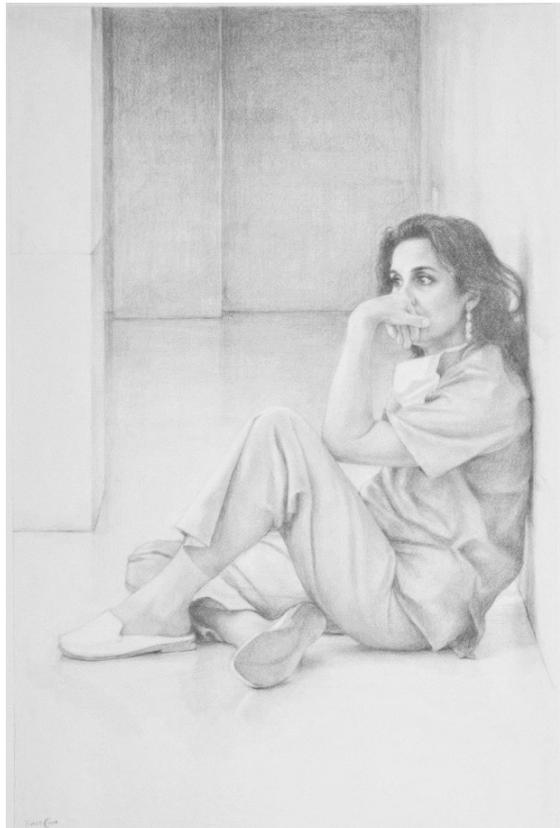




Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

**L'impuissance face à la douleur.
La douleur de l'impuissance.**



Cirujana en el pastillo de quirófano - Enma Cano

LORY Floriane
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 de. Infirmier

Travaux de fin d'études :

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers
L'impuissance face à la douleur. La douleur de l'impuissance.

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 ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du MIRSI

L'impuissance face à la douleur. La douleur de l'impuissance.

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de.....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...11/05/2020.....

Signature de l'étudiant :

LORY Floriane

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.

Sommaire

I. Introduction et cheminement vers la question de départ.....	1
1. Situation d'appel.....	1
2. Cheminement.....	2
II. Cadre conceptuel.....	3
1. Le prendre soin, une histoire qui se perpétue.....	3
1.1. Comment est née la profession infirmière ?.....	3
1.2. Quelle image a-t-elle aujourd'hui ?.....	4
1.3. La philosophie du prendre soin.....	5
1.4. Care et Cure, une identité infirmière.....	5
2. La personne douloureuse, une situation complexe.....	6
2.1. Douleur : de quoi parle-t-on ?.....	6
2.2. Gestion de la douleur.....	7
i. Médicamenteuse.....	7
ii. Non médicamenteuse.....	8
2.3. Souffrance ou douleur ? La Total Pain.....	9
2.4. Les missions confiées à l'infirmière.....	9
3. Un sentiment d'impuissance qui existe.....	10
3.1. Le savoir et la puissance de la médecine.....	10
3.2. L'impuissance et la perte des illusions.....	11
3.3. Un sentiment qui dérange.....	12
3.4. Les mécanismes de défense.....	13
III. Dispositif méthodologique du recueil de données.....	14
1. Choix de l'outil.....	14
2. Profil des interlocuteurs.....	15
3. Modalités des entretiens.....	15
4. Objectifs des entretiens.....	15
5. Limites du dispositif.....	16
IV. Analyse descriptive et interprétative des entretiens.....	16
1. Définir le prendre soin.....	16
2. Définir le rôle infirmier dans le prendre soin.....	17
3. Identifier la place de la douleur dans le prendre soin.....	17
4. Identifier les différentes stratégies thérapeutiques contre la douleur.....	18
5. Identifier le comportement et le ressenti de l'infirmière.....	19
6. Identifier les conséquences de la difficulté à soulager le patient.....	20
V. Discussion.....	21
1. L'infirmière et le prendre soin sont indissociables.....	21
2. La complexité de la douleur.....	22
3. Les émotions inhérentes à la douleur.....	22
4. Nouveau regard sur la situation d'appel.....	24
5. Vers une question de Recherche.....	25
VI. Conclusion.....	26
VII. Bibliographie.....	27
Sommaire des Annexes.....	29
	31

Remerciements

Je tiens à remercier Catherine Verdier, mon référent pédagogique, pour m'avoir accompagnée durant ces trois années de formation. Je me souviens encore de l'étudiante paniquée qui est venue frapper à votre bureau. Celle que j'étais avant mon premier stage. J'ai, depuis, bien grandi. Cela grâce à vous et votre bienveillance de tous les moments.

Je souhaite remercier également, Pascale Mancheron, qui m'a portée et encouragée tout au long de ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Vous avez su répondre à mes nombreuses questions. Excusez-moi de vous avoir inondée de mails dans les moments de doutes. Vous avez toujours réussi à trouver les paroles réconfortantes me permettant de poursuivre.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique qui m'a formée et préparée à exercer ce métier si beau. Ce travail de recherche compte beaucoup pour moi car il représente la fin de cette formation et le début d'une autre étape de ma vie.

Je termine par remercier mes camarades de promotion dont le soutien et l'amitié ont beaucoup de valeur pour moi. Et tout particulièrement mes amis qui m'ont entourée et qui m'ont permis de m'épanouir durant ces trois années. En espérant que, même si nous sommes éparpillés, nos chemins continueront de se croiser.

I. Introduction et cheminement vers la question de départ

«Ah voilà l'infirmière, elle va me soulager». Cette phrase, j'ai eu l'occasion de l'entendre à de nombreuses reprises. Elle est très flatteuse, elle donne de l'importance à notre métier aux yeux du patient. Mais que se passe-t-il lorsque l'infirmière n'arrive pas à soulager le patient ?

Au début de ma formation, j'avais des représentations idéalisées du métier d'infirmière. Je pensais pouvoir soulager les patients, leur apporter du confort, du réconfort, du bien-être. Les guérir. Ces représentations se sont heurtées à la réalité de l'exercice professionnel. Ma vision idéalisée du métier d'infirmière s'est écroulée lors de mon stage en pneumologie. Je me suis sentie démunie, impuissante, et vulnérable face à un patient douloureux que l'équipe ne parvenait pas à soulager. Que je ne parvenais pas à soulager. Cela a modifié ma façon de prendre soin de mon patient. J'en ai ressenti de la culpabilité. Avec du recul sur cette situation, je souhaite travailler ce thème pour grandir, éclairer mes questionnements, et améliorer ma posture professionnelle, car dans mon exercice professionnel j'y serai à nouveau confrontée. Je trouve cette thématique universelle, quel soignant ne s'est pas senti impuissant face à la douleur, le handicap, la maladie incurable, la mort...?

1. Situation d'appel

Je vais commencer par vous raconter cette prise en soins qui m'a déstabilisée durant mon stage de troisième semestre en service de Médecine Pneumologie. Une prise en soins sur la totalité des dix semaines de ce stage.

Le patient, Mr K est atteint d'un cancer bronchique avec des métastases osseuses. C'est un patient très douloureux, en soins palliatifs, que l'équipe me confie car étant étudiante «j'avais plus de temps pour prendre soin de lui». De par sa douleur persistante, il est très demandeur d'attention. Pour soulager cette douleur, Mr K bénéficie d'antalgiques par voie intra-veineuse. L'administration des antalgiques est rendue difficile par la fragilité de la voie veineuse : le capital de ce patient, au fil des jours, se fragilise et se détériore. Par ailleurs, Mr K, dans des moments de confusion, parvient à arracher ses perfusions. Je me retrouve alors dans un cycle où la douleur du patient est non soulagée, la voie veineuse est précaire, nous devons poser une nouvelle voie, lui provoquant de la douleur et de l'inconfort... L'équipe a envisagé des thérapeutiques alternatives : modification de paliers, approches différentes. Rien n'y fait, la plainte du patient persiste et sa douleur perdure malgré nos efforts.

J'ai décidé d'extraire deux moments de cette prise en soins. Deux moments où je me suis sentie tellement démunie que j'ai développé des stratégies inadaptées qui m'ont questionnées. Notamment parce qu'elles heurtaient mon système de valeurs, parce qu'elles

ne me ressemblaient pas et surtout parce qu'elles avaient impacté la qualité de mon prendre soin auprès de ce patient.

Lors d'une matinée, après avoir installé le patient aussi confortablement que possible, l'avoir perfusé seule et vu les antalgiques bien passer, je quitte la chambre avec le sentiment d'avoir fait un soin de qualité et d'avoir tout mis en œuvre pour soulager sa douleur. Je ressens un fier sentiment de réussite. Mais tout juste sortie de la chambre, le patient sonne. Je sens monter en moi un double sentiment : une appréhension mêlée d'un agacement. Je retourne le voir. Quand j'ouvre la porte, je constate que la perfusion est de nouveau arrachée, du sang coule sur le sol et le patient se plaint à nouveau de douleurs. Je me sens complètement désarmée. J'ai le sentiment d'avoir échoué dans mon travail. J'ignore comment réagir, je referme la porte sans un mot et je vais chercher un collègue. Je me sens incapable d'entrer en relation avec le patient à ce moment-là. Je me surprends à fuir la situation en passant la main à un autre professionnel.

Un autre jour, je dois poser à nouveau un cathéter veineux court à ce patient. Il refuse catégoriquement et me supplie de ne pas recommencer : il a trop mal. Je suis perdue face à sa détresse, il commence à s'agiter, je sens la panique qui me gagne. Je n'ai pas les clefs en main pour le convaincre. Sans réfléchir, je lui dis des paroles rassurantes pour le calmer et je réalise que ce sont des mensonges : «Ça va aller Mr K, ça sera différent cette fois, cela vous soulagera», «Ces traitements, vous en avez besoin, vous n'aurez plus mal après», «Vous pourrez bientôt rentrer chez vous quand la douleur sera passée», «C'est la dernière fois qu'on vous pique, c'est promis». Il finit par accepter, mais je culpabilise de lui avoir menti, donné de faux espoirs et de l'avoir manipulé pour réussir à poser la perfusion pour le soulager. J'avais réussi à construire une relation soignant-soigné sur la base de la confiance et du respect, mais suite à ce moment, j'ai eu l'impression d'avoir une relation de pouvoir et d'influence, et le sentiment d'avoir trahi cette confiance...

2. Cheminement

Dans un premier temps, je me suis demandée pourquoi ne parvenons-nous pas à soulager sa douleur ? Pourquoi lors d'épisodes de confusion, le patient arrache-t-il la perfusion ? Je me suis questionnée sur l'intérêt de le reperfuser systématiquement si cela lui provoque plus de douleur. Puis sur le ressenti de l'équipe : la longueur de la prise en soins, dix semaines, impacte-t-elle la perception d'échec et d'impuissance de l'équipe ? J'ai réfléchi sur les soins palliatifs, me demandant comment l'équipe pouvait adapter le projet de soins selon la volonté du patient. En m'interrogeant sur les représentations et la vision idéalisée du métier infirmier, j'en suis venue à la question suivante : quel rôle jouent-elles sur l'émergence de ce sentiment d'impuissance ? Puis par rapport à ma réaction : dans quelle mesure les mécanismes de défense de l'infirmière face à un patient douloureux, non soulagé malgré les traitements mis en œuvre, peuvent-ils impacter la relation avec ce dernier ? J'ai fini par me

questionner sur pourquoi la douleur d'un patient peut déstabiliser les soignants ? Qu'est ce qui déclenche l'émergence de ce sentiment d'impuissance dans un tel contexte ? La douleur du patient en est-elle responsable ? Et comment gérer l'impuissance des soignants face à un patient douloureux non soulagé ?

Pour en venir à ma question de départ :

Dans quelle mesure le sentiment d'impuissance ressenti par l'infirmière face à un patient douloureux peut impacter son prendre soin ?

Ma recherche est basée sur l'impact du sentiment d'impuissance du soignant sur son exercice professionnel et sur sa capacité à prendre soin. Le plan s'articule autour d'un cadre conceptuel ; puis la méthodologie des entretiens passés avec des professionnels ; l'analyse de ces entretiens ; et enfin une discussion.

II. Cadre conceptuel

Pour débiter ce travail, je me suis penchée sur ce que les auteurs disent à propos de mon sujet afin d'avoir un éclairage théorique. Le cadre théorique aborde trois concepts en rapport avec ma question de départ : le prendre soin, la douleur et le sentiment d'impuissance.

1. Le prendre soin, une histoire qui se perpétue

Pour entamer cette recherche je souhaite revenir sur cette vision idéalisée du métier que j'avais et qui, en confrontation à cette situation, a impacté mes valeurs soignantes et le prendre soin de mon patient.

1.1. Comment est née la profession infirmière ?

Pour comprendre cette image qu'ont les infirmières aujourd'hui il faut regarder comment notre profession a évolué.

Tout d'abord le terme *infirmier* est apparu en 1398, selon Duboys Fresney (2017, p. 9), dérivé de l'adjectif *infirm*, signifiant une personne faible, qui manque de force, qui est atteint d'infirmité, impotent, invalide et mutilé (Le petit Robert). Le mot infirmier se féminise dans le langage populaire avec les ordres religieux féminins. D'après les travaux de Knibiehler (2008), professeur d'histoire, en collaboration avec Hess, infirmière depuis 1980, on peut discerner trois périodes dans la professionnalisation de l'activité infirmière.

La première commence dans les années 1880 et s'achève avec les années 1920. «Au milieu du XIXe siècle, la suprématie religieuse est remise en question. Les découvertes de Pasteur impliquent de nouveaux gestes d'hygiène et de stérilisation, refusés par les

religieuses» (2008, p.9). De ce fait on tend «à laïciser une activité jusque-là réservée aux religieuses ; puis la Première Guerre Mondiale donne aux femmes soignantes l'occasion de mériter l'estime et la reconnaissance de tous : de grandes pionnières sont alors en mesure de mettre en place un diplôme d'Etat, des écoles, des associations» (2008, p.9). Notamment Florence Nightingale, Virginia Henderson et de nombreuses théoriciennes, citées par Duboys Fresney (2017), qui ont contribué à l'avancée pour le soin infirmier. Calbéra résume, «la laïcisation des soins scelle l'acte de naissance de la profession infirmière» (2003, p.55).

La deuxième période s'étire des années 1920 aux années 1960. A cette période, selon Calbéra (2003), la profession stagne car les religieuses exercent encore une forte influence et elles côtoient les soignantes formées par l'école publique et les bourgeoises de la Croix-Rouge. Mais elles ne s'acceptent pas.

Knibiehler situe la troisième période à partir des années 1960. «Dans le mouvement général de mai 68, les infirmières prennent conscience qu'elles sont une profession comme les autres et commencent à se libérer de (...) : l'obéissance, la soumission, la charité et le dévouement de la religieuse» (2008, p.9). Calbéra (2003) soulève que les infirmières ne sont plus au service du médecin mais qu'ils travaillent en collaboration. D'après Duboys Fresney, c'est la loi du 31 mai 1978 qui marque un virage radical pour l'exercice des infirmières. En effet, elle introduit «un rôle propre infirmier conférant à ce professionnel une autonomie dans l'exercice» (2017, p.73).

1.2. Quelle image a-t-elle aujourd'hui ?

Aujourd'hui, l'infirmière a une certaine image pour les français, grâce à cet historique. Elle a hérité, selon Calbéra, de l'image présentée par les médecins dans les années 1920 : «des filles du peuple intelligentes, instruites, de préférence mariées et mères de famille» (2003, p.55) car pour prendre soin des patients il faut un instinct maternel. L'Union des femmes françaises, à cette même époque dit que «le rôle de l'infirmière est de servir le malade en veillant constamment sur lui et tout ce qui l'entoure, et principalement en secondant assidûment et docilement le médecin» (cité par Calbéra, 2003, p.55).

Suite à une étude menée par la Mutuelle Nationale des Hospitaliers à l'occasion de la Journée internationale de l'infirmière, 12 mai 2015, plus de 90% de la population française a une opinion très gratifiante des infirmiers. Selon cette même étude, les infirmiers ne sont parés que de qualités : des professionnels «compétents», «courageux» et «sympathiques» (88%). Mais ils sont également considérés comme «débordés» (89%), et «pas suffisamment reconnus» (82%) (Sliman, 2015).

L'infirmière a gardé aujourd'hui une image de la soignante dévouée mue par des valeurs de solidarité et d'altruisme, fiable et toujours disponible et apportant du bien-être par sa gentillesse. Elle fait le lien entre les patients et les médecins. Bien qu'elle ne porte plus le voile, mais au travers de sa blouse blanche, elle porte encore l'image de la religieuse avec

une mission sacrée. La plus fondamentale étant de prendre soin des patients qui lui sont confiés (Hesbeen, 1997). Qu'est-ce, donc, que ce prendre soin ?

1.3. La philosophie du prendre soin

La profession infirmière est très imprégnée de valeurs humanistes et soignantes : telles que prendre soin d'autrui. Walter Hesbeen définit ce concept par «porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé» (1999, p.8). Mais ce n'est pas que cela. Il dit également que «prendre soin, c'est aussi être attentif à la famille, à l'entourage de la personne malade... Pour la simple raison que le comportement de la famille influe sur le cheminement de la personne malade» (cité par Paillard, 2015, p.382). Nadot élargie en expliquant qu'il faut prendre soin du patient, de l'entourage et également de l'environnement du soin «avec ses aspects socio-économiques, logistiques et domestiques» (cité par Paillard, 2015, p.382)

Pour prendre soin il faut «oser penser le soin» comme le dit Fleury (cité par Ruby, 2019). Ce que l'auteur veut dire c'est que les soignants ne sont pas juste des techniciens mais qu'ils connaissent leurs patients, leurs familles, et qu'il doivent toujours agir pour leur bien-être en tenant compte des caractéristiques de la personne, remettre en question la prise en soins et rechercher consentement et participation aux soins.

Si on se recentre sur le patient, prendre soin de lui, d'après Fleury, passe par le fait qu'il est un sujet, une personne dans toutes ses dimensions : Physique, Psychique, Sociale etc ; et non un corps objet qu'il faut soigner. Le soin pour le patient passe avant tout par «le soin de soi, le soin de l'humain, le soin de l'existence» (Ruby, 2019). Fleury insiste sur le soin à la personne et non le soin au corps. «Si le soin est central pour le sujet, le sujet est également central pour le soin» (cité par Ruby, 2019). C'est aussi ce que Winnicott démontre avec sa philosophie du care et du cure.

1.4. Care et Cure, une identité infirmière

Poisson (2015, p.28) précise que «prendre soin» appartient aux infirmiers «qui soignent le malade», le *care*, à l'opposé des médecins qui «traitent la maladie», le *cure*. La profession infirmière a revendiqué ce *care* comme son étendard. D'après Poisson (2015), les infirmières ont fait du *care* leur identité, au détriment des médecins, à qui il ne reste que le *cure*.

En effet, de nos jours, «l'évolution de la pratique médicale, le traitement dans sa gestion technique et son efficacité (*cure*) l'emportent sur le soin (*care*) que le soignant prend du malade et sur l'attention qu'il lui porte, que ces derniers finissent par être oubliés» (Lehmann, 2005, p.51). Ce que Lehmann dit au travers de cette citation, c'est

qu'aujourd'hui la médecine se concentre davantage sur traiter et soigner une pathologie de façon curative, plutôt que sur le soin à la personne, pour la personne, dans sa dimension relationnelle et affective de l'attention portée à autrui. A tel point que d'après Collière, le *care* prodigué par les infirmiers peut passer inaperçu face au geste curatif du médecin (cité par Morvillers, 2015).

