du fait que l'infirmier réside en Belgique. L'entretien a duré environ 15 minutes, et j'ai enregistré à l'aide de mon téléphone. J'ai donc informé l'infirmier que l'entretien serait enregistré et anonyme, il m'a donné son accord.

Moi : Est ce que tu peux te présenter, ton âge, depuis combien de temps tu es infirmier et quel est ton parcours professionnel avec les différents services que tu as pu faire.

IDE : Bah, euuh ... j'ai 29 ans, je suis infirmier depuis 2 ans dans un service de cardiologie, neurologie avec une STROC ...

Moi : C'est quoi une STROC ?

IDE : ... Une unité de surveillance cérébrale

Moi : Alors, j'ai fait 3 items, du coup le premier c'est les douleurs induites. Donc quand je te parle de douleurs induites, est ce que tu as des représentations ?

IDE : Du terme douleurs induites ? ...

Moi : ... oui, est ce que ça te fait penser à quelque chose ? Cela voudrait dire quoi pour toi ?

IDE : Bah pour moi, c'est une douleur qui pourrait apparaître suite à une thérapeutique, une opération chirurgicale, voilà ce que cela m'évoque.

Moi : Quels types de soins pour toi pourraient entraîner des douleurs induites, selon toi ? Du coup, tu m'en as déjà parlé, et qu'est-ce que tu mettrais en place pour répondre à ces douleurs induites ?

IDE : Une surveillance que ce soit de la douleur en directe avec le patient, ou l'algo plus pour ceux qui ne peuvent communiquer. De la surveillance primaire.

Moi : ok. Est ce que tu appréhendes les soins entraînant des douleurs induites ?

IDE : Huuum, bah euuuuh ... oui appréhender dans le sens où il faut prévoir ton soin, en prévoyant une thérapeutique à mettre en place avant de le réaliser. Je ne sais pas si c'est clair

Moi : Oui, ok. Je vais donc passer à l'item les émotions.

Quelles émotions as tu pu ressentir parmi les 6 suivantes, en réalisant un soin entraînant des douleurs induites : la joie, la colère, la peur, tristesse, surprise ou dégoût.

Et pourquoi ?

IDE : la peur et la surprise, beaucoup.

De manière générale la douleur, c'est tout de suite un aspect négatif dans le soin, que le patient appréhende violemment, ce n'est pas qu'un ressenti la douleur c'est lié au patient. C'est l'organisation autour des soins, la bienveillance auprès du patient, l'explication, la communication qui va primer et atténuer toutes ces émotions là, que ce soit de peur ou de surprise et qui va faire par la même occasion diminuer toute l'appréhension et la douleur en elle même.

Moi : Quand tu as ressenti ces émotions, comment tu as fait pour les gérer ? Est ce que tu as mis quelque chose en place ?

IDE : Euh, en vrai en direct c'est surtout encore une fois, les explications au patient, la communication, essayer de faire en sorte qu'il puisse exprimer son ressenti justement, qui le verbalise ou parfois quand c'est pas possible lui donner des réponses à checker par un geste ou un signe. Je pense que c'est la communication qui prime, après cela peut passer par de l'humour ou, bref sa dépend du moment. Le lien avec le patient c'est là où il faut qu'il soit bien établi, serein et sain et qui rassure le patient

Moi : Est ce que tu aurais un exemple de situation, dans ce style, qui t'a posé problème ?

IDE : Bah, posé problème non, mais qui m'a amené à être attentif à la douleur du patient et évolué dans la prise en charge de mon soin. Un patient qui se retrouve avec une complication d'escarre, qui doit être revu au niveau chirurgical, au niveau du siège, qui est curetée et on met en place une déviation avec une colostomie pour permettre la mise en place d'un VAC, et que cela reste propre et que la cicatrisation soit plus rapide.

Donc déjà pour le patient c'est un bouleversement donc son corps change, il appréhende cette situation en plus de la douleur, donc c'est un moment où il puisse compter sur toi, qu'il puisse exprimer son ressenti, il faut lui donner l'occasion d'en parler. Tu prévois donc ton soin différemment, tu prévois les antidouleurs avant et c'est la communication qui fait que tu intervies au mieux auprès du patient.

Moi : Est ce que pendant cette situation tu as utilisé des mécanismes de défense ? Ça peut être le déni, la projection, l'identification, ... Je ne sais pas si ça te parle.