C'est la préoccupation de Winnicott, il veut faire prendre conscience aux soignants qu'il faut ramener le *cure* du côté du *care* (Lehmann, 2005). Selon Winnicott les soignants «ne doivent jamais oublier que toute écoute, toute parole, tout silence, tout geste, tout acte, aussi technique qu'il puisse être, doit toujours s'inscrire dans un processus gouverné par le *care*, l'attention à l'autre, le prendre soin de la personne» (cité par Lehmann, 2005, p.54). De plus il démontre que le *care*, n'appartient pas qu'aux infirmières mais à tous les soignants, telle est la philosophie du prendre soin.

Jusqu'à présent nous avons pu voir que l'infirmière est très valorisée par les patients, elle prend soin d'eux, s'occupe de leur confort, de leur bien-être et leur prodigue des soins dans l'optique de soulager les souffrances. Cependant face à un patient douloureux, le prendre soin peut être mis à mal.

2. La personne douloureuse, une situation complexe

En effet, dans la situation que j'ai rencontrée, les soignants n'arrivaient pas à soulager la douleur du patient. Mais que se cache-t-il derrière la douleur ? Etait-ce seulement une douleur physique ?

2.1. Douleur : de quoi parle-t-on ?

L'International Association for the Study of Pain définit la douleur comme étant une «expérience subjective et désagréable, sensorielle et émotionnelle associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage» (cité par Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019).

Par ailleurs, la douleur possède quatre composantes qui sont plus ou moins liées. En se basant sur le Modèle de Loeser (cité par Marchand, 1998), nous avons, tout d'abord, la composante sensorielle, ou nociceptive, qui se rapporte à l'activation des fibres responsables de la conduction du message nerveux de la douleur. Puis, vient la composante cognitive, ou sensori-discriminative, signifiant que «même sans stimulation nociceptive, il peut y avoir perception de la douleur» (p.21), la personne comprend la sensation et l'associe à la douleur. Ensuite c'est la composante émotionnelle, ou motivo-affective, où «au souvenir d'une situation pénible, une personne ressent de la souffrance» (p.21), elle continue de ressentir la douleur. Et enfin, la composante comportementale, qui fait réagir physiquement

la personne pour que la douleur s'arrête. Si on résume : la nociception enregistre un message douloureux ; le cognitif interprète ce message (ex : douleur à type de brûlure) ; la motivo-affective mémorise cette sensation ; et la comportementale est la réaction du corps face à cette douleur.

Selon le dictionnaire des concepts en sciences infirmières (Formarier, Jovic, 2012, p. 159), il existe trois types de douleur. Tout d'abord, «la douleur aiguë de courte durée, telle que la douleur post-opératoire, la douleur post-traumatique ou la douleur provoquée par certains soins». Puis, «la douleur chronique rebelle comme les lombalgies et les céphalées chroniques, celle liée au cancer ou les douleurs neuropathiques en général». Et enfin, «la douleur d'origine psychologique».

Face à cette complexité qu'est la douleur, il est du rôle de l'infirmière d'identifier le type de douleur du patient en prenant en compte les quatre composantes afin de mieux la soulager.

2.2. Gestion de la douleur

Pour la soulager, il y a deux approches thérapeutiques : médicamenteuse et non médicamenteuse. C'est à l'équipe soignante de personnaliser la prise en charge en fonction du patient.

i. Médicamenteuse

Il faut savoir que l'approche pharmacologique est utilisée depuis l'Antiquité, par «des essences tirées de plantes ou de champignons qui soulagent la douleur» (Marchand, 1998). Depuis, le traitement de la douleur est devenu commun.

Brasseur (1999) explique que nous possédons un large éventail de médicaments exerçant un effet antalgique, encore utilisés aujourd'hui.

Certains directement, les antalgiques, classés en trois paliers selon l'intensité. Les morphiniques, antalgiques de palier III, sont les plus puissants, mais à utiliser en conscience qu'ils peuvent entraîner une accoutumance et qu'ils ont des effets secondaires importants.

D'autres indirectement : tels que les «médicaments "adjuvants" n'ayant pas d'effets antalgique propre, mais pouvant, dans certaines circonstances, atténuer la douleur» (p.81) ; ou bien les «médicaments jouant sur les processus pathologiques de la maladie» (p.81) ; l'auteur donne en exemple les traitements de fond des rhumatismes inflammatoires, qui en agissant sur l'inflammation, réduisent la douleur associée.

En outre, Marchand (1998) propose quatre catégories de substances pharmacologiques contrôlant la douleur. La première, «les analgésiques, qui agissent directement sur l'origine centrale ou périphérique de la douleur ou sur les mécanismes générateurs de la douleur» (p.154). La seconde, les psychotropes, agissant sur la

composante émotionnelle ou sensorielle. La troisième, «les médicaments à action spécifique, comme les anticonvulsivants dans le cas de certaines douleurs à caractéristiques fulgurantes» (p.154). Et la quatrième, les adjuvants tels que cités par Brasseur.

Il est également possible d'avoir recours à l'anesthésie, «utile pour soulager la douleur pendant les interventions chirurgicales» (Marchand, 1998, p.154). Ou alors à l'effet placebo, surtout en cas de douleurs chroniques. Le principe est basé sur l'administration de traitement théoriquement sans effets et qui pourtant produisent une amélioration. Marchand explique que l'effet placebo est possible à une condition «que le praticien et le patient croient en l'efficacité du traitement» (1998, p.161).

Face à tant de possibilités, «le choix du médicament se fera en fonction de l'origine de la douleur, de sa gravité et de sa durée» (Marchand, 1998, p.153).

ii. Non médicamenteuse

En parallèle, il existe tout autant de méthodes non médicamenteuses pour traiter la douleur. Parmi celles-ci, je développerai uniquement celles utilisées par les infirmiers.

Tout d'abord, il est possible de réaliser des exercices de relaxation. Brasseur et Marchand sont tous deux d'accord pour dire que la relaxation permet de relâcher les tensions musculaires et détendre l'esprit. Cela contribue à diminuer les sensations douloureuses. Selon Marchand (1998), elle permet surtout d'atténuer certains agents stressants susceptibles d'être à l'origine de la douleur. Dans la même dynamique, Brasseur (1999), recommande de réaliser des massages avec un toucher réconfortant afin d'apaiser la personne.

Ensuite, les auteurs proposent l'hypnose. Bien que certaines personnes soient réticentes à l'hypnose, de par l'état de vulnérabilité dans lequel elles sont plongées, cette méthode est souvent utilisée par divers praticiens (Brasseur, 1999). «L'analgésie hypnotique», comme l'appelle Marchand (1998, p.201), peut endormir la douleur, par exemple, d'un brûlé le temps de la réfection des pansements.

Enfin, Brasseur précise que des pratiques quotidiennes de mobilisation permettent de réduire la douleur. En jouant sur les différentes postures du corps, la mobilisation passive ou active réduisent les contractures et les raidissements articulaires. Et les techniques de massage «ont un effet antalgique par action mécanique» (Brasseur, 1999, p.68). De plus, appliquer de la chaleur ou du froid a «un effet sur la vascularisation locale et les douleurs» (Brasseur, 1999, p.69) en engourdissant la sensation sur une douleur localisée.

Les soignants possèdent donc une multitude d'approches pour soulager la douleur. Marchand avance que «les meilleurs traitements sont généralement multidisciplinaires, ce qui permet au patient de recevoir les traitements les plus adaptés à son problème» (1998, p.205). Cependant, nous l'avons vu avant, la douleur est complexe et ces différentes approches ne suffisent pas, parfois, à apaiser les souffrances.

2.3. Souffrance ou douleur ? La Total Pain

Selon Gilloots, «la douleur est une expérience humaine difficile, aux conséquences souvent importantes sur le psychisme et sur les capacités relationnelles de la personne» (2006, p.31). Si on reprend la définition de la douleur, le dictionnaire Larousse propose deux nuances. D'une part, c'est une «sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps». On peut y voir une douleur physique, corporelle. D'autre part, c'est une «sensation pénible, affliction, souffrance morale ; chagrin, peine». Ici on comprend davantage une douleur psychique. La frontière est mince entre la douleur et la souffrance.

Devant ce constat, Saunders révèle la notion de «Total Pain» ou «souffrance globale». Elle met en lien les différentes dynamiques autour du patient avec la douleur (Lamau, 2014). «Le ressenti de la douleur physique, (...) conduit parfois à une grande détresse mentale.» Ainsi, l'infirmière, par sa simple présence, son écoute envers le patient, l'attention qu'elle lui porte, peut apaiser la douleur physique. «Inversement toute détresse physique risque d'aggraver la souffrance mentale alors que le médecin, en s'attaquant à la première arrive quelquefois à soulager la seconde.» (Lamau, 2014, p.66-67).

Saunders définit donc la Total Pain par «la souffrance de manière globale : la souffrance physique (douleurs et inconforts), la souffrance sociale et familiale, la souffrance psychologique et la souffrance spirituelle» (citée par Lamau, 2014, p.66). C'est là qu'est toute la complexité. Apaiser les souffrances est bien plus difficile «et sans doute plus éprouvant, que de soulager les douleurs physiques» (Lamau, 2014, p.67). Il s'agit donc d'une épreuve pour les soignants...

Dans ces définitions proposées on relève la notion de pénibilité. La douleur est pénible à endurer, d'où la nécessité de la soulager. Et d'après Saunders, l'infirmière doit «veiller» à soulager les souffrances du patient en tenant compte de tous ces paramètres (Lamau, 2014). On prend alors mesure de la responsabilité de l'infirmière...

2.4. Les missions confiées à l'infirmière

Il semble que l'infirmière soit importante dans ce processus qu'est la douleur. Elle a pour mission de soulager. C'est un lourd poids sur ses seules épaules. Si on reprend les représentations sociales du métier, dont nous avons parlé bien avant, l'infirmière «veille constamment» sur le patient et ce qui l'entoure. Ce même terme utilisé par Saunders. Veiller signifiant selon le Larousse : «porter ses soins attentifs sur quelqu'un pour le protéger». Sont mises en valeur : l'attention que porte l'infirmière et la volonté de protéger. On retourne un peu vers l'image de la religieuse prodiguant des soins, cette volonté divine de la santé.

En outre, si on se réfère au Code de la Santé Publique et à la Loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, «Toute

personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée». De plus, selon le Code de déontologie des infirmiers de 2016, «En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement». Et enfin, «L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur». (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). L'infirmière «s'efforce» et a «le devoir» de soulager le patient «en toutes circonstances». Dans ces textes législatifs, l'emploi de ces mots met une certaine pression sur l'infirmière. Il semble qu'elle n'a pas le choix, elle doit agir. Et il y a peu de place à l'erreur et à l'échec. Or, parfois elle n'arrive pas à accomplir ce devoir devant cette douleur et sa mission s'annonce alors complexe, pénible et éprouvante.

Pour l'instant, nous pouvons retenir que la douleur est plus large que la dimension corporelle et que l'infirmière doit écouter, évaluer, traiter et réévaluer cette souffrance. C'est en réalité le coeur de son travail. Cependant, Lamau rapporte que «la complexité du vécu douloureux de certains patients peut conduire l'équipe soignante à se sentir impuissante à les aider» (2014, p.67).

3. Un sentiment d'impuissance qui existe

Et en effet, dans la situation d'appel, l'équipe s'est sentie impuissante. Dans l'image culturelle, selon Calbéra (2003), la médecine est synonyme de savoir et de pouvoir. Mais en étant confronté à de telles situations, ressentir de l'impuissance est tout à fait normal.

3.1. Le savoir et la puissance de la médecine

André définit la puissance par : «la capacité à agir, à peser sur le réel, à modifier ce qui nous entoure ou parfois ce qui est en nous». Quand à l'impuissance, elle «nous fait vivre et éprouver l'inverse : sentir à tort ou à raison que nous ne pouvons rien faire, rien changer, autour de nous ou en nous» (France Culture, 2018).

Selon Vignerat, «La société a conféré pendant longtemps aux soignants une certaine puissance, un pouvoir sur l'être humain fragilisé par la maladie et ignorant (...), le rendant totalement livré au corps médical, détenant la science» (2014, p.1). Aujourd'hui, Phaneuf (2012) explique qu'avec les progrès de la médecine, la «toute puissance» des soignants est évidente, une force sur la vie, repoussant toutes les limites des souffrances. «Les hôpitaux se transforment, de hauts lieux de miséricorde en hauts lieux de technicité, d'espoir, de guérison» (Vignerat, 2014, p.1).

Les différents auteurs traduisent ce pouvoir par l'image «du patient allongé dans un lit, les soignants se mobilisant autour de celui-ci» (Delieutraz, 2012, p.150). On voit bien la supériorité et l'autorité du soignant qui font poids contre le patient vulnérable. Cependant, «cette dérive de «toute puissance» peut conduire le soignant au Syndrome du Zorro, fantasme de toute puissance thérapeutique voulant sauver l'humanité en souffrance.» (Vigneras, 2014, p.1). Delieutraz (2012) précise que le soignant qui se voit comme le sauveur peut être amené à avoir trop confiance, cela pouvant nuire au patient. On comprend, au travers de ces deux auteurs, que le soignant dans son illusion de puissance peut prendre des risques pour le patient et engager sa responsabilité.

Le soignant est alors confronté à une prise en soins où la «volonté de soigner se heurte à une impossibilité d'aller plus loin dans le soin tel qu'on l'entend» (Delieutraz, 2012, p.151). Face à la réalité du soin, il perd ses espoirs et se retrouve en situation d'échec.

3.2. L'impuissance et la perte des illusions

«Au début de sa carrière, la jeune infirmière est pleine d'enthousiasme. Elle voit dans la maladie un ennemi à vaincre, et dans son rôle un moyen de le combattre» (Phaneuf, 2012, p.3). D'après Phaneuf, elle est remplie d'espoir et son idéal de soins l'amène à donner beaucoup de sa personne pour soulager les patients. «Mais avec le temps, viennent la désillusion, les difficultés du travail en équipe, les responsabilités écrasantes, le contact quotidien avec la douleur et la mort, (... la charge de travail...) et la non reconnaissance de son travail» (Phaneuf, 2012, p.3). Delieutraz exprime la même pensée et ajoute qu'il «peut être parfois difficile de se défaire de son cortège de fantasmes et d'illusions lorsque ceux-ci nous ont accompagnés au début de notre parcours professionnel» (2012, p.160).

En effet, face à certaines situations de soins «lorsque la technicité et les principes de soins échouent, la soignante se trouve elle-aussi en échec» (Phaneuf, 2012, p.2). L'auteur dit que c'est là qu'un sentiment d'impuissance émerge, entre l'idéal de soins et la dureté de la réalité. Delieutraz nous questionne : «Quel soignant ne s'est jamais senti frustré lors d'une prise en charge ? N'a jamais ressenti ce sentiment difficile de ne pas avancer avec un patient ? La frustration et l'impuissance (...) peuvent être déroutantes et venir parasiter notre soin» (2012, p.148).

De plus, «l'expérience de l'impuissance est forcément douloureuse car elle entrave notre désir d'aider les autres, et de rendre le monde plus juste» (André, France Culture, 2018). On retourne alors à cette idée «d'épreuve» pour l'infirmière. Vigneras (2014) soulève alors une certaine faiblesse des soignants, une faille dans leur image, une limite à leur pouvoir. Et cette image de faiblesse est impactée par la société, les représentations du métier et les attentes des patients. «Le regard du souffrant sur celui qui sait tout, à fait place à l'exigence de l'usager à l'égard du prestataire de soins» (Vigneras, 2014, p.2).

«Le soignant est aussi vulnérabilisé par ce qu'il peut vivre comme des échecs» (Vigneras, 2014, p.2) ce qui accroît son sentiment d'impuissance. Confrontés en permanence à la souffrance, les soignants s'en retrouvent fragilisés, déstabilisés et, selon Vigneras (2014), les ramènent à leur statut d'être humain. Cette détresse de la part du soignant est souvent mal perçue par l'équipe, le cadre de santé et la direction ainsi que par les patients.

3.3. Un sentiment qui dérange

En conséquence, la souffrance des soignants, rarement prise en compte, génère l'épuisement professionnel. Mais, selon Phaneuf (2012), c'est un concept abstrait, dont on se préoccupe peu car «l'infirmière peut encaisser» (p.4). Par ailleurs, «une infirmière qui se sent dépassée par la tâche n'aura pas tendance à le montrer et encore moins à en parler avec ses collègues et avec les autorités» (Phaneuf, 2014, p.4). On comprend ici, que la parole sur ce sujet est bridée par le poids des représentations du métier et de son histoire.

Ce sentiment d'impuissance ressenti par les soignants a des impacts directs sur le quotidien : «des signes de fatigue, d'irritabilité, des difficultés à sortir de sa routine quotidienne, une baisse d'énergie et une tendance à l'indifférence devant la douleur ou l'angoisse» (Phaneuf, 2014, p.4). Si la souffrance de la soignante n'est pas prise en compte et si elle «ne se penche pas de plus près sur ses ressentis, (... elle...) peut s'embourber dans une culpabilité en lien avec cette toute-puissance du «j'aurais pu, j'aurais dû»...» (Delieutraz, 2012, p.154).

«On a l'impression que la prise en charge a échoué, voire que nous avons échoué» (Delieutraz, 2012, p.151). «La soignante incapable de contribuer à vaincre la maladie est un peu vaincue elle-même» (Phaneuf, 2014, p.2). Ces deux citations démontrent à quel point le sentiment d'impuissance impacte l'infirmière durement. Cependant, il y a peu de soutien car «celles qui souffrent (...) ne sont pas très bien vues dans l'équipe de soins», «on murmure à leur sujet, on les dit fragiles, instables, peu fiables, et parfois même, on les isole» (Phaneuf, 2014, p.4). On voit bien, ici, que cette faiblesse du soignant pose problème, elle est difficilement acceptable. L'infirmière qui se sent impuissante et qui n'ose en parler se retrouve seule.

Car malheureusement, Phaneuf soulève qu'il n'y a un accompagnement de la soignante que lorsqu'elle est dans l'impasse. «Des mesures de soins, de reconnaissance de ce qui lui arrive et de congé s'installent, mais avant ce moment, l'équipe et les autorités se voilent la vérité» (2014, p.4). Dans ce sens, les deux auteurs, Phaneuf et Delieutraz, sont d'accord sur un même point, il faut réfléchir à un accompagnement des soignants dans leur souffrance avant l'épuisement professionnel. Des propositions sont faites, reposant sur le travail en équipe. Delieutraz (2012) y voit un temps d'échange, de partage du vécu et du ressenti pour avoir un oeil différent sur la situation et déculpabiliser ce sentiment

d'impuissance. Phaneuf (2014) propose de s'appuyer sur les collègues qui peuvent prendre le relai par solidarité. Au lieu d'en ressentir de la honte, il faut se servir de ce sentiment pour se tourner vers l'équipe et maintenir une prise en soin de qualité.

Cette souffrance du soignant est mal perçue et peu accompagnée. Pourtant «la fragilité du soignant le rend avant tout humain, les émotions parfois qu'il exprime en sont l'expression, même si dans notre société, nos établissements, elles sont gommées d'interdits» (Vigneras, 2012, p.2). Et l'impuissance dans une situation peut amener le soignant à être submergé par ses émotions et mettre en place des mécanismes de défense.

3.4. Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense, selon le Dr. Gros sont «bien souvent instinctifs et inconscients, se mettent en place lors de toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, (...) et permettent au soignant de se préserver d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse» (CERAP, 2018). Le Dr. Toledano ajoute que «ces mécanismes sont multiples et complexes et servent à se prémunir de sa propre souffrance et de celle de l'autre» (Institut Rafaël, 2019).

Les deux médecins, auteurs de ces articles, énumèrent les mêmes mécanismes. Le premier, le plus utilisé, est le mensonge. «Il consiste à travestir la vérité, en alléguant de fausses informations» (Toledano, Institut Rafaël, 2019). Dr. Gros (CERAP, 2018) explique son usage fréquent, lors des annonces particulièrement, par une inquiétude de la réaction du patient face au diagnostic et sa finitude. En parallèle, la banalisation, «est un mécanisme de distanciation dans lequel le soignant reconnaît une vérité tronquée» (Gros, CERAP, 2018) où le soignant se concentre sur les symptômes physiques en négligeant la souffrance psychique.

Vient, ensuite, l'esquive qui correspond, d'après Dr. Gros (CERAP, 2018), au soignant conscient de la souffrance psychique du patient mais qui se sent incapable d'y faire face. Dr. Toledano (Institut Rafaël, 2019) abonde dans ce sens, «il s'agit du rejet de la confrontation», selon lui le soignant ne supporte pas l'impuissance et préfère fuir la situation que se mettre en difficulté. A différencier de l'évitement, qui signifie plutôt, d'après Dr. Toledano, quand le soignant évite les échanges directs avec le patient, il voit «le patient comme un objet de soin et nie sa présence» (Institut Rafaël, 2019).

Puis, est cité le mécanisme de rationalisation. Selon les mots du Dr Toledano, «le soignant se retranche derrière son savoir» (Institut Rafaël, 2019). Dr. Gros (CERAP, 2018) expose que la rationalisation permet au soignant d'éviter de se mettre en difficulté en se retranchant derrière un discours médical, centré sur les faits. L'un des derniers mécanismes est la fuite en avant. Ce mécanisme de défense correspond à «la façon dont un médecin peut dire la vérité abruptement à son patient, comme s'il se débarrassait d'un fardeau trop

lourd pour lui» (Gros, CERAP, 2018). Cela pour éviter de faire durer une situation mettant le soignant en difficulté.

«Avec tous ces mécanismes, les soignants sont encore persuadés d'être dans la Maîtrise, de s'être ménagé un semblant d'issue» (Toledano, Institut Rafaël, 2019). Cette illusion de contrôle de la situation permet au soignant de se conforter dans son rôle et sa puissance. Pourtant «si chaque soignant pouvait être conscient de ses propres mécanismes de défense face à la maladie grave, et remettre en question parfois ses attitudes spontanées, cela faciliterait souvent la relation avec les patients en souffrance» (Toledano, Institut Rafaël, 2019). Car le soignant est humain avant tout, et ressentir de l'impuissance témoigne de son implication émotionnelle dans la prise en soins.

Au terme de ce cadre théorique, nous avons saisi la tension entre la vision idéalisée du métier infirmier et cette pression sociale et législative sur le soignant, face à la réalité du soin et l'humanité de l'infirmière. L'infirmière pleine de valeurs soignantes confrontée à la douleur de ses patients se retrouve elle-même en souffrance. Car la douleur est une épreuve pour les soignants qui, malgré tout ce qu'ils entreprennent, n'arrivent pas à soulager le patient. Ce sentiment d'impuissance et cette impression d'échec affectent le soignant. Cela est peu accepté. Alors il devient difficile de mettre de la distance face à une situation aussi complexe qu'est la douleur. L'infirmière se retrouve seule face à ses difficultés.

III. Dispositif méthodologique du recueil de données

Pour étayer mon cadre conceptuel, je vais interroger des professionnels de terrain à propos de mon sujet.

1. Choix de l'outil

Pour recueillir ces données, je décide de réaliser des entretiens semi-directifs. C'est l'outil qui me semble le plus équilibré. Entre l'entretien libre qui peut être difficile à mener ; si une personne a tendance à s'exprimer peu, il est difficile de rebondir et de reformuler ; et à l'inverse, une personne qui s'exprime beaucoup et parfois se détache du sujet, il n'est pas évident de la recentrer. Et entre l'entretien directif qui laisse peu de place à la réflexion de l'interlocuteur. L'entretien semi-directif est, en effet, très pratique car nous avons une trame avec des propositions de relance mais il laisse de la place à la personne pour s'exprimer, réfléchir et reformuler sa réponse.

2. Profil des interlocuteurs

Mon souhait est de rencontrer deux infirmiers exerçant en hôpital dans une unité de cancérologie, afin de pouvoir comparer leurs réponses. Mais pas plus de deux infirmiers, pour ne pas compliquer l'analyse. Ce doit être des infirmiers ayant une expérience en cancérologie car j'ai espoir qu'ils aient vécu des situations similaires à la situation d'appel, avec la dimension de douleur du cancer et les émotions qui en découlent. Je ne souhaite pas m'entretenir avec les professionnels de l'unité où j'ai vécu la situation d'appel afin de pouvoir conserver la distance nécessaire dans l'analyse des propos et de me laisser surprendre par les réponses.

Dans l'idéal, il serait intéressant d'avoir une personne diplômée depuis peu et une personne avec plus d'expérience. J'imagine que le recul par rapport aux situations est différent avec de l'expérience. J'ai confié ma demande à mon institut de formation. Je n'ai donc pas d'emprise sur la sélection des professionnels que je vais rencontrer.

3. Modalités des entretiens

Je prévois de rencontrer les professionnels dans une salle de classe réservée au préalable à l'institut de formation. Afin de créer un environnement neutre et calme car je vais enregistrer les entretiens pour faciliter l'analyse des données. Je vais enregistrer les entretiens à la fois sur mon téléphone et sur mon ordinateur, si jamais l'un des deux dysfonctionne le moment venu. Au début je demanderai l'autorisation à mon interlocuteur d'enregistrer et lui rappellerai que le contenu sera anonymisé. Je prévois une durée d'entretien entre vingt et trente minutes.

4. Objectifs des entretiens

J'ai décidé de ne pas donner ma question de départ aux infirmiers pour ne pas influencer leurs réponses. Pour construire mon guide d'entretien, je m'appuie sur mon cadre conceptuel (cf Annexe I). J'ai donc dix questions avec pour chacune une ou deux questions de relance. Derrière ces questions mes objectifs sont les suivants : Définir le prendre soin ; Définir le rôle infirmier dans le prendre soin ; Identifier la place de la douleur dans le prendre soin ; Identifier les différentes stratégies thérapeutiques contre la douleur ; Identifier le comportement et le ressenti de l'infirmière ; Identifier les conséquences de la difficulté à soulager le patient.

5. Limites du dispositif

Ce que j'avais prévu, n'est pas réellement ce qui s'est passé. Tout d'abord, l'institut de formation m'a permis de rencontrer deux infirmières ayant travaillé en unité de cancérologie. Toutes deux étaient jeunes diplômées ; cependant, l'une des deux est aujourd'hui dans une unité de soins différente et cela a permis d'avoir des nuances dans les réponses. Les deux entretiens ont duré vingt minutes chacun et se sont déroulés dans les mêmes conditions à une semaine d'intervalle.

Par ailleurs, malgré le fait d'avoir testé mon guide d'entretien en amont, il m'a été difficile de m'en détacher et de prendre des libertés dans mes questions. J'ai été plus à l'aise pour conduire le deuxième entretien, ce qui m'a permis d'obtenir des échanges suffisamment riches et représentatifs pour en permettre l'analyse.

IV. Analyse descriptive et interprétative des entretiens

L'IDE1 est la première infirmière que j'ai rencontrée. Laura (nom d'emprunt) a vingt-six ans, est diplômée depuis 2015 et a travaillé dans plusieurs unités de cancérologie dans la région Grand Ouest. Actuellement elle est infirmière de nuit dans une unité de cancérologie de Rennes.

L'IDE2 est la deuxième infirmière que j'ai pu questionner. Charlotte (nom d'emprunt) est diplômée depuis 2014. Elle a exercé en service de remplacement avant de travailler de nuit en unité de cancérologie. Dorénavant, elle est infirmière en salle de réveil à Rennes.

Pour m'aider à étudier les données que j'ai recueillies, j'ai utilisé des tableaux pour structurer mon analyse (cf Annexe IV). L'analyse se fait selon les objectifs énoncés un peu plus tôt et correspond à l'ordre des questions des entretiens.

1. Définir le prendre soin

Quand j'ai évoqué le prendre soin avec les infirmières, c'est avant tout «la personne» qui est ressortie. Elles se concentrent vraiment sur le patient comme «quelqu'un à part entière» (IDE1, I.23). Laura insiste sur le fait qu'elle prend le patient en soins en fonction de ses besoins et en veillant à son confort. C'est elle qui a davantage évoqué le patient. Elle le met au coeur de sa définition du prendre soin. Charlotte voit le prendre soin comme «un temps avec le patient» (IDE2, I.17), elle le considère dans toute sa personne, de dimension holistique.

Puis les deux infirmières se sont accordées pour dire qu'il faut avoir une approche multidimensionnelle. Les dimensions Clinique et Psychique évoquées par Laura, sont plutôt tournées sur le problème du patient. Pourquoi le patient est hospitalisé ? Il faut s'occuper de

cette cause pour qu'il aille mieux. Puis viennent la dimension Relationnelle et la dimension Technique. Selon Charlotte «savoir mêler les deux» (IDE2, I.22) est important. Ces dernières peuvent se rapporter respectivement au rôle propre et au rôle prescrit de l'infirmière. On en déduit donc que le prendre soin engage l'infirmière dans l'entièreté de son rôle. De plus Laura m'a longuement parlé de la famille du patient. Selon elle, pour le patient, ils «vont avoir une importance primordiale dans son parcours de soins» (IDE1, I.27). Il est donc important pour elle d'inclure les familles dans le prendre soin de ses patients. Ce qui est gratifiant pour Charlotte c'est un patient qui quitte son unité avec le sourire et en la remerciant, c'est un témoignage du prendre soin.

2. Définir le rôle infirmier dans le prendre soin

Concernant le rôle de l'infirmière dans le prendre soin, Charlotte a précisé que «c'est tout le travail d'une infirmière» (IDE2, I.13). Les deux infirmières ont d'abord commencé par m'expliquer qu'une infirmière travaille en conscience, elle doit comprendre ce qu'elle fait et pourquoi elle le fait. Pour cela, Laura m'a raconté que dans son unité, l'équipe de nuit a instauré un cahier pour poser leurs questions aux médecins de jour et lors des transmissions, cet outil est très pratique. Les infirmières essayent, au quotidien, d'avoir une prise en soins de qualité malgré les difficultés. L'une insiste sur la cohérence du soin, ainsi que l'objectivité de la prise en soins de l'ensemble des patients. Alors que l'autre rappelle l'importance d'échanger en équipe pluriprofessionnelle pour comprendre le projet de soins de ses patients. Charlotte précise qu'elle doit aussi tenir compte du vécu du patient pour adapter sa prise en soins. Car les expériences désagréables des patients forgent leurs souvenirs et peuvent influencer leur perception de la douleur.

Par la suite, les deux infirmières ont évoqué les attitudes soignantes qu'elles adoptent au quotidien. L'écoute active est ce qui est venu spontanément comme étant le premier rôle de l'infirmière. Puis «le simple fait d'être présent» (IDE1, I.71). Il faut se montrer présent et disponible pour le patient et son entourage. Et pour Charlotte, la remise en question fait partie du rôle de l'infirmière, critiquer sa pratique pour maintenir la cohérence du prendre soin.

3. Identifier la place de la douleur dans le prendre soin

J'ai demandé aux infirmières quelle place elles accordaient à la douleur dans leur pratique. Toutes deux ont répondu «très importante» ! D'après Charlotte c'est même la majeure partie de son travail.

Puis, elles se sont tournées vers l'importance de comprendre cette douleur. J'ai été étonnée par Laura qui a évoqué par trois fois l'angoisse. Selon elle, dans plusieurs cas la douleur est provoquée par de l'angoisse et elle peut être soulagée par les attitudes

soignantes telles que l'écoute et la présence. Je ne m'attendais pas à un tel lien spontanément entre la douleur et l'angoisse. Charlotte, quant à elle, a expliqué qu'il faut tenir compte du vécu et des expériences passées qui peuvent majorer la sensation de douleur. On peut comprendre ici, qu'après un vécu traumatique, le souvenir de la douleur revient régulièrement.

Ensuite elles m'ont parlé de l'évaluation de cette douleur qui n'est pas toujours évidente. D'après Laura, l'infirmière évalue en permanence la douleur. A chaque passage en chambre, grâce à son observation clinique et ses questions, elle recueille des informations sur la douleur du patient. Mais, Charlotte nuance, parfois l'évaluation du patient est contradictoire avec le ressenti de l'infirmière : quand il évalue sa douleur de façon très élevée alors que son non-verbal a plutôt tendance à le montrer relativement confortable. Elle trouve qu'il est difficile de jauger la valeur de cette évaluation par le patient. Et dans ces moments elle avoue avoir moins de difficulté à accepter de ne pas pouvoir le soulager. Néanmoins, elle conclut par «la douleur c'est très subjectif» (IDE2, I.35), chacun la ressent différemment.

4. Identifier les différentes stratégies thérapeutiques contre la douleur

Par la suite, je leur ai demandé, dans leurs unités de soins, quelles stratégies thérapeutiques sont mises en place pour soulager la douleur. D'un côté, elles m'ont parlé des méthodes médicamenteuses. Les antalgiques plus ou moins puissants, restent le premier recours en cas de douleur. Les deux infirmières ont détaillé de la même façon l'utilisation progressive des trois paliers d'antalgiques. Puis Charlotte a proposé les anxiolytiques pour apaiser les patients aussi bien psychologiquement que physiquement. J'ai été surprise car c'est plutôt Laura qui a insisté sur la douleur liée à l'anxiété, alors que c'est Charlotte qui a proposé de la traiter.

D'un autre côté, elles possèdent de nombreuses méthodes non médicamenteuses. Les deux infirmières ont d'abord relevé la relation soignant-soigné. L'écoute, la discussion et l'attention portées à l'autre et à son confort peuvent aider à soulager les douleurs. Dans la même optique, Laura a évoqué la communication thérapeutique. Elle adapte ses propos pour ne pas induire une douleur chez le patient. Puis dans leurs unités certains soignants sont formés à l'hypnose et elle est efficace, selon leurs témoignages. Parfois il est arrivé aux deux infirmières d'utiliser la musique pour détendre leurs patients. Ensuite, elles ont parlé des massages ou du toucher bien-être effectués par les infirmières elles-mêmes ou bien par la socio-esthéticienne. Charlotte veille à mobiliser doucement et masser un patient douloureux qui est resté longtemps allongé, cela peut apaiser ses muscles endoloris. Dans l'unité d'oncologie de Laura, l'art-thérapeute vient régulièrement pour proposer aux patients de se détendre autrement. Elle explique qu'il «y a pas mal de personnes qui sont là pour les soins de support» (IDE1, I.83).

5. Identifier le comportement et le ressenti de l'infirmière

Dans un premier temps les deux infirmières ont identifié des stratégies d'adaptation qu'elles ont mises en place face à la douleur non soulagée de leur patient. Tout d'abord, Laura a exprimé s'appuyer sur ses collègues en se relayant ou en «passant la main» (IDE1, I.148). Charlotte trouve également que le travail d'équipe est important dans ce genre de situation. Elle a déjà été confrontée à des situations où les médecins ne prescrivaient pas les antalgiques nécessaires, cela a vite posé des limites à l'infirmière dans ses actions. En effet son rôle prescrit permet d'administrer des traitements mais si l'infirmière n'a pas l'appui du médecin et la prescription, elle ne peut pas agir. Puis, ce qui m'a surprise, elles ont toutes deux abordé la sédation. De façons différentes. L'une, davantage comme le double effet des morphiniques évoqué par la loi Leonetti du 22 avril 2005 ; le but premier étant de soulager la douleur, il est possible d'augmenter le dosage même si cela provoque une sédation. L'autre, dans le cadre de son exercice en salle de réveil : «ré-endormir» pour permettre au patient d'avoir un second réveil plus confortable et d'oublier le premier.

Puis les deux infirmières ont expliqué qu'il est important de gérer ses émotions dans ces situations pour ne pas se faire envahir et prendre du recul pour se protéger. Malgré les émotions qu'elles ressentent, elles essaient de rester calmes, «il faut rester calme» (IDE2, I. 143) insiste Charlotte pour rassurer le patient. Puis elles mettent tout en oeuvre pour trouver des solutions. Charlotte prend le temps également d'expliquer au patient ce qu'il se passe et ce qu'elle peut faire et surtout quelles limites elle a.

Dans un second temps, elles m'ont raconté quelles émotions elles ont ressenties face à la douleur de leurs patients. Ces situations sont douloureuses pour l'infirmière, c'est le constat qu'elles ont fait. Elles ont, chacune, utilisé le terme «mal» deux fois, des synonymes de «difficulté» (IDE1 deux fois «difficile», IDE2 «compliqué», «pas facile», «dur») et Charlotte a même exprimé qu'elle «n'aime pas ces journées là» (IDE2, I.127). Laura a déjà ressenti de la tristesse lors d'une prise en soins. Il y a eu de l'incompréhension des deux côtés. Laura parce qu'avec tout l'arsenal thérapeutique il est difficilement concevable de ne pas y parvenir ; Charlotte car elle avait une impression d'inachevé dans sa pratique, de ne pas être allée au bout de ce qu'elle pouvait entreprendre. Alors que Laura a montré de la colère, Charlotte a exprimé par six fois sa frustration. Autant de colère et de frustration peuvent traduire d'une impuissance. C'est d'ailleurs le dernier sentiment évoqué. Une certaine injustice, selon Laura. Le fait de ne rien pouvoir faire, selon Charlotte. Elles se sont senties impuissantes.

6. Identifier les conséquences de la difficulté à soulager le patient

La douleur non soulagée du patient a des répercussions sur de nombreux aspects de la prise en soins. Tout d'abord pour le soignant, au delà du tumulte d'émotions ressenties. Laura, de par son implication affective envers sa patiente, a eu du mal à se détacher de sa prise en soins. Charlotte, quant à elle, essaye d'en tirer des apprentissages et de les mobiliser dans des situations similaires. Puis Laura s'est tournée vers l'équipe soignante. Selon elle c'est une frustration et les sentiments ressentis individuellement peuvent rendre «une équipe en détresse» (IDE1, I.173). Alors que Charlotte s'est concentrée sur le patient. Elle est revenue sur le vécu traumatique et la mémoire de la douleur enregistrée par le patient, pouvant le rendre inquiet à l'idée de réitérer une expérience similaire. Ensuite, Laura s'est intéressée à la famille du patient qui s'est retrouvée démunie et en attente de résultats de la part de l'équipe soignante. Elle s'est intéressée aussi à l'organisation de son travail. Elle m'a expliqué qu'elle essayait de retourner le plus souvent possible auprès de sa patiente, quitte à écouter certains passages auprès des autres patients. Il y a donc des répercussions sur les autres patients qui dépendent de l'infirmière.

Après, Laura a exprimé un sentiment d'échec au regard de sa prise en soins. Elle trouve que l'équipe soignante n'a pas fait suffisamment pour aider la patiente, qu'il y avait possibilité de faire plus. Elle a un discours très empreint de culpabilité. A l'inverse, Charlotte explique que ce n'est pas vraiment un échec car il y a eu des choses de mises en place et une recherche d'alternatives. Elle considère plutôt qu'ils ont atteint la limite de ce qu'il leur était possible de faire. Ses propos sont plus positifs et valorisants.