IDE : Je ne sais pas si c'est des mécanismes de défenses, mais voilà dans l'exemple quand je réalise le soin auprès du patient il a très mal malgré les antidouleurs donc du coup là il fallait que je lui explique,

genre, j'imagine un cas bien spécifique où je lui ai passé le nombre d'antidouleurs que je pouvais au maximum sur la matinée, presque avant de lui faire vraiment les soins de plaie douloureux. Donc je suis à court d'actions thérapeutiques autorisées par le médecin mais faut que je réalise le soin malgré tout, et que je remette ce qui est prescrit en terme de pansement, et là c'est vraiment le fait de motiver le patient, qu'il faut le réaliser, qu'il va falloir un peu mordre sur sa chique et le finir envers et contre tous, donc là c'est beaucoup le mental du patient auquel tu fais appel, donc c'est des mécanismes de défenses dans le sens où bah pareil, tu dois pondre un argumentaire pour motiver le patient et faire appel à sa résilience.

Moi : Par rapport aux émotions, aurais tu un conseil à donner à un jeune diplômé ou nouveau collègue ? Pour savoir gérer ses émotions, et faire face à des situations un peu complexe

IDE : Dans le cadre de la douleur, toujours ? ...

Moi ... oui ...

IDE : ... Il faut vraiment donner le change au patient, lui faire comprendre qu'on est réellement à son écoute et attentif à sa douleur, il n'y a pas plus déstabilisant que d'avoir quelqu'un en face de toi qui ne peut entendre le fait que tu aies mal, c'est quelque chose qui est intime qui est liée au patient et on a à notre actif tout un panel de procédures qui permettent d'évaluer la douleur, et après d'agir avec l'équipe pluridisciplinaire sur la douleur. Etre à l'écoute réellement des patients.

Moi : Mon dernier item, c'est la distance professionnelle. Du coup pour toi, comment tu définirais la distance professionnelle ?

IDE : La distance professionnelle pour moi ça fait appel à l'ensemble de nos connaissances sur la douleur par exemple, pour prendre le cas de la douleur, pour pouvoir être toujours dans notre rôle de soignant, de guide. Et pouvoir donner une ligne directrice au patient dans le cadre de sa prise en charge. Cette ligne là nous permet vraiment de marquer le statut. Et que le patient, puisse se dire qu'il a une ligne qu'il puisse suivre.

Moi : Si je te dis, quels impacts ont les douleurs induites, sur les émotions et la juste distance professionnelle, selon toi ?

IDE : Attends ...

Moi : ... Tu veux que je répète ? ...

IDE : ... je veux bien

(répétition de la question)

Je pense que ça fait un effet ressort, c'est à dire que c'est un jeu qui doit être remis à la bonne évaluation du soignant, et c'est pour cela que tous ces outils qu'on a à notre disposition d'évaluation de la douleur il faut qu'on les applique plus plus plus, pour avoir une bonne intervention, à bon escient sur la douleur

Moi : Très bien.

Est ce que tu aurais quelque chose à rajouter par rapport à la thématique ?

IDE : Euuuh, non

Moi : Ok, ça marche. Bah du coup je te rappelle que l'entretien est enregistré et anonyme.

Merci à toi.

Annexe VII - Tableaux d'analyse des entretiens

❖ *Expérience professionnelle :*

Question 1 :

Présentation des participants	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none"> - « Mme B. » - « moi j'ai eu mon diplôme en 93 » - « arrivée en 98 sur Rennes, j'ai fait pas mal de services entre 98 et 2000, puis j'ai posé mes bagages en vasculaire en 2000 » - « j'ai passé un D.U sur la prise en charge de la douleur en 2013 » - « formation complémentaire telle que l'hypnose » - « j'ai cheminée vers mon D.U en hypnose thérapeutique , en 2016-2017 » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Mr R. » - « J'ai 29 ans ... » - « Je suis infirmier depuis 2 ans » - « J'exerce depuis 2 ans, dans un service de cardiologie, neurologie, avec une STROC « unité de surveillance cérébrale » ».