Pour finir, je leur ai demandé si leur vision du métier avait changé suite à cette situation. Laura a franchement répondu que non. Selon elle, ce sont les médecins qui ont du mal à accepter de ne rien pouvoir faire de plus, surtout au niveau curatif. Charlotte, elle, a dissocié ses deux expériences professionnelles. Quand elle se trouvait en cancérologie, l'image qu'elle avait de son métier a pris, selon ses mots, «une grande claque» (IDE2, I.203). En sortant de l'école, où elle avait idéalisé la profession, elle pensait qu'elle aurait le temps avec tous les patients et pas trop de contraintes ni de limites. Elle ne s'attendait pas, en service, à se retrouver confrontée à de telles situations, seule, sans soutien médical. Depuis qu'elle travaille en salle de réveil, elle se dit réconciliée avec l'image qu'elle avait de l'infirmière. «Dans le sens, l'infirmière qui peut agir, qui est soutenue et qui travaille en équipe, et qui ne se retrouve pas toute seule à gérer les choses» (IDE2, I.207).

A la suite de ces entretiens, nous pouvons retenir que le patient est au coeur du prendre soin. Le rôle de l'infirmière prend alors tout son sens car elle est au plus près du patient dans sa pratique. L'approche multidimensionnelle du prendre soin est possible en s'appuyant sur l'ensemble des professionnels d'une équipe soignante. Puis, l'infirmière travaille en conscience, elle n'applique pas seulement, elle se remet en question, elle cherche à comprendre pour maintenir une certaine cohérence. La gestion de la douleur est importante et représente la majeure partie du travail de l'infirmière. Grâce aux nombreuses stratégies thérapeutiques il est possible d'apaiser les patients. Malgré tout il arrive que ce ne soit pas le cas. L'infirmière ressent alors de nombreuses émotions comme la colère, l'incompréhension, la frustration et l'impuissance. C'est douloureux pour les équipes. Cela entraîne des répercussions sur tous les aspects de la prise en soins : le patient, sa famille, l'équipe soignante, l'organisation des soins et les autres patients. Face à un patient douloureux non soulagé, l'infirmière peut se sentir en échec mais peut aussi apprendre et en sortir plus armée. Néanmoins, la vision idéalisée du métier est souvent bouleversée face à la réalité du soin.

V. Discussion

Je vais maintenant confronter ma question de départ au cadre théorique, aux entretiens avec les professionnels et à mon propre cheminement. Car en travaillant sur les différents concepts que sont : le prendre soin, la personne douloureuse et le sentiment d'impuissance ; cela a amené de nouvelles idées et de nouveaux questionnements. Pour rappel ma question de départ était : **Dans quelle mesure le sentiment d'impuissance ressenti par l'infirmière face à un patient douloureux peut impacter son prendre soin ?** Ainsi, au fil de mes recherches et suite à la rencontre de professionnels, j'ai tenté de trouver des réponses à cette question.

1. L'infirmière et le prendre soin sont indissociables

Tout d'abord, j'ai pu constater que le premier rôle de l'infirmière, son rôle propre, est de prendre soin. Et le prendre soin d'un patient n'a pas de sens sans l'infirmière. La mission la plus importante de l'infirmière est bien de prendre soin des patients qui lui sont confiés, veiller à leur confort et à leur bien-être. Nous l'avons vu grâce aux auteurs, Fleury, Hesbeen et Winnicott, qui se sont penchés sur ce sujet. Ils rappellent que le patient est au coeur de ce prendre soin et que l'infirmière gravite autour de lui et de ses problématiques. Les infirmières confirment ce discours. Elles distinguent le patient sujet, du corps objet de soin. Il semble important de considérer le patient en tant que personne, d'une dimension holistique, et de le rendre acteur du prendre soin le plus possible. Les infirmières que j'ai rencontrées veillent

sur leurs patients en envisageant une approche multidimensionnelle du prendre soin. Cela fait écho aux propos de Fleury (citée par Ruby, 2019), qui expose que le patient est un sujet, une personne dans toutes ses dimensions : physique, psychique, sociale, spirituelle.

Puis, pour mettre en place le prendre soin, l'infirmière a un rôle crucial. Les infirmières que j'ai rencontrées ont insisté sur le travail en conscience. Fleury disait «oser penser le soin» (citée par Ruby, 2019). De nos jours, l'infirmière n'est plus seulement l'assistante du médecin, elle doit comprendre ce qu'elle fait et pourquoi elle le fait. Il est essentiel de se remettre en question pour écarter toute déviance. En cela, en 1992, les diagnostics infirmiers sont une grande avancée pour la profession. L'infirmière est désormais en droit de poser un diagnostic, dans le cadre de ses compétences, et de proposer des actions soignantes.

De ce fait, l'infirmière doit adopter une posture soignante. Je l'ai peu abordé dans mon cadre théorique, mais les infirmières m'ont fait prendre conscience que les soins relationnels et notamment les attitudes soignantes facilitent le prendre soin. Se montrer présent, être disponible, être à l'écoute, chercher le regard, sourire, avoir un toucher réconfortant... Tous ces petits éléments peuvent paraître anodins, mais pour le patient cela appuie notre implication et notre considération. Les attitudes de Porter (cf Annexe V), que nous étudions en formation, influencent la communication : le conseil, le soutien, la compréhension et l'enquête servent au prendre soin ; tandis que le jugement et l'interprétation le desservent.

Par ailleurs, dans ma formation, dès la première année, nous nous sommes attardés sur le prendre soin. C'est un concept central dans notre identité professionnelle, qui a fondé nos valeurs soignantes telles que la bienveillance, le respect, la tolérance, le non-jugement... Comme le dit Poisson (2015), le prendre soin, le *care*, est l'étendard de la profession infirmière, c'est le coeur de notre métier. Mais il ne faut pas oublier que le prendre soin de qualité ne peut se faire seul. L'équipe médicale et paramédicale au complet contribue à prendre soin d'un patient. Malgré que l'infirmière y ait une part importante, elle doit collaborer avec les autres soignants au bénéfice du patient.

2. La complexité de la douleur

J'ai découvert que la douleur est un concept bien plus complexe que je ne l'imaginai. Les auteurs ont démontré qu'il y a différentes formes de douleur. Le modèle de Loeser, cité par Marchand (1998), décline la douleur en quatre composantes complémentaires : la sensorielle qui enregistre un message nerveux, la cognitive qui interprète ce message, l'émotionnelle qui mémorise cette sensation et la comportementale qui fait réagir le corps. Il y en a une qui est très importante selon Charlotte, c'est la composante émotionnelle. Elle tient compte, souvent, du vécu traumatique de la douleur post-interventionnelle de ses patients. Car s'ils vivent une expérience désagréable, la

douleur va s'enregistrer dans leur mémoire et ils vont appréhender de revivre une expérience similaire. Cette appréhension peut générer de l'angoisse.

J'ai été surprise par les deux infirmières qui font le lien entre la douleur et l'angoisse. Pour moi ce n'était pas aussi évident. Or, un patient angoissé devient plus sensible, la perception de la douleur peut être plus intense. Pour lutter contre cette angoisse et donc apaiser certaines douleurs, il est souvent prescrit un anxiolytique. Je pense, néanmoins, qu'il faut expliquer au patient le traitement qu'on lui administre et l'indication, car il peut se méprendre sur nos intentions et cela peut affecter la relation soignant-soigné. Le patient peut perdre confiance si l'infirmière lui donne un anxiolytique plutôt qu'un antalgique sans explication.

Durant cette recherche, j'ai découvert le panel d'outils thérapeutiques qu'il est possible d'utiliser contre la douleur. J'avais déjà une certaine idée des médications prescrites pour apaiser les souffrances. J'ai constaté, au travers de mes stages, que l'emploi de traitements médicamenteux reste le premier outil utilisé. Laura et Charlotte ont, toutes deux, évoqué ces traitements en premier lors de nos entretiens. Car c'est le plus facile à mettre en place. Cependant, j'ai surtout découvert les stratégies non médicamenteuses ; qui demandent davantage d'investissement de la part de l'infirmière mais qui peuvent venir compléter l'action des traitements. Tout d'abord, envisager le relationnel comme un soin réfléchi et pensé dans le but d'apaiser le patient m'a épatée. Dans la formation en soins infirmiers, nous étudions beaucoup les soins relationnels, mais je n'avais jamais pris pleine mesure de ce que cela signifie. De la même manière que les infirmières me l'ont raconté, Saunders (citée par Lamau, 2014), dans son concept de total pain, explique le bénéfice des soins relationnels sur la souffrance. La douleur est complexe mais elle ne signifie pas forcément une complexité de la prise en charge ; parfois, une simple présence et une oreille attentive peuvent être très efficaces.

Puis, parmi les autres stratégies non médicamenteuses, mon attention s'est portée vers l'hypnose et la communication thérapeutique. Je connaissais l'hypnose, mais j'ignorais que c'était si répandu dans les services. Que ce soit en unité d'oncologie avec des soins palliatifs ou bien en salle de réveil, l'hypnose trouve son utilité. La communication thérapeutique a été une belle découverte. Laura m'en a beaucoup parlé, elle m'a expliqué de quelle façon les mots employés avaient un impact. Par exemple, elle ne demande jamais à ses patients s'ils ont mal, elle leur demande comment ils vont ou comment ils se sentent. Selon elle, leur demander s'ils ont mal, oblige les patients à rechercher la douleur qu'ils peuvent ressentir. J'ai trouvé cette méthode très intéressante dans la pratique des soins. Suite à notre entretien, je suis allée en stage dans une unité de médecine ambulatoire. Dans cette unité, les infirmiers étaient tous formés à la communication thérapeutique, j'y ai donc porté plus d'attention. Le choix des mots employés, le ton de voix apaisant et les méthodes de distraction, m'ont fascinée... C'est ce que je souhaite faire. C'est de cette façon que je souhaite pratiquer ma profession. J'envisage, depuis, de réaliser une formation en

communication thérapeutique pour mettre en pratique cette dimension des soins relationnels que j'ai découverte.

3. Les émotions inhérentes à la douleur

La douleur génère de nombreuses émotions. Ce constat je le fait à partir des professionnels qui travaillent en permanence avec la douleur. Je m'étais arrêtée à l'impuissance et à la vulnérabilité au début de ce travail, mais je réalise qu'il y a bien plus d'émotions inhérentes à la douleur que je ne le pensais.

Pour commencer, les deux infirmières ont ressenti comme moi un sentiment d'impuissance. Laura l'a évoqué spontanément, tandis que Charlotte a mis plus de temps pour l'exprimer. Elle a évoqué une grande frustration, que j'ai moi-même interprété comme un ressenti d'impuissance. Je me suis rendue compte que c'est un sentiment qui est partagé par plusieurs professionnels mais qui est souvent peu pris en considération. Elles ont mentionné le fait qu'en déposant leur blouse au vestiaire elles passent à autre chose. Cette différenciation entre la vie professionnelle et la vie privée, permet au soignant de se protéger de ses émotions et de son vécu douloureux de certaines situations de soins. J'ai compris que se retrouver impuissant face à un patient douloureux qu'on ne parvient pas à soulager, c'est une épreuve pour le soignant. C'est douloureux car cela vient en confrontation avec toutes les valeurs soignantes et les missions confiées aux infirmières. Charlotte et Laura ont longuement parlé de cette difficulté à gérer les émotions inhérentes à la douleur et à l'impuissance.

Ensuite, il peut y avoir de l'incompréhension. Comme nous l'avons vu précédemment, il y a de nombreux moyens de soulager la douleur, et pourtant, parfois, ça ne fonctionne pas, c'est difficile à concevoir pour les infirmières. Durant toute la formation, on nous apprend comment mettre en place les différentes stratégies thérapeutiques. Or, quand on fait tout comme nous l'avons appris et que nous n'avons pas les résultats escomptés, l'incompréhension est tout à fait justifiée. Maintenant, il ne faut pas s'arrêter là. Le soignant doit continuer à être force de propositions, à rechercher des réponses et à travailler en collaboration. Le travail d'équipe, selon moi, prend tout son sens, plus on va se pencher ensemble sur la situation, plus il est possible d'en trouver une issue.

Pour finir, Laura s'est attardée sur deux émotions : la tristesse et la colère. Ces deux émotions font partie des six émotions fondamentales (cf Annexe VI) parmi la joie, la peur, la surprise et le dégoût. La tristesse est, selon moi, liée à l'impuissance et la déception de ne rien pouvoir faire de plus. Quant à la colère, comme le dit Laura, elle permet de se protéger. La frustration et les obstacles peuvent déclencher cette colère. Ces émotions fondamentales sont des réactions primaires que nous avons du mal à contrôler. En général, dans le milieu du soin, les émotions du soignant n'ont pas leur place. On nous demande de contrôler nos émotions, de ne pas les laisser transparaître face aux patients ou à leurs proches. Pourtant,

les émotions que nous ressentons traduisent de notre humanité. Et parfois, c'est ce dont les patients et leurs proches ont besoin. Pour illustrer mes propos, je repense à une patiente qui m'a raconté l'histoire de sa maladie. Le médecin venait de lui annoncer qu'il n'y avait plus de possibilités curatives pour sa pathologie. J'ai ressenti de la tristesse à l'écoute de son récit et je n'ai pas su retenir quelques larmes. A la vue de celles-ci, la patiente s'est mise à pleurer aussi. Je n'ai pas cessé de m'excuser, je ne trouvais pas cela professionnel. Mais elle m'a remercié. Parce que je lui avais montré que je l'écoutais réellement et que ça me touchait. Ce moment que nous avons partagé a renforcé notre relation soignant-soigné. C'est au soignant d'essayer d'identifier quand laisser libre cours à ses émotions.

Au final, je dirai que l'infirmière doit prendre conscience de ses émotions, en mesurer l'intensité, tenter de les comprendre et savoir quand les exprimer pour mieux vivre avec. Notre humanité est souvent à l'origine de notre motivation à exercer cette profession, alors pourquoi l'étouffer ?

4. Nouveau regard sur la situation d'appel

Depuis que je fais mes recherches, je porte un regard nouveau sur la situation d'appel. Je me suis retrouvée en difficulté face à un patient douloureux que je ne parvenais pas à soulager. C'était très éprouvant pour moi. En un sens, je réalise que je n'avais pas compris sa douleur. Je suis restée sur la douleur physique en lien avec ses métastases osseuses, complications d'un cancer bronchique. Mais il s'agissait sûrement d'une souffrance bien plus profonde. Le concept de Total Pain apporté par Saunders (citée par Lamau, 2014) a éclairé ce point. Ce concept considère la souffrance de manière globale. Et pour ce patient cela s'est traduit comme suivant : la souffrance physique provoquée par les métastases et le geste de poser une voie veineuse, la souffrance sociale et familiale du fait de l'éloignement des proches du patient, la souffrance psychologique décuplée par une importante asthénie et la répétition des soins douloureux et enfin la souffrance spirituelle liée à sa finitude. Il avait besoin de présence, de considération, d'attention... Il retirait sa perfusion et il nous appelait régulièrement, de la même manière que Laura me l'a raconté, c'était sa façon de s'exprimer. D'exprimer ses souffrances, au-delà de la douleur physique. Je n'ai pas su l'entendre et l'interpréter.

Face à cette douleur, il y a un sentiment qui a prédominé chez moi : l'impuissance. En partie liée à cette incompréhension de la douleur. Et c'était la première fois que j'étais confrontée à une telle impasse médicale. Je ne pouvais rien faire de plus au niveau curatif. Je comprend mieux la dimension palliative dans laquelle j'aurais dû m'inscrire. Mon prendre soin devait s'adapter au soin palliatif. Veiller au confort de mon patient, adopter les attitudes soignantes évoquées par les deux infirmières que j'ai rencontrées. Etre à l'écoute, me montrer présente et disponible et expliquer sincèrement ce qu'il se passe, comme le suggère Charlotte. C'est en cela que je me suis sentie coupable. Je ressentais de l'échec sans

comprendre pourquoi ; ce travail m'a éclairée. Je ne comprenais pas ce qui se jouait chez mon patient : une Total Pain, la peur de souffrir davantage, la peur de mourir, la peur de se retrouver seul ; et cela m'a empêchée de prendre du recul et de répondre à ses besoins. J'étais concentrée sur mes émotions plutôt que sur celles de mon patient.

Cela m'a amené à développer des mécanismes de défenses. J'ai éprouvé de la colère et j'ai eu recours au mensonge et à l'esquive. Je m'en suis voulue d'avoir utilisé le mensonge sans même y faire vraiment attention. Mais j'ai appris que c'est le mécanisme de défense le plus utilisé. Tout comme je me suis surprise par l'esquive, j'étais incapable de faire face à la souffrance du patient alors j'ai passé la main. Grâce aux auteurs j'ai pu voir que les mécanismes de défense sont instinctifs et qu'ils nous permettent de nous protéger des souffrances. Car se retrouver impuissant face à la souffrance d'un patient est très douloureux pour le soignant. Alors que je regrettais d'avoir eu ces mécanismes de défense, les infirmières que j'ai rencontrées m'ont fait relativiser, car elles ont elles aussi parfois développé ces mêmes mécanismes. C'est ce qui rend le soignant humain avant tout. Grâce à cette compréhension, cette tolérance envers soi-même et cette résilience le soignant peut utiliser ces expériences douloureuses pour acquérir des savoirs, du savoir-faire, du savoir-être et les re-mobiliser lors de prochaines situations similaires. Ce travail de recherche m'a permis d'accepter mes émotions et mes réactions instinctives. Dorénavant, je me sens plus armée, effectivement, pour affronter à nouveau ce genre de situation.

5. Vers une question de Recherche

D'une certaine façon je peux affirmer que le sentiment d'impuissance ressenti par l'infirmière impacte le prendre soin du patient douloureux. Car, nous l'avons vu, la douleur du patient est une situation complexe et il arrive que l'infirmière ne parvienne pas à la soulager, de ce fait, un sentiment d'impuissance peut apparaître entre autres émotions et l'infirmière tente de continuer à prendre soin malgré tout. Mais elle peut développer des mécanismes de défense qui, nous l'avons vu également, vont avoir des répercussions sur plusieurs aspects du prendre soin : le soignant individuellement mais aussi au sein d'une équipe, le patient qui subit la douleur et ses proches qui attendent des résultats et enfin l'organisation du travail et des autres patients du secteur. Cependant, alors que moi je n'ai pas su rebondir pour améliorer la situation, les infirmières que j'ai questionnées m'ont expliqué qu'il faut se servir de ses émotions pour accompagner le patient. Il est primordial de continuer à agir pour le patient, en se relayant en équipe, pour ne pas s'enliser dans une situation de soins douloureux à la fois pour le patient et pour le soignant.

Depuis le début de ce travail de recherche, j'ai réalisé qu'il y a un élément qui a conditionné ce sentiment d'impuissance : l'image de la profession infirmière. C'est ce qui a été ma première motivation pour entrer dans cette formation. L'idée de l'infirmière expérimentée, entourée d'une équipe avec des médecins présents et disponibles, l'infirmière

qui prend soin et qui peut agir pour soulager les patients. Dans la même pensée que Charlotte lors de notre entretien, elle avait cette image aussi et qui a été bouleversée quand elle a commencé à travailler. La profession infirmière est née d'une Histoire de service à Dieu et de dévouement à l'autre. Ces religieuses qui avaient pour mission de soigner les malades, aujourd'hui, la profession en reste imprégnée. Cette même image reste dans l'esprit commun, les représentations sociales valorisent le travail de l'infirmière. Un patient m'a dit un jour que l'infirmière est comme un phare inébranlable qui guide les patients. Inébranlable...

Justement, j'ai remarqué que le sentiment d'impuissance, de même que l'expression des émotions en général, sont mal perçus dans le milieu médical, que ce soit par les usagers ou par les praticiens. Le soignant doit maîtriser ses émotions et elles ne doivent pas affecter son jugement. Mais qu'il est difficile de ne rien éprouver face à la douleur non soulagée ! Ce qui fait une infirmière c'est son humanité. Et comme tout être humain l'infirmière ressent des émotions et peut avoir des failles. Par ailleurs, les textes de lois et le code de déontologie, de par les termes employés et vu dans le cadre conceptuel, mettent beaucoup de pression sur l'infirmière et étouffent d'autant plus les émotions du soignant. Car, avoir des failles laisse la porte ouverte à l'apparition d'erreurs, qui sont encore plus mal perçues.

En se penchant sur ces différents points de vue : historique, social et législatif ; on peut se demander : **En quoi le laisser parler des émotions face à un patient douloureux remet en question l'image de l'infirmière et son droit à l'erreur ?**

VI. Conclusion

J'arrive au terme de ce travail de fin d'études et une retrospective s'impose. Quand, à la fin de la deuxième année de formation, on nous a demandé de réfléchir à des situations d'appel et à une question de départ, j'ai immédiatement pensé à mon expérience en Pneumologie durant mon stage de semestre trois. C'était avec beaucoup de douleur et de culpabilité que j'ai relaté cette situation. J'ai tendance à être exigeante et suite à cette expérience j'ai été très dure envers moi-même, je n'acceptais pas de m'être sentie en échec et cela ne collait pas avec ma conception du métier infirmier. Ce travail m'a permis de prendre réellement du recul et de retrouver une certaine sérénité. La prise en soins de ce patient douloureux en fin de vie, je m'en rappelle parfaitement et je sais que j'y serai à nouveau confrontée dans ma profession. Travailler sur cette thématique m'a permis de comprendre ce qu'il s'est passé et de savoir comment réagir la prochaine fois.

Puis, rechercher des données théoriques auprès des auteurs a été, pour moi, une étape captivante. J'ai apprécié lire des auteurs qui évoquaient ce que je cherchais et d'autres qui m'ont fait découvrir une pensée différente. J'ai décidé de commencer le cadre théorique par une démarche historique. Nous l'avons étudié au cours de notre première année de formation, c'est là que j'ai découvert la pionnière Florence Nightingale, la dame à

la lampe, qui reste une inspiration par ses avancées en hygiène des soins. Il m'était important d'entrer dans ce travail par cette porte historique. De ce fait, l'Histoire a grandement forgé l'image de la profession infirmière et débiter mes recherches par retracer les origines de la profession m'a passionnée.

Ensuite, est venu le temps de se tourner vers les professionnels. Les deux infirmières que j'ai rencontrées ont apporté nombre d'éclairages sur mon cadre théorique. J'ai ressenti la retranscription des entretiens (cf Annexe II) et l'analyse comme un travail plutôt scolaire. C'est le genre de travail que nous sommes habitués à réaliser tout au long de notre scolarité. Néanmoins, ça a été une étape enrichissante. J'ai été très intéressée par la formation en communication thérapeutique et j'espère avoir l'occasion de la faire car je pense que ça peut être un véritable atout lors des soins.

Ce qui a été le plus difficile, pour moi, c'est la discussion. Mettre en regard le cadre théorique avec l'analyse des entretiens et mon positionnement professionnel a été quelque peu compliqué. Prendre position, juger les données et argumenter est une prise de risque à laquelle je ne suis pas habituée. J'espère avoir réussi, tout de même, à partager mon point de vue et à démontrer à quel point ma réflexion a mûri.

Depuis cette démarche de recherche, l'image que j'avais de la profession a changé. La réalité du soin n'est pas aussi simple que je l'imaginai. Cela a été un constat douloureux. J'ai remis en question ma motivation à faire cette profession, les conditions de travail que j'avais idéalisées et la façon dont je veux exercer. J'ai pu prendre conscience que j'avais idéalisé la profession infirmière. Je peux désormais me lancer dans ce métier sans illusions mais, tout de même, avec espoirs.

Actuellement, cette situation sanitaire exceptionnelle du virus COVID-19 et ce temps de confinement, me permettent de terminer ce travail de fin d'études mais aussi de faire le point sur mes aspirations. Et quoi de plus inspirants que les soignants en ce moment ? Je suis impressionnée par le travail qu'ils mènent et les chaînes de solidarités qui se créent. Je suis fière de faire partie de cette communauté qui est mise à l'honneur dans ce contexte. Et pourtant, je me sens impuissante face à cette pandémie. Je suis infirmière, je me sens impuissante, je réagis avec mes émotions et cela impacte mes actions... Ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers prend encore plus de sens pour moi.

VII. Bibliographie

Ouvrages :

- Brasseur, L. (1999). *Traitement de la douleur*. Paris, France : Doin Editeurs.
- Duboys Fresney, C., & Perrin, G. (2017). *Le métier d'infirmière en France*. Paris, France : Que sais je ?
- Hesbeen, W. (1997) *Prendre soin à l'hôpital – Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, France : InterÉditions/Masson.
- Knibiehler, Y., & Hess, O. (2008). *Histoire des Infirmières : En France au XXe siècle* (2e éd.). Paris, France : Hachette Littératures.
- Marchand, S. (1998). *Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner*. Canada : Masson.

Articles :

- Calbéra, J.B. (2003). La profession infirmière : L'historique et le mythe. *ERES - « VST - Vie sociale et traitement »*, 2003/3(n°79), 55-57. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2003-3-page-55.htm>
- Delieutraz, S. (2012). Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. *ERES - Cliniques*, 2012/2(n°4), 146-162. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2012-2-page-146.htm>
- Gilloots, E. (2006). Souffrance et douleur. *Société française de Gestalt*, 2006/1(n°30), 23-32. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2006-1-page-23.htm>
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est il prendre soin. *Revue Perspective soignante*. Repéré à <http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>
- Lamau, M. L. (2014). Origine et inspiration : Cicely Saunders à la naissance des soins palliatifs. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2014/5(n°282), 55-81.
- Lehmann, J.P. (2005). Ce que « Prendre Soins » peut signifier. *Le Coq-héron*, 2005/1(n°180), 50-54. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2005-1-page-50.htm>
- Morvillers, J. M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Association de recherche en soins infirmiers - Recherche en soins infirmiers*, 2015/3(n°122), 77-81. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-77.htm>
- Vignerat, B. (2014). *Puissance et faiblesse des soignants : mythe ou réalité ?* (Mémoire). Consulté à l'adresse https://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_151932-puissance-et-faiblesse-des-soignants-mythe-ou-realite.pdf

Pages WEB :

- France Culture. (2018, novembre 15). Le sentiment d'impuissance par Christophe André [YouTube]. Consulté à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=qmSN9AWT9Xc&feature=share>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, septembre 4). La douleur. Consulté à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- Gros, M., CERAP, (2018, mars 30). Autour de la relation soignant-patient dans le cas de maladie grave - Une réflexion centrée sur le soignant. Consulté à l'adresse <https://www.cerap.org/fr/sant%C3%A9-soin-formation/autour-de-la-relation-soignant-patient-dans-le-cas-de-maladie-grave-une>
- Phaneuf, M. (2012, octobre). La souffrance des soignants un mal invisible... Jalons pour une réflexion. Consulté à l'adresse <https://asso-sps.fr/assets/la-souffrance-des-soignantes-.pdf>
- Ruby, C., Nonfiction.fr. (2019, juin 19). Le soin ne peut être pensé sans le soigné. Consulté à l'adresse <https://www.nonfiction.fr/article-9947-le-soin-ne-peut-etre-pense-sans-le-soigne.htm>
- Sliman, G. (2015, mai 12). Regards des Français sur l'hôpital et la santé aujourd'hui | MNH MAG. Consulté à l'adresse <https://mnh-mag.fr/article/regards-des-francais-sur-lhopital-et-la-sante-aujourd'hui>
- Toledano, A., Institut Rafaël. (2019, octobre 24). Les mécanismes de défense des soignants. Consulté à l'adresse <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>

Entrées de dictionnaire :

- Douleur. (s. d.). Dans *Le Larousse*. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>
- Douleur. (2012). Dans Formarier, M., & Jovic, L, *Les Concepts en Sciences Infirmières* (2e éd., p. 159). Paris, France : ARSI - Mallet Conseil.
- Infirmier. (s. d.). Dans *Le petit Robert*. Paris, France : Le Petit Robert.
- Prendre Soin. (2015). Dans Paillard, C., *Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers* (3e éd., p. 382). Paris, France : Setes.
- Veiller. (s. d.). Dans *Le Larousse*. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/veiller/81275?q=veiller#80325>

Sommaire des Annexes :

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Retranscription de l'entretien avec l'IDE1

Annexe III : Retranscription de l'entretien avec l'IDE2

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe V : Les attitudes de Porter

Annexe VI : Les 6 émotions fondamentales

Annexe VII : Poster scientifique pour l'UE Optionnelle 5.7 S6

Annexe I : Guide d'entretien

Question de départ : Dans quelle mesure, le sentiment d'impuissance ressenti par l'infirmière face à un patient douloureux peut impacter son prendre soin ?

Introduction : Dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, je dois rencontrer des professionnels pour éclaircir mon cadre conceptuel. Le thème de mon mémoire est : les émotions du soignant face au patient douloureux. J'ai, de ce fait, quelques questions pour diriger cet entretien. Si vous l'acceptez, cet échange va être enregistré. Il restera anonyme alors n'ayez pas peur de vous exprimer spontanément.

Guide d'entretien :

Questions	Objectifs
-> Parlez-moi de votre parcours professionnel ?	Identifier l'expérience de l'infirmier.
-> On parle souvent du prendre soin d'un patient, que mettez-vous derrière cette notion ? -> Selon vous qu'est-ce qu'un prendre soin de qualité ?	Définir le Prendre Soins, définir le rôle IDE dans la mise en place du prendre soin, le prendre soin se fait-il en pluriprofessionnalité ?, définir les critères de qualité du prendre soin et établir le niveau d'exigence du soignant.
-> Quelle est la place de la gestion de la douleur dans votre conception du prendre soin ? -> Hormis les traitement antalgiques, que mettez-vous en place pour soulager les patients douloureux ?	Expliquer l'importance accordée à la douleur, exposer les différentes stratégies thérapeutiques pour soulager la douleur.
-> Avez-vous été confronté à une situation où, malgré ce que vous mettez en oeuvre, le patient demeure douloureux ? Pouvez-vous me partager cette expérience ? -> <i>Quelle origine avait la douleur ?</i> -> <i>C'était dans quel contexte ?</i> -> <i>Comment avez-vous géré cette situation ?</i>	Partage d'expérience de patient douloureux, savoir comment la situation a été gérée (en équipe ?).
-> Comment avez-vous vécu cette situation ? -> <i>Quelles émotions a fait surgir cette situation ?</i> -> Comment avez-vous réagi ?	Identifier le ressenti de l'IDE face à sa difficulté à soulager le patient douloureux. Repérer la mise en oeuvre potentielle de mécanismes de défense.
-> Pensez vous que cette difficulté à soulager le patient a eu des répercussions ? -> <i>A quel niveau ? (niveau du patient, niveau du soignant)</i> -> <i>Est-ce que votre conception du métier en a été impactée ?</i>	Identifier les conséquences de cette difficulté à soulager le patient, voir si la vision du métier a été modifiée suite à cette situation.
-> Face à cette difficulté à soulager le patient, diriez-vous que c'est un échec ? -> <i>Pouvez-vous développer un peu votre réponse ?</i> <i>En quoi était-ce un échec ?</i>	Explorer ce que l'IDE pense du prendre soin de ce patient.
-> Avez-vous quelque chose à ajouter ? Remerciements	Savoir si le soignant veut exprimer autre chose

Annexe II : Retranscription de l'entretien avec l'IDE1

ESI : Tout d'abord je vais te laisser me parler de ton parcours professionnel et te présenter.

IDE1 : Ok. Je m'appelle Laura (nom d'emprunt), j'ai 26 ans, je suis infirmière depuis 5 ans cet été, cela fait donc 4 ans et demi actuellement. J'ai principalement travaillé dans le domaine de l'oncologie, que j'ai découvert grâce à un stage et j'ai vraiment adoré. Du coup
5 les 3/4 de ma carrière sont en onco. J'ai commencé par l'onco organique, j'ai travaillé principalement dans les centres de cancérologie à Angers, à Nantes et à Rennes. Après dans mon parcours, j'ai également travaillé en gériatrie, j'ai adoré, j'aime toutes les populations. Mais tant qu'il n'y avait pas d'oncologie je ne me retrouvais pas dans mon travail. Et depuis 4 mois maintenant je suis en hématologie, parce que au niveau du service
10 où j'étais ... enfin au sein de l'hôpital où j'étais je ne pouvais pas évoluer. Donc je suis partie. Et comme, ici, l'oncologie est répartie selon l'organe touché, je me suis plus orientée sur l'hémato ... qui fait partie malgré tout de l'oncologie. Enfin une spécialité qui est associée à l'oncologie. Et voilà !

ESI : Très bien, c'est parfait ça correspond tout à fait à des situations que tu as rencontrées
15 similaires à ma situation d'appel. Alors, on parle souvent du prendre soin d'un patient, qu'est-ce que tu mets derrière cette notion ?

IDE1 : Prendre soin d'un patient... Il y a plusieurs domaines je dirais : le prendre soin clinique (on va partir sur un problème basique, pourquoi il est là ? c'est sûrement un problème organique, sauf quand on arrive sur un problème psychiatrique c'est totalement
20 différent, mais globalement il vient pour un problème clinique particulier), puis une prise en charge psychique et relationnelle. Comme tu le dis on parle de «prendre soin» et pas «prendre en charge», ça a changé dans les paroles, ça c'est bien. Moi le patient je le considère comme quelqu'un à part entière. Je ne suis pas là pour être au dessus de lui. Je suis peut-être la soignante, je lui apporte des choses mais lui aussi m'apporte des choses.
25 Le prendre soin c'est en fonction de ses besoins je vais lui apporter quelque chose... C'est une notion assez complexe. Mais je vais le prendre lui en soin, mais également sa famille, ses proches, parce qu'eux aussi vont avoir une importance primordiale dans son parcours de soins. Ils vont parfois parler à sa place, dire des choses qu'on a parfois pas le droit de lui répéter. C'est aussi important de voir le patient ... Quand on parle de relations humaines il y
30 a plusieurs sphères notamment la sphère intime, la sphère sociale. Donc en fait prendre soin d'un patient, c'est prendre en compte toutes ces sphères autour de lui. On ne peut pas s'axer uniquement que sur le patient, même si la priorité avant tout c'est son confort. Si ça fait du mal aux familles on est là pour les accompagner mais le patient reste prioritaire ... Je ne sais pas si c'est assez compréhensible comme réponse ...

ESI : Si si c'est très complet. Juste pour reprendre plus précisément. Quels sont selon toi les
35 critères de qualité du prendre soin ? Donc tu m'as parlé de toutes les dimensions du patient mais est-ce qu'il y aurait d'autres choses en particulier ?

IDE1 : Des qualités en fonction du soignant ?

ESI : En fait, qu'est-ce qui te fait dire que ton prendre soin est un prendre soin de qualité ?

40 IDE1 : Ah d'accord. Et bien je dirais qu'il faut que ce soit une démarche objective et pas subjective. Même si on choisi tous ce métier par un affect personnel, il y a des moments où ça peut déraiper un peu (on parle là de juste distance). Mais il faut quand même que chaque soin soit fait objectivement. Pour moi, bien prendre en soin quelqu'un, et sa famille, il faut que ce soit cohérent. Il faut qu'on comprenne ce qu'on fait, que ce soit compréhensible.

45 C'est dommage cela arrive souvent malheureusement. Mais si tu fais un soin et que tu ne comprends pas pourquoi tu le fais, je trouve ça dommage. Mais ça arrive qu'il y ait des soins que l'on ne comprenne pas pourquoi on les fait tout de suite. Je travaille de nuit alors je suis habituée à cette situation ...

ESI : Oui c'est vrai, il y a moins de médecins, la temporalité est différente.

50 IDE1 : Voilà c'est ça. Quand on a les médecins sous la mains ils peuvent nous répondre rapidement. De nuit c'est au moment des transmissions que l'on pose les questions. Dans le service on a justement amené des outils pour pouvoir poser nos questions et avoir des réponses le lendemain. Mais il faut qu'on comprenne pourquoi on fait tout ça. Sinon ce n'est pas complet... Voilà sinon je ne vois pas...

55 ESI : C'était juste pour compléter un peu, c'est très bien. Alors, par rapport à ce prendre soin, quelle est la place de la gestion de la douleur dans ta conception du prendre soin ?

IDE1 : Bah elle est très importante ! Dans mon service comme ailleurs, on aborde souvent les patients par comment ils vont. Ce qu'on recherche c'est de connaître leur état physique et psychique forcément. Ce qu'on entend derrière cette question c'est «est-ce que vous avez mal ?». Et moi je me mets un mot d'ordre de ne pas dire «mal». Je ne demande pas si mon patient a mal, je trouve des astuces. C'est ce que l'on appelle la communication thérapeutique. Par exemple si on demande à quelqu'un «est-ce que tu vas bien ?», la réponse c'est oui ou non. Si on lui demande s'il a mal, la réponse reste oui ou non mais le patient va rechercher s'il a mal. Donc voilà après c'est un autre sujet mais on peut induire...

60 mal ?». Et moi je me mets un mot d'ordre de ne pas dire «mal». Je ne demande pas si mon patient a mal, je trouve des astuces. C'est ce que l'on appelle la communication thérapeutique. Par exemple si on demande à quelqu'un «est-ce que tu vas bien ?», la réponse c'est oui ou non. Si on lui demande s'il a mal, la réponse reste oui ou non mais le patient va rechercher s'il a mal. Donc voilà après c'est un autre sujet mais on peut induire...

65 Enfin bref, la douleur est le premier critère qu'on recherche pour notre patient, pour son confort, avant tout.

ESI : D'accord, mais sans pour autant la citer pour ne pas induire une douleur.

IDE1 : Voilà c'est ça.

ESI : Hormis les traitements antalgiques, que mettez-vous en place dans le service pour soulager les patients douloureux ?

70

IDE1 : L'écoute principalement ! L'écoute, le simple fait d'être présent, parce qu'une fois la porte fermée il se retrouve tout seul. Seul avec sa douleur. Cela peut-être aussi de l'angoisse qui peut provoquer cette douleur. Pleins de facteurs au final peuvent rendre quelqu'un douloureux. Moi je mets surtout en place, dans la relation, la communication thérapeutique.

75 J'ai été initiée à l'hypnose, je peux donc la pratiquer avec certains patients. J'aimerais pouvoir faire la formation officielle un jour, mais elle est un peu onéreuse alors j'attends un peu. Malgré tout, je pratique l'hypnose de manière informelle régulièrement.

ESI : Ah oui je n'avais pas envisagé ça, c'est intéressant.

80 IDE1 : Et dans le service, puisque tu me parles du service, il y a également la
musicothérapie. On donne au patient une tablette, en fonction ... C'est surtout par rapport à
l'angoisse en fait. Donc c'est pas forcément axé sur la douleur, mais on peut quand même
s'en servir selon moi. Et sinon l'art-thérapeute vient également. On a pas mal de personnes
qui sont là pour les soins de support. La socio-esthéticienne peut apaiser certaines douleurs
au travers du toucher, des massages. Il y a pas mal de choses mises en place dans le
85 service au final.