❖ *Douleurs induites :*

Question 1 :

Définition de douleur induites / Représentations soignantes	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none"> - « c'est la douleur que l'on induit dans un soin : une prise de sang, une perfusion, un pansement complexe » - « on induit les douleurs par nos gestes, et par nos mots » - « les peurs peuvent induire les douleurs » - « la douleur du présent ne représente que 1/3 de la douleur totale, elle est majorée de 1/3 par la douleur mémorisée et 1/3 par la douleur anticipée » 	<ul style="list-style-type: none"> - « une douleur qui pourrait apparaître suite à une thérapeutique, une opération chirurgicale, voilà ce que cela m'évoque »

Question 2 :

Actions à mettre en place, lors d'un soins douloureux	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none"> - « communication et l'hypnose thérapeutique » - « tous les traitements antalgiques, en post opératoire les anesthésistes revoient tout ce qui est traitements antalgiques » - « évaluer la douleur et la tracer » - « ateliers de communication thérapeutique, la musicothérapie et l'aromathérapie » 	<ul style="list-style-type: none"> - « une surveillance que ce soit de la douleur en direct avec le patient, ou l'algo plus pour ceux qui ne peuvent communiquer - « de la surveillance primaire »

Question 3 :

Appréhension aux soins douloureux	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none"> - « plus maintenant ... » - « je m'intéresse énormément à la personne, du faite que je suis là depuis 20 ans sûrement, je connais bien la spécialité, les pansements, du coup je suis plus à l'aise et je m'autorise à aller vers le patient » 	<ul style="list-style-type: none"> - « oui appréhender dans le sens, où il faut prévoir ton soin, en prévoyant une thérapeutique à mettre en place avant de le réaliser »

❖ *Émotions :*

Question 1 :

Emotions	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none"> - « dégoût non » - « se serait plus la tristesse, parce que t'as pas envie, ça te rend triste qu'ils aient des douleurs quoi » - « Surprise non, je me dis que c'est leur représentation » 	<ul style="list-style-type: none"> - « La peur » - « la douleur c'est tout de suite un aspect négatif dans le soin, que le patient appréhende vachement » - « L'organisation autour du soin, la bienveillance, l'explication et la communication va primer et atténuer ces émotions » - « par la même occasion diminuer toute l'appréhension et la douleur en elle même »

Question 2 :

Les sentiments	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none">- « plus maintenant parce que je suis tellement dans le relationnel, avec la communication thérapeutique et l'hypnose : c'est être avec ton patient et dans la relation »- « Il y a des situations qui te rendent triste, c'est dur à voir, et tu as le droit d'être ému »	<ul style="list-style-type: none">- Cette question n'a pas été posée lors de l'entretien.

Question 3 :

Gestion des émotions	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none">- « on en a discuté avec mes collègues »- « on est dans l'empathie, on reste humain, à l'école on nous disait de prendre du recul, mais tu ne peux pas tout le temps »- « Tu apprends à te forger une carapace »- « mais n'empêche que des fois tu es humain et tu as le droit c'est légitime, d'être triste, sinon tu fais des cauchemars »	<ul style="list-style-type: none">- « c'est surtout, les explications au patient, la communication, essayer de faire en sorte qu'il puisse s'exprimer, qu'il verbalise »- « c'est la communication qui prime, après cela peut passer par l'humour »- « Le lien avec le patient, c'est là où il faut qu'il soit établi, serein et sain et qui rassure le patient »

Question 4 :

Les mécanismes de défense	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none">- « moi je fuis pas, la fuite non »- « Mécanismes de défenses non, peut être au début de ma carrière »	<ul style="list-style-type: none">- « c'est un mécanismes dans le sens où tu dois pondre un argumentaire pour motiver le patient et faire appel à sa résilience »- « motiver le patient, lui dire qu'il faut le réaliser, va falloir mordre un peu sur sa chique et le finir envers et contre tous, c'est beaucoup le mental du patient auquel tu fais appel »

Question 5 :

Conseil à un nouveau collègue ou jeune diplômé	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none"> - « il faut en parler, avec les collègues, la cadre, les médecins ... on peut en parler facilement » - « Il y a que comme cela que tu vis mieux les émotions » - « Après avec le patient, on a le droit d'être vrai avec eux, de dire que tu es touché, de faire des transferts sur ta propre histoire » - « Tant que tu restes dans le respect de la personne et humble » 	<ul style="list-style-type: none"> - « donné le change au patient, lui faire comprendre qu'on est réellement là à son écoute et attentif à sa douleur » - « il n'y a pas plus déstabilisant que d'avoir quelqu'un en face de toi qui ne peut entendre le faite que tu es mal, c'est quelque chose d'intime » - « On a tout un panel de procédures pour évaluer la douleur et agir, avec l'équipe pluridisciplinaire » - « Être à l'écoute réellement des patients »