ESI : As-tu été confrontée à une situation où malgré tout ce que tu mettais en place, le patient demeurait douloureux ? Et si oui, veux-tu bien me la raconter ?

90 IDE1 : Alors il faut que j'en trouve une dont je me rappelle, parce que oui forcément j'en ai
plein ... Oui je me rappelle. C'était une patiente, plutôt jeune. Très douloureuse, elle était
sous Morphine avec bolus et Hypnovel avec bolus également. On lui mettait Spasfon et
Paracétamol en systématique et pourtant elle restait douloureuse. Sans arrêt. On était tout le
temps dans sa chambre ... c'était sa manière de s'exprimer. Surtout d'exprimer son
angoisse, car elle avait très peur de la mort. Donc elle gémissait beaucoup, elle pleurait, elle
demandait une présence permanente. C'était une dame qui n'avait pas prévu de directives
95 anticipées pour ce genre de situation ... Alors oui ça me parle.

ESI : Et cette douleur venait d'où ? Elle avait quelle origine ?

IDE1 : Malheureusement c'était une douleur diffuse.

ESI : Et du coup, comment est-ce que vous avez géré cette situation ?

100 IDE1 : On s'est relayés. On a principalement géré en binôme avec mon aide-soignante. On
s'est relayées, toutes les demies heures on était avec elle. Dès que je pouvais, j'allais la voir,
je lui faisais les bolus et je lui administrais les antalgiques. On appelait le médecin. Mais il ne
pouvait pas aller plus loin car il y avait un risque important de surdosage. Et avec le recul, la
seule manière de la soulager c'était de la sédaté. Mais ça elle ne le voulait pas ! Et elle ne
lâchait pas ! Malgré nos paroles et notre insistance à lui dire qu'on faisait notre maximum ...
105 Il y a un moment où en fait il fallait ... Il fallait qu'on tende vers ça. Après c'est son choix.
Nous on est là pour lui proposer ce qu'on peut faire, parce qu'elle nous demandais souvent
quels outils on avait. C'était principalement de l'écoute et ça la soulageait, c'était beaucoup
de l'angoisse. Mais dès qu'il y avait une absence ça repartait de plus belle et elle avait mal.

ESI : D'accord. Et comment toi tu as vécu cette situation ?

110 IDE1 : Très mal. C'est très difficile de gérer la douleur d'un patient. On nous apprend : il a
mal, on met un antalgique de palier I, on met un antalgique de palier II, on met un palier III,
on peut partir sur un anxiolytique également. Mais oui ça fait mal. Car on sait ce que ça veut
dire d'avoir mal, à petite échelle certes car il y a des douleurs plus importantes. C'est triste
de voir souffrir un patient. Mais après ils ont leur vécu aussi. J'ai rencontré certains patients
115 pour qui avoir mal était signe qu'ils sont en vie. Qu'ils étaient punis du mal que eux avaient
fait également. Et il y en a qui m'on dit «non je n'en veux pas, j'ai mal, c'est comme ça». Mais c'est difficile de l'accepter. Après, quand on écoute, quand on comprend la douleur de
l'autre ... Qu'on le laisse exprimer comment il veut gérer sa douleur ... Bah on arrive mieux à
gérer nos émotions, ce que nous on ressent.

120 ESI : Justement je rebondis là dessus. Quelles émotions a fait surgir de te retrouver face à cette patiente que tu n'arrivais pas à soulager ?

IDE1 : La tristesse. De l'injustice (je suis pas sûre que ce soit une émotion mais tout de même). Et surtout de l'impuissance ... Pour moi il est inconcevable de laisser quelqu'un douloureux à l'heure actuelle. D'autant plus qu'on a les moyens. Sauf si c'est son choix, mais
125 c'est pas normal.

ESI : Donc par rapport à ça, comment, en tenant compte de tes émotions, tu as réagit ? Quelle réaction tu as eu ?

IDE1 : Après ça dépend du patient, de la relation que j'ai avec lui. La plupart du temps j'arrive à passer à autre chose, une fois que j'ai posé ma blouse au vestiaire. Voilà je prend
130 beaucoup de recul. Ce qui ne m'empêche pas d'amener mon travail à la maison ... Chacun gère différemment mais ... J'ai presque oublié la question pardon ...

ESI : C'est savoir quelle réaction tu as eu sur le moment.

IDE1 : Il y a eu un peu de colère. On se remonte un petit peu. Et je pense que c'est une manière de se protéger ... Mais je le prends très ... En fait je me dis que je suis là pour ça.
135 Donc je mets tout en oeuvre avec beaucoup d'empathie. J'essaye de faire bouger les choses, lors des transmissions aux médecins, à l'autre équipe. Je mets tout en oeuvre pour qu'on trouve une solution quoi.

ESI : Et penses-tu que cette difficulté à soulager la patiente a eu des répercussions ? Que ce soit au niveau de la patiente, au niveau de toi-même, au niveau de l'équipe, de
140 l'environnement, de la famille ...

IDE1 : Oui. Ça a forcément des répercussions. Au niveau de la famille : ils étaient démunis. Ça met un peu en défaut l'équipe médicale et paramédicale. Parce que malgré tout ce qu'on fait ça ne fonctionne pas et qu'ils veulent des résultats. L'équipe est frustrée, elle le vit mal, l'impuissance, la tristesse reviennent. Souvent c'est lourd. Ce sont des patients au sein d'un
145 secteur qui sont lourds ... Enfin quand tu prends en soin un patient douloureux pendant une semaine sur un secteur c'est difficile. Tu as envie de laisser un peu ... De passer ...

ESI : De passer la main à un collègue.

IDE1 : Oui c'est ça, de passer la main. Mais en même temps tu as créé tellement de choses avec elle, tu t'en occupes depuis longtemps, tu as envie de dire «non non je reste auprès
150 d'elle, je veux savoir ce qu'il se passe, je veux être là». Donc il y a des répercussions là dessus. Aussi sur la charge de travail. Là, cette patiente nous demandait beaucoup de présence, alors on essaye de faire au maximum. Et je pense que parfois on va écouter certains passages dans des chambres pour revenir au plus vite auprès d'elle. Donc ça a des répercussions sur l'organisation de la nuit, tu fais au mieux, tu partages avec ton aide-soignante, tu essayes de décaler des soins. Médicalement, je ne sais pas ce que cela a
155 engendré pour eux car le travail de nuit ...

160 ESI : D'accord, et concrètement est-ce que tu penses que ta vision du métier de soignant, la conception que tu en avais avant d'entrer en formation, depuis cette situation a-t-elle changé ?

IDE1 : Non.

ESI : Ok. Face à cette difficulté à soulager la patiente est-ce que tu en as ressenti un échec ?

IDE1 : ... Oui je pense que oui.

ESI : A quel niveau ? En quoi était-ce un échec ?

165 IDE1 : Je pense que c'était un échec mais je prends beaucoup de recul ... Dans le sens où les choses auraient pu se passer autrement ... Si on avait pu mettre des mots sur une situation, si on prévenait, et gérerait ce genre de situation. Enfin moi je parle principalement d'oncologie, d'hémato. Car oui la mort est quelque chose dont il faut parler. Mais c'est difficile d'en parler à quelqu'un dès le début de sa prise en soin. Car il faut donner de l'optimisme.
170 Mais si les patients ne sont pas au courant dès le début qu'on peut leur proposer des choses, qu'on peut ... Qu'on peut faire en sorte, que si ça arrive, que tout sera mis en place pour eux plutôt que prendre des décisions à la dernière minute. Sinon on va vite laisser des équipes en détresse, des patients et leur famille en détresse. Principalement de nuit ! Car le jour il y a toujours quelqu'un. Voilà pour moi c'est ça. C'est un échec surtout dans notre
175 conception de faire les choses ... Et parce que la mort fait peur à beaucoup de personnes ... C'est un mot tabou. C'est plus, d'ailleurs, un échec pour les médecins car souvent l'équipe paramédicale l'accepte mieux, car on est au plus près. Pour certains médecins c'est très difficile de laisser leurs patients ... Dire qu'ils ne peuvent plus rien faire pour eux de curatif. Et ils peuvent laisser le patient et l'équipe en difficulté ... Pour moi ça c'est un échec. Laisser
180 un patient douloureux c'est pas bien. Mais laisser son équipe gérer ce genre de situation, en sachant qu'on fera très attention à la famille ... C'est dommage. Mais oui, un échec de me dire qu'on aurait pu faire plus.

ESI : Je comprends ... As-tu quelque chose à ajouter ?

IDE1 : Non.

Annexe III : Retranscription de l'entretien avec l'IDE2

ESI : Alors, tout d'abord je vais te laisser te présenter et me parler de ton parcours professionnel.

5 IDE2 : Je m'appelle Charlotte (nom d'emprunt). Je suis diplômée depuis 2014, Et comme toutes les infirmières j'ai commencé par le service de remplacement. Après j'ai très vite été titularisée en oncologie. J'ai bossé deux ans et demi de nuit. Et au bout de ces deux ans et demi, j'ai eu besoin de changer et donc j'ai démissionné. J'ai pris le parti pris. Et je suis allée sur une autre structure de Rennes où j'ai repris des remplacements parce que c'est comme ça que ça marche quand on change. Et j'ai découvert la chirurgie que je ne connaissais pas du tout. Et en chirurgie, il y avait un long remplacement qui était proposé en 10 salle de réveil. Et du coup, j'ai postulé dessus. Ça fait un an et demi que j'y suis.

ESI : Ok super. Alors, on parle souvent du prendre soin d'un patient. Qu'est ce que toi tu mets derrière cette notion?

15 IDE2 : Tout le travail d'une infirmière. Il y a tout l'aspect ... Alors moi, je veux parler de mon travail, particulièrement en réveil. L'aspect relationnel dans le prendre soin. Accueillir un patient. Le rassurer, lui expliquer ce qui va se passer. Il y a l'aspect technique. Nous, on prend tout le pré-op en charge aussi. Donc, on perfuse. Et ça, c'est un geste technique. Mais c'est aussi un temps avec le patient ... Et puis, après prendre soin, c'est aussi appliquer les prescriptions médicales ... C'est savoir avertir quand il y a quelque chose qui ne va pas. 20 Même si des fois on n'a pas toujours les éléments, on dit juste, on le sent pas. Mais il y a certains médecins qui savent réagir à ce moment là ... Il y a des expériences des fois, qui font qu'ils nous prennent vraiment en considération quand on dit ça ... Et oui, c'est vraiment l'aspect technique et relationnel. Savoir mêler les deux et être présent auprès d'un patient.

ESI : D'accord. Et selon toi, quels sont les critères de qualité et prendre soin? Qu'est ce qui te fais dire que c'est un prendre soin de qualité?

25 IDE2 : C'est difficile comme question ça ! Parce que déjà, c'est difficile de savoir, on essaye toujours d'avoir une prise en charge de qualité. Des fois, on se remet en question. Est-ce que c'est ça que j'aurais dû faire? Sur une situation de stress au Bloc, est ce que ce sont les mots qu'on aurait dû avoir ? Parce que ce n'est pas toujours simple ... Mais c'est aussi pour ça que c'est important d'en parler en équipe et de debriefer. Prise en charge de qualité 30 pour moi c'est quand il y a un patient qui repart avec le sourire et qui me dit «merci d'avoir été là et de ce que vous avez fait», pour moi, c'est un gage de qualité.

ESI : Ça marche. Dans ton travail, quelle est la place de la gestion de la douleur dans ta conception du prendre soin?

35 IDE2 : Alors la gestion la douleur est ultra importante. C'est à dire qu'on ne laisse pas partir un patient de salle de réveil qui n'est pas confortable. Après la douleur, c'est très subjectif. Il y en a qui vont venir se faire opérer d'un ongle incarné, qui vont avoir ultra mal, alors que d'autres qui viennent pour une lobectomie vont être complètement confortables ... Il faut savoir l'écouter. Il faut savoir prendre en compte le passé des patients parce qu'en fonction de ça, on n'a pas tous la même perception de la douleur. Et donc, nous, c'est essentiel. C'est

40 90% de mon travail, moi au réveil, c'est la prise en charge de la douleur ... Et excuse moi je me suis perdue tu veux bien répéter ?

ESI : Non pas de soucis globalement tu as répondu. Juste est-ce que vous avez d'autres choses à mettre en place, hormis des traitements antalgiques ?

45 **IDE2** : Oui, bien sûr. Déjà des traitements qui relaxent, parce que l'on peut avoir une perception de la douleur par rapport à son vécu. C'est à dire quelqu'un qui va arriver, qui a eu mal depuis des années. Il a eu cette douleur qui est enregistrée en fait. Et des fois, des
50 anxiolytiques ça va permettre d'apaiser les choses et montrer aux patients que ce n'est pas une douleur réelle suite à l'intervention mais c'est un peu tout ce qu'il a vécu avant qui l'entraîne ... Après, on a d'autres choses. On a des infirmiers anesthésistes qui sont formés
55 à l'hypnose. L'hypnose, ça marche très bien. Des choses, toutes bêtes ... Mais des fois, on met de la musique à côté pour qu'ils se détendent ... On essaye de former un peu un cocon et de les mettre un peu à part de l'agitation, de tout ce qui se passe. Et ça, ça peut marcher ... Et puis tout simplement la discussion ! Parler avec quelqu'un, lui demander ... Il y a des gens qui se réveillent et vont nous dire «j'ai ultra mal» et on dit «mais l'intervention est faite»
60 «ah ça y est, c'est fait ! oh bah en fait ça va». Il faut juste re-situer parce qu'ils viennent de se réveiller, ils sont un peu perdus. Et il faut vraiment comprendre si c'est une douleur qui est liée à l'intervention, si c'est des douleurs du passé et essayer de creuser un peu. Mais le relationnel est essentiel là dedans aussi.

ESI : D'accord. Ok. Est-ce que tu as déjà été confrontée à une situation où, malgré tout ce
60 que tu mettais en place, le patient demeure douloureux ? Tu veux bien me la partager ?

IDE2 : Alors ça s'est présenté plusieurs fois ... Nous, on se réfère aux prescriptions des anesthésistes pour la prise en charge de la douleur. Donc ... Ils ont des antalgiques en salle en systématique, à type de Paracétamol, Profenid, Acupan, sauf si allergie ou contre indication. Et ... on les titre en Morphine. On peut mettre des seringues électriques,
65 d'Acupan, des PCA de Morphine, ou mettre pleins de choses en place. Mais il y a des fois, aux anesthésistes on va leur dire «il a déjà eu tout ça et il a encore mal». Et là, ils vont nous dire «On arrête, là, on ne peut plus rien faire». Alors ça, c'est très frustrant ! Alors, il y a deux types de patients. Il y a ceux qui vont dire qu'ils ont toujours mal et ils ont un faciès très détendu, ils sont souriants, ils vont parler ... Donc là, on est un peu moins frustrés ... Et des
70 fois, d'autres, on va leur dire «maintenant, on a atteint les limites, on ne peut pas faire plus». Et dans ce cas, quand ils remonteront dans le service, on continuera à donner les antalgiques quand on pourra. Mais ça, ça reste exceptionnel. On est plus sur des patients qui disent qu'ils vont avoir mal mais qui vont avoir un langage corporel qui dit complètement l'inverse. Donc, ça, ça arrive régulièrement. Les patients qui restent vraiment avec des
75 grosses douleurs, ça m'est déjà arrivé de ... pas ré-endormir complètement quelqu'un ... mais remettre du Propofol à petites doses pour pouvoir vraiment ... Et puis des fois ils ont un autre réveil. Et du coup, ça, ça va faire en sorte que derrière, ils oublient un peu ce qu'ils ont vécu avant. Mais ça arrive très rarement, mais ça peut arriver. Et ça, c'est très, très frustrant.

ESI : Je vois ... Et sinon ...

80 **IDE2** : Pardon, je reviens avec mon autre parcours professionnel qui est la cancérologie. Et la cancérologie. C'est très compliqué. Il y a des pathologies cancéreuses qui font extrêmement mal et des fois, on prend en charge des patients ... qui ont pareil ... des doses

monstrueuses de morphiniques et tout ... et qui ne sont pas soulagés. Et alors quand on arrive sur du palliatif, on peut se permettre d'augmenter et d'augmenter et d'augmenter les doses de Morphine. Jusqu'à preuve du patient soulagé. Moi, j'ai même vu un patient qui avait des métastases cutanées et on ne pouvait pas le toucher. Il hurlait de douleur. Il avait de la Kétamine, il avait, il avait de l'Hypnovel et il avait de la Morphine. Il avait pleins de choses et on en est arrivé à mettre du Subutex, qui est normalement un médicament qu'on met dans le cas de sevrage de certaines drogues.

90 ESI : D'accord ...

IDE2 : Sauf que le Subutex qu'on lui a donné ... alors, c'est en concertation avec le centre antidouleur. C'est eux qui nous ont dit de faire ça. Sauf qu'il a fait un arrêt cardiaque le patient. On en est là. Est-ce que si on est sur une prise en charge palliative, oui, on va jusque là. Après, des fois ... On rentre dans des questions d'éthique, mais c'est un autre débat. Mais la cancéro, c'est pareil. J'ai déjà vu des gens qui n'étaient pas soulagés et des fois, dire «bah... là, je peux rien faire». C'est hyper compliqué pour les infirmières.

ESI : Oui c'est vrai...

IDE2 : Surtout la nuit, parce que moi, je travaillais de nuit et on n'avait pas de médecins, donc on pouvait les appeler. Mais ils se déplacent très rarement. Et on a appelé le médecin mais on ne peut rien faire. Dès que je pourrai, je vous mettrai quelque chose. Mais pour l'instant, je ne peux pas ... et on ferme la porte. Sauf qu'on laisse quelqu'un d'algique derrière et c'est pas facile.

ESI : Oui, je comprends bien. La nuit, c'est complètement différent et pas facile d'avoir les médecins.

IDE2 : Moi j'ai complètement changé mon point de vue des prises en charge entre le jour et la nuit parce que en plus ... à travailler en cancérologie de nuit, dans un service où les médecins ... Je ne veux pas juger ... mais clairement, ils répondaient très rarement au téléphone. Quand ils répondaient, ils se déplaçaient jamais. On avait des prescriptions orales de morphiniques à haute dose. C'était pas facile à gérer pour nous. Et comme les médecins ne se déplaçaient jamais, c'était nous qui étions toujours en première ligne. Les patients à expliquer ... Et des fois, on n'a pas non plus les compétences médicales pour et c'est vraiment pas simple à affronter tout en temps que jeune infirmière. Et là ... Je travaille en salle de réveil. Les anesthésistes sont tout le temps là, donc ... c'est encore plus flagrant dans un service où ils sont joignables. Quand on est là, ils sont là la journée. Mais là, ils sont toujours avec nous. Et au moindre souci, on les appelle et ils essayent quand même d'être réactif. Après, des fois ... pareil, ils peuvent pas aller au delà des possibilités antalgiques.

ESI : C'est sûr.

IDE2 : Après, ça reste très rare.

ESI : Et donc, par rapport à ces situations où tu n'arrivais pas à soulager un patient douloureux, donc tu m'as dit que c'était très difficile, tout ça. Mais comment est ce que toi, personnellement, tu as vécu cette situation ?

IDE2 : C'est ultra frustrant parce qu'on essaye de tout mettre en place. Et puis faire repartir un patient dans le service, en faisant les transmissions ... On a fait ça, ça, ça et ça. Mais il reste douloureux. On a l'impression de pas être arrivé au bout de notre prise en charge ... Et
125 oui, moi, j'étais frustré et des fois, c'est même des situations qui peuvent me revenir quand je rentre chez moi, parce que ... en disant ... aujourd'hui, on n'a pas été au bout des choses et ... j'aime pas ces journées là parce qu'on ... On est là pour soulager les patients et pas pour ... Après, on ne peut pas aller au delà ... on a des limites. Mais ça reste hyper frustrant.

ESI : Et quelle réaction tu as pu avoir face à cela donc en gérant ta frustration?

130 **IDE2** : C'est hyper important d'expliquer au patient tout ce qu'on a fait et pourquoi il a encore mal. Et qu'est-ce qu'on va pouvoir lui apporter derrière pour essayer encore de le soulager. Lui expliquer qu'il y a des temps entre les administrations de médicaments quand on met une PCA ... il peut appuyer toutes les 7 minutes. Mais il y a quand même 7 minutes à attendre entre les bolus ... Et d'être à l'écoute aussi. C'est important d'écouter comment le
135 patient ressent ça ... Parfois l'évaluation de la douleur, c'est quelque chose de très, très compliqué. Il y a des patients, ils vont dire qu'ils ont 10 sur 10, mais ils n'ont pas du tout un faciès algique. D'autres vont être très, très dur au mal et ils vont noter leur douleur à 2 sur 10, alors qu'ils ont un faciès très crispé. Donc, il faut savoir aussi évaluer ça ... Et je suis désolé je pars dans mes idées et j'ai oublié la question de départ ...

140 ESI : C'est pas grave. Comment tu as réagi en prenant en compte tes émotions ?

IDE2 : Oui, c'est ça. Après, c'est très dur de s'occuper d'un patient qui a mal. Des fois, au réveil, ils hurlent en se réveillant parce qu'on n'a pas encore tout mis en place. Il faut rester calme, surtout expliquer et expliquer qu'on va mettre des choses en place. Et quand on n'y arrive pas, dire ... voilà ce que je disais tout à l'heure ... qu'il y a tant de temps, mais que dès
145 qu'on va pouvoir, on va leur remettre les antalgiques. Et expliquer, rester calme et dès qu'on peut ré-administrer le médicament et rassurer. Etre dans la communication.

ESI : Tu m'as parlé de frustration. Voilà que c'est compliqué à gérer. C'est compliqué à vivre. Est ce qu'il y a d'autres émotions qui ont pu resurgir dans ces moments là ?

IDE2 : Par rapport au patient ou par rapport à moi ?

150 ESI : Par rapport à toi.

IDE2 : ... Non, pas spécialement. Après, ça se travaille. Avec l'expérience aussi, mais on apprend à prendre du recul par rapport aux choses et aussi à se protéger. Moi. Il y a des situations ... Je dis pas que ça me touche plus parce que l'empathie, c'est essentiel. Mais faut aussi savoir se protéger ... Et la cancérologie m'a énormément appris par rapport à ça.
155 T'es obligée au bout d'un moment, de dire «bon bah voilà, j'ai fait tout ce qu'il fallait et j'ai fait tout ce que j'ai pu». Mais on arrive quand même dans cette situation où le patient a encore mal ... Là, je parlais pas de la cancéro, je parlais de la salle de réveil. C'est quand même deux services, deux mondes complètement différents. J'arrive à beaucoup mieux gérer mes émotions en salle de réveil parce que, toujours sur le même plan, on a des médecins qui
160 sont hyper présents, qui vont pouvoir revenir voir le patient. Une fois qu'il est remonté dans le service, on sait qu'ils vont être suivis. Donc pour nous, ça facilite ... En fait, ça facilite la gestion des émotions. Alors que en cancérologie, c'est encore très particulier parce que les

médecins n'étaient pas soutenant. Mais du coup, quand on se sent laissé à soi-même, quand il y a des médecins qui te répondent, «t'as qu'à fermer la porte» parce qu'un patient est douloureux et qu'il veut rien faire ... Là, c'est horrible. Moi, je me sentais très mal personnellement parce que pourtant, ce n'était pas moi qui mettais un frein à la prise en charge, c'était le médecin. Mais pour autant, on laisse un patient qui souffre ... On sait que ça ne va pas, on sait qu'on pourrait faire quelque chose. Mais nous, on n'a pas cette prescription qui nous permettrait ... Et là, oui, je me suis déjà senti très mal par rapport à ça ... Mais la prise en charge médicale va être déterminante aussi dans la gestion des émotions.

ESI : Oui je comprends. Ça marche. Et est-ce que tu penses, du coup, que cette difficulté à soulager les patients a eu des répercussions, que ce soit au niveau du patient, au niveau de toi-même, au niveau de l'équipe, de l'environnement, de la famille?

175 **IDE2** : La famille, je la côtoie pas du tout. Je ne vais pas pouvoir répondre à ça. Mais au niveau du patient, oui, parce que quelqu'un qui se fait opérer et qui a mal au réveil, qui reste douloureux derrière, s'il doit venir en salle d'intervention ... Il va être hyper anxieux et il va avoir cette mémoire de la douleur. Il risque d'être beaucoup plus douloureux au réveil. Alors que ça ne sera pas forcément le cas la fois suivante. Mais vu qu'il aura cette mémoire et cette angoisse de la douleur ça va majorer. C'est un cercle vicieux au bout d'un moment ... Nous, en tant que répercussions, ça peut nous apprendre des choses en fait. A chaque prise en charge de patients douloureux, on peut avoir des idées différentes pour ... alors pas sur le plan des médicaments ... mais sur la communication, sur le plan du divertissement, pour rassurer le patient aussi. Et ça peut nous apprendre et nous dire «On peut faire ça la prochaine fois».

ESI : D'accord. Est ce que ta conception du métier de soignant, d'infirmière, que tu avais, avant la formation, a été modifiée, impactée depuis ce genre de prise en charge difficile ?

IDE2 : Alors, ma conception, je vais encore dissocier mes deux expériences professionnelles. En cancérologie, oui, parce que encore une fois, me retrouver seule à devoir gérer des choses sans soutien. Moi, je m'y attendais pas. A l'école, je trouve un peu cette image prise en charge un peu ... Je suis désolée pour le terme ... mais «bisounours» ... Franchement, tout est beau. On a le temps avec tous les patients ... Quand on arrive dans la vraie vie professionnelle. Moi, j'ai reçu une grande claque dans la figure, surtout dans un service comme ça. Et après moi, ça m'a plutôt réconciliée, justement là où je travaille actuellement ... Parce qu'on est une bonne équipe avec des médecins présents avec eux et du coup, c'est ça revient plus à l'image que j'avais de l'infirmière en rentrant à l'école. Dans le sens, l'infirmière qui peut agir, qui est soutenue et qui travaille en équipe, et tout simplement, se retrouve pas toute seule à gérer des choses ... Surtout le côté médical ... En fait, on a cette marge de manœuvre de notre côté où on peut rassurer quelqu'un. On peut discuter avec lui. On peut pas ... Ah je ne l'ai pas dit ça tout à l'heure, mais le massage ! C'est hyper important aussi pour la prise en charge de la douleur. Masser quelqu'un qui est dans un lit depuis quelques heures auparavant. Au réveil, il a mal. On le tourne on lui masse le dos, on le rafraîchit. On l'installe ... Déjà c'est un temps pour le patient qui fait que la douleur il l'oublie, il l'occulte un peu. On a toute cette marge de prendre soin, côté relationnel. Tout ce qui est prise en charge thérapeutique, ça, on applique, mais c'est pas de notre ressort. Et l'autre fois j'avais, d'ailleurs un patient très douloureux. L'infirmière anesthésiste qui était en salle m'a dit «t'as qu'à faire un certain traitement». Sauf

220 que je dis mais moi, sans prescription, je ne peux pas. Si je le fais et qu'il y a un problème, c'est ma responsabilité. Donc oui, je savais que ça allait marcher, effectivement, mais sans prescription, je le faisais pas. Donc toute cette partie là. Si t'as pas de soutien médical, c'est pas ... si t'as pas un médecin présent, c'est beaucoup plus compliqué parce que tu ne peux pas l'appliquer !

ESI : Est-ce que face à cette difficulté à soulager le patient, est-ce que tu peux dire que c'était un échec ?

225 **IDE2** : Je ne parle pas d'échec parce qu'on a quand même fait beaucoup de choses. On essaye, on met des choses en place ... on essaye de trouver des alternatives, de toujours être dans le confort du soin. Donc, je dirais qu'on a atteint nos limites, mais qu'on n'est pas dans l'échec. Cela dans le cadre de la salle de réveil. Et si je te parle pour la cancérologie. Oui, j'ai vu des patients, on était dans l'échec. Parce que l'on mettait rien en place et qu'ils partaient en souffrance sur des fins de vie. Et là on est sur un échec de la prise en soin ...
230 Quand on met des choses en place, qu'on essaye, mais qu'on se rend compte qu'on a des limites. D'accord ... Mais si on ne fait rien qu'on ne cherche pas à écouter le patient. Là, on est dans l'échec.

ESI : C'est une bonne conclusion ... As-tu quelque chose à ajouter ?

235 **IDE2** : Oui je reviens juste sur les émotions. Je viens de retrouver ce que je voulais dire. Quand je parlais de la cancéro ... où c'était compliqué tu sais ... En fait on était impuissants. C'est exactement ça, c'est de l'impuissance. C'est se dire «Bah mince, je voudrais faire ça, mais je ne peux pas». Et ça, c'est la définition de l'impuissance.

ESI : Oui je vois tout à fait !

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Objectif : Définir le prendre soin		
Catégories :	Thèmes :	Items :
Patient sujet		<ul style="list-style-type: none"> - «Mon patient je le considère comme quelqu'un à part entière» - «Je vais le prendre lui en soin» - «Le prendre soin c'est en fonction de ses besoins» - «La priorité c'est avant tout son confort» - «C'est un temps avec le patient»
Approche multidimensionnelle	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - «Le prendre soin clinique, pourquoi il est là ?» - «C'est savoir avertir quand il y a quelque chose qui ne va pas»
	Psychique	<ul style="list-style-type: none"> - «prise en charge psychique»
	Relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - «prise en charge relationnelle» - «L'aspect relationnel dans le prendre soin» - «C'est vraiment l'aspect technique et relationnel. Savoir mêler les deux et être présent auprès d'un patient»
	Technique	<ul style="list-style-type: none"> - «Il y a l'aspect technique aussi» - «prendre soin, c'est aussi appliquer les prescriptions médicales»
Considération de l'entourage		<ul style="list-style-type: none"> - «mais également sa famille, ses proches, parce qu'eux aussi vont avoir une importance primordiale dans son parcours de soins» - «Quand on parle de relations humaines, il y a plusieurs sphères, notamment la sphère sociale. Donc prendre soin d'un patient c'est prendre en compte toutes ces sphères autour de lui»
Prendre soin de qualité	Recherche de cohérence	<ul style="list-style-type: none"> - «Pour bien prendre en soin quelqu'un, et sa famille, il faut que ce soit cohérent» - «Il faut que ce soit une démarche objective et non subjective» - «Il faut quand même que chaque soin soit fait objectivement»
	La place de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - «Mais c'est aussi pour ça que c'est important d'en parler en équipe et de débriefe.»
	Approche complexe	<ul style="list-style-type: none"> - «On essaye toujours d'avoir une prise en charge de qualité» - «Parce que ce n'est pas toujours simple» - «Prise en charge de qualité, pour moi, c'est quand un patient repart avec le sourire et qui me remercie d'avoir été là et pour ce qu'on a fait, pour moi, c'est un gage de qualité»

Objectif : Définir le rôle infirmier dans le prendre soin		
Catégories :	Thèmes :	Items :
Travailler en conscience		<ul style="list-style-type: none"> - «Il faut qu'on comprenne ce qu'on fait» - «Mais ça arrive qu'il y ait des soins que l'on ne comprenne pas pourquoi on les fait tout de suite» - «Mais il faut qu'on comprenne pourquoi on fait tout ça» - «C'est tout le travail d'une infirmière» - «Il faut savoir prendre en compte le passé des patients parce qu'en fonction de ça, on n'a pas tous la même perception de la douleur»
Travail en équipe		<ul style="list-style-type: none"> - «Quand on a les médecins sous la main, ils peuvent nous répondre» - «De nuit, c'est au moment des transmissions que l'on pose les questions»
Attitudes soignantes	Ecoute active	<ul style="list-style-type: none"> - «L'écoute principalement» - «Il faut s'avoir l'écouter»
	Présence / disponibilité	<ul style="list-style-type: none"> - «le simple fait d'être présent, parce qu'une fois la porte fermée il se retrouve tout seul» - «Elle demandait une présence permanente» - «Accueillir un patient. Le rassurer, lui expliquer ce qu'il va se passer»
	Remise en question	<ul style="list-style-type: none"> - «Des fois, on se remet en question»

Objectif : Identifier la place de la douleur dans le prendre soin		
Catégories :	Thèmes :	Items :
Importante		<ul style="list-style-type: none"> - «elle est très importante» - «la douleur est le premier critère qu'on recherche pour notre patient, pour son confort avant tout» - «La gestion de la douleur est ultra importante» - «Et donc, nous, c'est essentiel. C'est 90% de mon travail, moi au réveil, c'est la prise en charge de la douleur»
Angoisse et vécu de la douleur		<ul style="list-style-type: none"> - «Cela peut-être aussi de l'angoisse qui peut provoquer cette douleur» - «Surtout exprimer son angoisse, car elle avait peur de la mort» - «C'était beaucoup de l'angoisse» - «parce qu'on peut avoir une perception de la douleur par rapport à son vécu» - «ce n'est pas une douleur réelle suite à l'intervention mais c'est un peu tout ce qu'il a vécu avant qui l'entraîne»

Evaluation		<ul style="list-style-type: none"> - «On aborde souvent les patients par comment ils vont. Ce qu'on recherche c'est de connaître leur état physique et psychique forcément. Ce qu'on entend derrière cette question c'est "est-ce que vous avez mal?"» - «Après la douleur c'est très subjectif» - «Il y a ceux qui vont dire qu'ils ont toujours mal et qu'ils ont un faciès très détendu, ils sont souriants, ils vont parler...» - «des patients qui disent qu'ils vont avoir mal mais qui vont avoir un langage corporel qui dit complètement l'inverse»
------------	--	--

Objectif : Identifier les différentes stratégies thérapeutiques contre la douleur

Catégories :	Thèmes :	Items :
Médicamenteux		<ul style="list-style-type: none"> - «elle était sous Morphine avec bolus et Hypnovel avec bolus également. On lui mettait Spasfon et Paracétamol en systématique» - «Déjà, des traitements qui relaxent» - «et des fois, des anxiolytiques ça va permettre d'apaiser les choses» - «on se réfère aux prescriptions des anesthésistes pour la prise en charge de la douleur» - «Ils ont des antalgiques en salle en systématique, à type de Paracétamol, Profenid, Acupan» - «on les titre en Morphine» - «On peut mettre des seringues électriques d'Acupan, des PCA de Morphine, ou mettre plein de choses en place»
Non-médicamenteux	Relationnel	<ul style="list-style-type: none"> - «C'était principalement l'écoute qui la soulageait» - «Et puis tout simplement la discussion. Parler avec quelqu'un» - «Mais le relationnel est essentiel là dedans aussi» - «on le rafraîchit. On l'installe. Déjà c'est un temps pour le patient qui fait que la douleur il l'oublie, il occulte un peu»
	Communication thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - «Et moi je me met un mot d'ordre de ne pas dire "mal"» - «C'est ce que l'on appelle la communication thérapeutique» - «Moi je met surtout en place, dans la relation, la communication thérapeutique»
	Hypnose	<ul style="list-style-type: none"> - «J'ai été initiée à l'hypnose, je peux donc la pratiquer avec certains patients» - «On a des infirmiers anesthésistes qui sont formés à l'hypnose» - «l'hypnose ça marche très bien»
	Musique	<ul style="list-style-type: none"> - «il y a également la musicothérapie. On donne au patient une tablette» - «on met de la musique à côté d'eux pour qu'ils se détendent»
	Art-thérapie	<ul style="list-style-type: none"> - «Et sinon l'art-thérapeute vient également» - «On a pas mal de personnes qui sont là pour les soins de support»

	Massage	<ul style="list-style-type: none"> - «La socio-esthéticienne peut apaiser certaines douleurs au travers du toucher, des massages» - «mais le massage. C'est hyper important dans la prise en charge de la douleur. Masser quelqu'un qui est dans un lit depuis quelques heures auparavant, au réveil, il a mal. On le tourne on lui masse le dos»
--	---------	---

Objectif : Identifier le comportement et le ressenti de l'infirmière

Catégories :	Thèmes :	Items :
Stratégies d'adaptation	Travail en équipe	<ul style="list-style-type: none"> - «On s'est relayés. On a principalement géré en binôme avec mon aide-soignant. On s'est relayés toutes les demies heures on était avec elle. - «On appelait le médecin» - «passer la main» - «Je travaillais de nuit et on n'avais pas de médecins, donc on pouvait les appeler, mais ils se déplacent très rarement» - «Les anesthésistes sont tout le temps là» - «ils sont toujours avec nous. Et au moindre souci, on les appelle et ils essayent quand même d'être réactif»
	Sédation	<ul style="list-style-type: none"> - «il ne pouvait pas aller plus loin car il y a un risque important de surdosage. Mais avec le recul, la seule manière de la soulager c'était de la sédaté» - «Malgré nos paroles et notre insistance à lui dire qu'on faisait notre maximum. Il y a un moment où il fallait qu'on tende vers ça» - «Quand on arrive sur du palliatif, on peut se permettre d'augmenter et d'augmenter les doses de Morphine» - «Les patients qui restent vraiment avec des grosses douleurs. Ça m'est déjà arrivé de, pas ré-endormir complètement quelqu'un, mais remettre du Propofol à petites doses» - «Et puis des fois ils ont un autre réveil. Et du coup ça va faire en sorte que derrière, ils oublient un peu ce qu'ils ont vécu avant»
	Gestion des émotions	<ul style="list-style-type: none"> - «On arrive à mieux gérer nos émotions, ce que nous on ressent» - «La plupart du temps j'arrive à passer à autre chose, une fois que j'ai posé ma blouse au vestiaire» - «Je prends beaucoup de recul» - «c'était nous qui étions en première ligne. Et des fois, on n'a pas les compétences médicales pour et c'est vraiment pas simple à affronter en tant que jeune infirmière» - «Il faut rester calme» - «Rester calmer» - «ça se travaille. Avec l'expérience aussi, mais on apprend à prendre du recul par rapport aux choses et aussi à se protéger» - «J'arrive à beaucoup mieux gérer mes émotions»