❖ *Distance professionnelle :*

Question 1 :

Définition de la distance professionnelle	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none"> - « rester tout le temps dans le respect de la personne, dans l'empathie mais après tu as des patients tu les connais tellement que tu peux faire de l'humour » - « Rester dans ton rôle de soignant » - « tout en validant le mal être des patients » 	<ul style="list-style-type: none"> - « fait appel à l'ensemble de nos connaissances sur la douleur par exemple, pour pouvoir être toujours dans notre rôle de soignant, de guide » - « pouvoir donner une ligne directive au patient dans le cadre de sa prise en charge » - « permet de marquer le statut, et que le patient puisse se dire qu'il a une ligne qu'il puisse suivre »

Question 2 :

« Juste » distance professionnelle	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none">- « c'est rester dans son rôle d'infirmier »- « dans ce respect de la personne et ne pas forcer un patient à faire un soin »- « faire tout ce que je peux faire pour qu'il soit le plus confortable »	<ul style="list-style-type: none">- Dit avec la question juste ci-dessus.

Question 3:

Question de départ : Quel impact ont les douleurs induites, sur les émotions et la juste distance professionnelle, selon vous ?	
Entretien n°1	Entretien n°2
<ul style="list-style-type: none">- « L'impact est une certaine frustration de ne pas réussir à gérer justement la douleur »- « je pense frustration et impuissance »- « dans les émotions vu que tu es dans l'empathie, tu ressens et tu es triste »	<ul style="list-style-type: none">- « un effet ressort, c'est à dire que c'est un jeu qui doit être remis à la bonne évaluation du soignant »- « avoir une bonne intervention, à bon escient sur la douleur »



HENRY Alexandre

« La place des émotions et de la distance professionnelle, dans les soins douloureux ».

RÉSUMÉ,

Après deux situations complexes au cours de ma formation, concernant les soins douloureux, je me suis orienté vers le sujet suivant : l'impact des douleurs induites sur les émotions et la distance professionnelle de l'infirmier. Quel soignant n'a jamais été confronté à une situation de soins complexes liés aux douleurs induites, où les émotions et la juste distance professionnelle ont été soumises à rude épreuve ?

Pour enrichir mon cadre théorique, un entretien semi directif a été réalisé auprès de deux professionnels de santé au moyen d'un guide d'entretien qui a été retranscrit et analysé.

A travers cette analyse, j'ai pu comprendre que l'impact des douleurs induites, nécessite une bonne gestion des émotions par l'infirmier pour maintenir une distance professionnelle adaptée et contribuer à la relation de soin auprès du patient. Cette gestion se met en place, grâce à de nombreux facteurs, l'expérience, la force de caractère de l'infirmier mais aussi par des outils pouvant l'accompagner.

Voilà pourquoi ma question de recherche est la suivante : « En quoi, les outils permettant la gestion des émotions de l'infirmier, aide à préserver la relation de soin auprès du patient ? »

Mots clés : Émotions, Douleurs induites, Distance professionnelle, Relation de soin, Soins Infirmiers

ABSTRACT,

After two complicated situations during my training, concerning painful care, I turned to the following topic: the impact of induced pain on the emotions and the professional distance of nurses. Which caregiver has never been confronted with a complex care situation related to induced pain, where the balance of emotions and reasonable professional distance have been put to the test?

To enrich my theoretical framework, a semi-direct interview was conducted with two health professionals, using an interview guide that was transcribed and analyzed.

Through this analysis I was able to understand that the impact of induced pain, requires good management of emotions by the nurse to maintain an adapted professional distance and contribute to the relationship of care with the patient. This management is established, thanks to many factors, not only the experience and strength of character of the nurse, but also by using tools that can accompany him

Therefore, my research question is: "How do the tools for managing the nurse's emotions help preserve the relationship of care to the patient?"

Keywords : Emotions, Induced pain, Professional distance, Care relationship, Nursing care