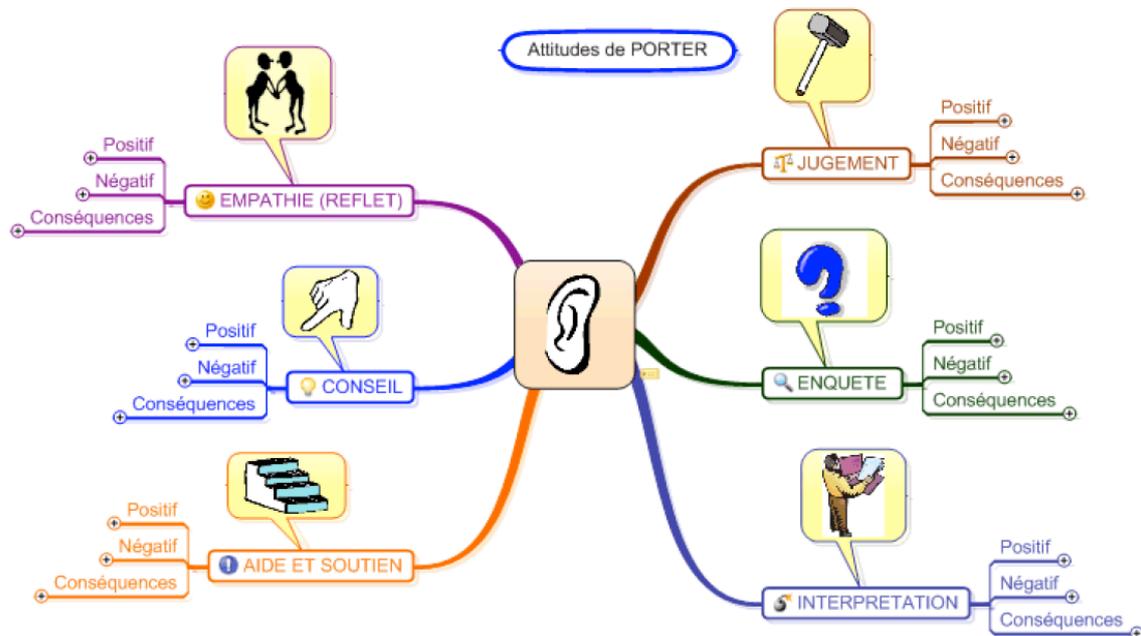
	Volonté de résoudre le problème	<ul style="list-style-type: none"> - «Je me dis que je suis là pour ça. Donc je mets tout en oeuvre avec beaucoup d'empathie. J'essaye de faire bouger les choses» - «Je mets tout en oeuvre pour qu'on trouve une solution quoi» - «Si on avait pu mettre des mots sur une situation, si on prévenait et gérait ce genre de situation» - «On essaye de tout mettre en place»
	Expliquer au patient	<ul style="list-style-type: none"> - «C'est hyper important d'expliquer au patient tout ce qu'on a fait et pourquoi il a encore mal. Et ce qu'on va pouvoir lui apporter derrière pour le soulager» - «surtout expliquer et expliquer qu'on va mettre des choses en place»
Ressenti de l'IDE	Douloureux	<ul style="list-style-type: none"> - Comment tu as vécu cette situation ? «Très mal» - «C'est très difficile de gérer la douleur d'un patient» - «Mais oui ça fait mal» - «Mais c'est difficile de l'accepter» - «J'ai déjà un des gens qui n'étaient pas soulagés, et des fois, dire "bah... là je peux rien faire". C'est hyper compliqué pour les infirmières» - «et on ferme la porte. Sauf que on laisse quelqu'un d'algique derrière et c'est pas facile.» - «j'aime pas ces journées là parce qu'on ... on a des limites» - «Après c'est très dur de s'occuper d'un patient qui a mal» - «là c'est horrible. Je me sentais très mal personnellement» - «Je me suis déjà sentie très mal»
	Tristesse	<ul style="list-style-type: none"> - «C'est triste de voir souffrir un patient» - «La tristesse»
	Incompréhension	<ul style="list-style-type: none"> - «Pour moi il est inconcevable de laisser quelqu'un douloureux à l'heure actuelle. D'autant plus qu'on a les moyens. Sauf si c'est son choix. Mais c'est pas normal» - «On a l'impression de ne pas être arrivé au bout de notre prise en charge»
	Colère	<ul style="list-style-type: none"> - «Il y a eu un peu de colère» - «On se remonte un petit peu» - «Et je pense que c'est une manière de se protéger» - «Laisser un patient douloureux c'est pas bien»
	Frustration	<ul style="list-style-type: none"> - «Alors ça c'est très frustrant» - «Donc là, on est un peu moins frustrés» - «Et ça c'est très très frustrant» - «C'est ultra frustrant» - «Et oui moi j'étais frustrée» - «Mais ça reste hyper frustrant»
	Impuissance	<ul style="list-style-type: none"> - «de l'injustice et surtout de l'impuissance» - «On ne peut rien faire» - «En fait on était impuissants. C'est exactement ça, c'est de l'impuissance. C'est se dire "bah mince je voudrais faire ça mais je ne peux pas". Et ça c'est la définition de l'impuissance»

Objectif : Identifier les conséquences de cette difficulté à soulager le patient

Catégories :	Thèmes :	Items :
Répercussions sur les différents acteurs	Le soignant	<ul style="list-style-type: none"> - «tu as créé tellement de choses avec elle, tu t'en occupes depuis longtemps, que tu as envie de dire "nan nan je reste auprès d'elle, je veux savoir ce qu'il se passe, je veux être là"» - «Nous ça peut nous apprendre des choses. A chaque prise en charge de patient douloureux, on peut avoir des idées différentes sur la communication, sur le plan du divertissement, pour rassurer le patient aussi. Et ça peut nous apprendre et nous dire "on peut faire ça la prochaine fois"»
	L'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - «L'équipe est frustrée, elle le vit mal, l'impuissance, la tristesse reviennent» - «On peut faire en sorte que si ça arrive, que tout sera mis en place pour eux plutôt que prendre des décisions à la dernière minute. Sinon on va vite laisser des équipes en détresse»
	Le patient	<ul style="list-style-type: none"> - «au niveau du patient, oui, parce que quelqu'un qui se fait opérer et qui a mal au réveil, qui reste douloureux derrière, s'il doit venir en salle d'intervention. Il va être hyper anxieux et il va avoir cette mémoire de la douleur»
	La famille	<ul style="list-style-type: none"> - «Au niveau de la famille : ils étaient démunis» - «Ça met un peu en défaut l'équipe médicale et paramédicale» - «Parce que malgré tout ce qu'on fait, ça ne fonctionne pas et qu'ils veulent des résultats» - «Des patients et leur famille en détresse»
	Les autres patients	<ul style="list-style-type: none"> - «Et je pense que parfois on va écouter certains passages dans des chambres pour revenir au plus vite auprès d'elle»
	L'organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> - «Dès que je pouvais j'allais la voir» - «Souvent c'est lourd. Ce sont des patients au sein d'un secteur qui sont lourds» - «Aussi sur la charge de travail» - «Ca a des répercussions sur l'organisation de la nuit, tu fais au mieux, tu partages avec ton aide-soignante, tu essayes de décaler des soins»

<p>Sentiment d'échec</p>	<p>Déroulé des événements</p>	<ul style="list-style-type: none"> - «Je pense que c'était un échec mais je prends beaucoup de recul. Dans le sens où les choses auraient pu se passer autrement» - «Mais oui, un échec de me dire qu'on aurait pu faire plus» - «Ils peuvent laisser le patient et l'équipe en difficulté. Pour moi ça c'est un échec» - «Parce que l'on mettait rien en place et qu'il partait en souffrance sur des fins de vies. Et là c'est un échec de la prise en soin» - «Je ne parle pas d'échec parce qu'on a quand même fait beaucoup de choses. On essaye, on met des choses en place. On essaye de trouver des alternatives de toujours être dans le confort du soin» - «Donc je dirais qu'on a atteint nos limites, mais qu'on n'est pas dans l'échec» - «Quand on met des choses en place, qu'on essaye, mais qu'on se rend compte qu'on a des limites. D'accord. Mais si on ne fait rien, qu'on ne cherche pas à écouter le patient. Là on est dans l'échec.»
	<p>Vision du métier</p>	<ul style="list-style-type: none"> - «C'est un échec surtout dans notre conception de faire les choses» - «C'est plus d'ailleurs un échec pour les médecins car souvent l'équipe paramédicale l'accepte mieux, car on est au plus près» - «Pour certains médecins c'est très difficile de laisser leurs patients. Dire qu'ils ne peuvent plus rien faire pour eux de curatif» - «En cancérologie, me retrouvée seule à devoir gérer des choses sans soutien. Moi je m'y attendais pas» - «A l'école, je trouve un peu cette image de prise en charge (désolée du terme) "bisounours". Franchement tout est beau. On a le temps avec tous les patients» - «Quand on arrive dans la vraie vie professionnelle. Moi j'ai reçu une grande claque dans la figure, surtout dans un service comme ça» - «ça m'a plutôt réconciliée, là où je travaille actuellement» - «Parce qu'on est une bonne équipe avec des médecins présents et du coup, ça revient plus à l'image que j'avais de l'infirmière en rentrant à l'école» - «Dans le sens, l'infirmière qui peut agir, est soutenue et qui travaille en équipe, tout simplement, se retrouve pas toute seule à gérer des choses»

Annexe V : Les attitudes de Porter



Les attitudes de Porter - myteamswings.org

Le psychologue américain Elias Porter, collaborateur de Carl Rogers, met en évidence une typologie d'attitudes identifiables (Les six attitudes d'écoute de Porter), qui sont plus ou moins naturelles et spontanées en fonction des personnes et des moments de la vie de chaque personne, déterminant ainsi la qualité et le style d'écoute pour chaque échange.

- **L'attitude de jugement** : cette attitude nous positionne dans la figure du juge et positionne notre interlocuteur dans la position du jugé. Nous sommes dans cette attitude lorsque nous sommes dans le jugement et la critique, critique aussi bien positive que négative. Cette attitude nous place, dès lors, dans une position de pouvoir par rapport à l'autre.
- **L'attitude d'interprétation**. Autre attitude de pouvoir à l'égard d'un tiers, puisque celui qui « interprète » connaît au moins un langage de plus que celui qui est le sujet-objet de l'interprétation. Très usité chez les coach et les psychologues, tout l'art de l'interprétation réside dans la mesure et la discontinuité. Dans le cas contraire, les réactions peuvent être très négatives et violentes : refus d'être mis à nu, rapport de force direct, posture d'adversité.
- **L'attitude de soutien** : il s'agit de la métaphore du tuteur ou l'image de la béquille. L'attitude de soutien consiste, pour l'autre, à s'en remettre entièrement à l'accompagnant le temps d'une réhabilitation, d'un mieux-être, ou d'une autonomisation de la personne.
- **L'attitude d'investigation ou d'enquête** : l'enquêteur, l'inspecteur, autres types de figure du pouvoir et de l'autorité sur un tiers. Dans des temps plus reculés, cela pouvait prendre le nom d'inquisiteur.
- **L'attitude de conseil** : là aussi nous avons les « pour » et les « contre ». Ce type d'approche peut avoir des résultats positifs dès lors que l'accompagnant a pris le temps nécessaire pour identifier clairement les enjeux de la demande et les besoins car, à défaut, si la solution n'est pas celle attendue elle pourra tout simplement être rejetée en bloc, coach avec.
- **L'attitude de compréhension (ou empathique)** : cette attitude est certainement la plus utilisée, et la plus recommandable, dans les métiers de l'accompagnement, du coaching, de la relation d'aide ou de la psychothérapie

Annexe VI : Les 6 émotions fondamentales

	Peur		Besoin de me protéger de me sentir en sécurité
	Colère		Besoin de défendre mon territoire
	Tristesse		Besoin d'attachement et de réconfort
	Dégoût		Besoin de repousser ce qui est toxique
	Surprise		Besoin de faire face à l'imprévu
	Joie		Besoin de partager avec les miens

Mon cahier Vittoz spécial gestion des émotions

L'émotion est légitime, elle traduit un ressenti et a une fonction utile. Elle n'est ni positive, ni négative.

La peur est une émotion d'anticipation. Elle est utile lorsqu'elle nous informe d'un danger, d'une menace potentielle ou réelle car elle nous prépare à fuir, ou à agir. Elle peut être également liée à une appréhension, elle peut alors s'avérer stimulante ou bloquante.

La colère est une réaction de protection. Elle résulte d'une frustration, d'un sentiment d'injustice, de la rencontre d'un obstacle, voire de l'atteinte à son intégrité physique ou psychologique.

La tristesse est liée à une perte, une déception, un sentiment d'impuissance, un souhait insatisfait. Elle se caractérise par une baisse d'énergie, de la motivation.

Le dégoût correspond à un rejet, une aversion physique ou psychologique envers un objet (nourriture...) ou une personne, perçus comme nuisibles.

La surprise est provoquée par un événement inattendu, soudain, en lien avec un changement imminent ou par une révélation allant à l'encontre de notre perception, de nos représentations. Elle est généralement brève, puis s'estompe ou laisse place à une autre émotion.

La joie est liée à la satisfaction d'un désir, la réussite d'un projet important à nos yeux. C'est un état de satisfaction et de bien-être qui se manifeste par de la gaieté et de la bonne humeur. Elle accroît notre énergie, la motivation et la confiance en soi.

Les émotions, lorsqu'elles sont source d'énergie, constituent un moteur puissant mais elles peuvent aussi être un frein, nous bloquer, provoquer des effets indésirables et nous empêcher d'agir. Par exemple la peur de ne pas être à la hauteur peut nous amener à refuser une promotion, à ne pas oser demander de l'aide. À l'inverse, la réussite d'un projet procure une grande satisfaction, voire de l'enthousiasme. Elle stimule, donne envie d'aller de l'avant et de s'améliorer. Elle constitue un élan, une dynamique. Être attentif à ses émotions, à son ressenti, mettre des mots sur l'intensité de l'émotion développe la conscience émotionnelle et aide à mieux se comprendre et comprendre l'autre.

Identifier les 6 émotions fondamentales - e-marketing.fr

Annexe VII : Poster scientifique pour l'UE Optionnelle 5.7 S6



L'impuissance face à la douleur. La douleur de l'impuissance.

Dans quelle mesure le sentiment d'impuissance ressenti par l'infirmière face à un patient douloureux peut impacter son prendre soin ?

1. Intérêt professionnel

- Thématique universelle : quel soignant ne s'est pas senti impuissant face à la douleur, le handicap, la maladie incurable, la mort...?
- Pratiques professionnelles constamment confrontées à la gestion de la douleur, comment l'améliorer ?
- Infirmiers avec un sentiment d'impuissance et vulnérables, comment réagir ?

2. Méthode

- Eclairages théoriques :
 - . Le prendre soin, une histoire qui se perpétue
 - . La personne douloureuse, une situation complexe
 - . Le sentiment d'impuissance et la perte des illusions du soignant
- Etayage par deux entretiens semi-directifs avec des infirmières d'oncologie
- Analyse des entretiens au regard du cadre conceptuel

3. Résultats d'analyse

Voici les différents thèmes abordés par les infirmières à propos du prendre soin et de leur rôle dans sa mise en place. Prendre soin d'un patient «c'est tout le travail d'une infirmière» (IDE2).

Prendre Soins	Rôle de l'infirmière
Patient sujet	Attitudes soignantes
Approche multidimensionnelle	Travail en équipe
Cohérence	Travailler en conscience



La gestion de la douleur est très importante, c'est la majeure partie du travail de l'infirmière.

Stratégies thérapeutiques :

- Médicamenteuse
 - Non-médicamenteuse
 - . Relationnel
 - . Communication thérapeutique
 - . Hypnose
 - . Musique
 - . Art-thérapie
 - . Massage
- Infirmière possède tout un arsenal thérapeutique.

Le Ressenti des infirmières face à la douleur



- Dououreux
- Tristesse
- Incompréhension
- Colère
- Frustration
- Impuissance

Graphique représentant le nombre de fois où les infirmières ont évoqué leur ressenti face à un patient douloureux non soulagé.



La douleur non soulagée a des répercussions sur de nombreux aspects de la prise en soins : le soignant, l'équipe, le patient, sa famille, les autres patients et l'organisation du travail.



EIDE1 s'est sentie en échec car selon elle, ça aurait dû se passer autrement.
EIDE2 considère que sa vision du métier a changé face à la réalité du soin.

4. Conclusion

- . Infirmière et le prendre soin sont indissociables. Ce constat est fait par les auteurs et les infirmières.
- . La douleur est complexe. Il faut chercher à la comprendre pour bien la traiter.
- . Les émotions inhérentes à la douleur sont nombreuses. Le soignant doit les accepter pour faire preuve de résilience.

5. Ouverture

Le sentiment d'impuissance est mal perçu dans le milieu médical, que ce soit par les usagers ou par les praticiens. Mais le soignant est humain, il a des émotions et il peut avoir des failles, qui laissent la porte ouverte à l'apparition d'erreurs, qui sont encore plus mal perçues.



=> En quoi le laisser parler des émotions face à un patient douloureux remet en question l'image de l'infirmière et son droit à l'erreur ?

6. Références

- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin.
- Marchand, S. (1998). Le phénomène de la douleur: comprendre pour soigner.
- Delieutraz, S. (2012). Le vécu d'impuissance chez le soignant: entre pertes et élan retrouvé.

Floriane LORY
Promotion 2017-2020
Evaluation UE optionnelle 5.7 S6

Nom : LORY
Prénom : Floriane

L'impuissance face à la douleur. La douleur de l'impuissance.

To take care of a painful patient who can't be relieved of his pain is difficult. I felt vulnerable, helpless and powerless. A question came to me : In what way the feeling of powerless felt by the nurse in front of a painful patient can impact the care ? This issue is interesting for the nurse's practice because we can feel powerless in many situations : pain, disability, incurable disease, death...

To answer this question, I looked for theoretical insights from the authors about : caring history, painful person's complexity, powerlessness and the loss of caregiver's illusions. Then, I interviewed two oncology nurses to provide more answers. Next, I analyzed what they said.

I discovered that the nurse has a key role in the care of a patient and her mission is to watch over him. Furthermore, pain management is the major part of the nurse's job and she has a lot of ways to relieve pain. But, pain awakes many feelings for the caregiver. In front of the reality of care, powerlessness confronts the humanist values of the nurse. Painful care situations are common in our profession. We have to learn from them to improve our practice because we will face it again.

La prise en soins d'un patient douloureux qu'on ne parvient pas à soulager est très difficile. Je me suis sentie vulnérable, démunie et impuissante. J'en suis venue à me poser la question suivante : Dans quelle mesure le sentiment d'impuissance ressenti par l'infirmière face à un patient douloureux peut impacter son prendre soin ? Ce travail sur cette thématique est intéressant pour notre pratique car on peut se sentir impuissant face à plusieurs situations : la douleur, le handicap, la maladie incurable, la mort...

Pour tenter de répondre à cette question, j'ai recherché auprès des auteurs des éclairages théoriques autour de : l'histoire du prendre soin, la complexité de la personne douloureuse, le sentiment d'impuissance et la perte des illusions du soignant. J'ai étayé par deux entretiens semi-directifs avec des infirmières d'oncologie que j'ai, par la suite, analysés.

J'ai découvert que l'infirmière a un rôle primordial dans le prendre soin du patient et que sa mission est de veiller sur lui. De plus, la gestion de la douleur est la majeure partie du travail de l'infirmière, elle possède tout un arsenal thérapeutique. Cependant, la douleur réveille de nombreuses émotions chez le soignant. Face à la réalité du soin, l'impuissance se confronte aux valeurs humanistes de l'infirmière. Les situations de soins douloureux sont communes dans notre profession, il faut savoir apprendre de toute expérience pour améliorer sa pratique lorsque nous y serons à nouveau confrontés.

Keywords : Caring, Powerlessness, The caregiver's emotions, Pain, Therapeutic strategies.

Mots clés : Prendre soin, Impuissance, Emotions du soignant, Douleur, Stratégies thérapeutiques.

Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09
Travail écrit de fin d'étude - 2017-2020