



**Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.**

**2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09**

**Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers**

**“L’impact de la pression temporelle sur la communication lors de douleurs induites par les soins”**

**Formateur référent mémoire : SORTELLE Claudine**

**BARATON Pauline**

**Formation infirmière**

**Promotion 2019 - 2022**

**Date : 2 mai 2022**



## **PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE**

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

**Diplôme d'Etat d'Infirmier**

**Travaux de fin d'études :**

**En quoi la pression temporelle ressentie par l'IDE peut-elle impacter la communication avec le patient lors de la réalisation d'un soin porteur de douleurs induites ?**

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

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

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

**Le 1er mai 2022**

**Identité et signature de l'étudiant : Baraton Pauline**

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

## Remerciements

À ma référente de mémoire, Claudine Sortelle, pour m'avoir conseillée et accompagnée tout au long de ce travail.

À ma référente pédagogique, Pascale Mancheron, de m'avoir suivie avec bienveillance durant ces trois ans.

Aux infirmières qui ont accepté de répondre à mes questions, merci pour leur gentillesse.

À mes parents pour avoir relu et corrigé mon mémoire et à mes amies de l'IFSI pour leur aide et leur soutien précieux durant ces trois années.

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>1. Problématique et questionnements</b>	<b>1</b>
1.1 Situation d'appel	1
1.2 Cheminement question de départ	3
1.3 Question de départ	4
<b>2. Cadre théorique</b>	<b>4</b>
2.1 La communication	4
2.1.1 La communication verbale	5
2.1.2 La communication non verbale	5
2.1.3 La relation soignant-soigné	6
2.2 La douleur	7
2.2.1 Les composantes de la douleur	8
2.2.2 Les types de douleur	9
2.2.3 Évaluation de la douleur	9
2.2.3-1 Objectifs	9
2.2.3-2 Évaluation de la douleur par l'IDE	9
2.2.3-3 Les outils d'évaluation de la douleur	10
2.2.4 Douleur induite	11
2.2.4-1 Description de la douleur	11
2.2.4-2 Facteurs d'influence	11
2.2.4-3 Conséquences pour le patient	12
2.2.4-4 Conséquences pour le soignant	13
2.3 Pression temporelle	13
2.3.1 Définitions pression temporelle et urgence	13
2.3.2 Conséquences charge de travail, stress et pression temporelle sur les soins	14
<b>3. Analyse des entretiens</b>	<b>16</b>
3.1 Fréquence	16
3.2 Méthodes	16
3.3 Pression du temps	16
3.4 Gestion de cette pression	17
3.5 Impact sur la communication	17
3.6 Charge de travail	18
<b>4. Discussion</b>	<b>19</b>
4.1 L'écoute et l'information au service de la communication verbale	19
4.2 L'attitude du soignant, un miroir de l'attitude du patient ?	19
4.3 Des prophylaxies variées pour soulager la douleur induite	20
4.4 L'interruption de tâche, un fléau de tous les jours	20
4.5 Se mettre dans une bulle avec le patient	21
4.6 L'équipe de soin, un pilier face à la pression du temps	21
4.7 Prendre son temps pour en gagner ensuite	21

4.8 La culpabilité comme lot de consolation	22
<b>5. Question de recherche</b>	<b>23</b>
<b>Conclusion</b>	<b>24</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>26</b>
<b>Annexes</b>	<b>28</b>
Entretien IDE 1	
Entretien IDE 2	
Analyse des entretiens (Tableau)	
<b>Abstract</b>	

## Introduction

Je suis étudiante en 3ème année à l'institut de soins infirmiers de Rennes. Dans le cadre de ma formation, je suis amenée à réaliser un mémoire de fin d'études sur le thème de mon choix, partant d'une situation qui m'a marquée lors de l'un de mes stages.

Tout au long de mes trois années de formation, je me suis rendue compte de l'importance de la communication avec les patients lors des soins, notamment concernant la gestion de la douleur.

Cette dernière est en effet le lot quotidien des patients et par conséquent, des soignants. C'est pourquoi il m'a semblé judicieux d'approfondir le sujet. Comment par de simples paroles, par notre comportement, apporter un soulagement de la douleur chez les patients ? Cela me semble être une question intéressante à aborder. En effet, peu importe le service où je travaillerai, que ce soit auprès de personnes âgées, d'enfants, aux urgences ou à domicile, les patients seront le plus souvent douloureux et désireux de ne plus souffrir. Mon but ici est d'interroger les techniques à utiliser pour réduire la souffrance des patients. Que faire quand il n'est pas possible de donner plus de médicaments ? Ou quand le temps manque ? Si l'on doit agir rapidement et que l'on a pas la possibilité d'administrer un traitement antalgique ?

Je débuterai mon développement avec l'explication de ma situation d'appel. J'énoncerai ensuite les questionnements qui en découlent et qui ont amené à ma question de départ. Suite à cela, je commencerai mon cadre théorique dans lequel je développe les concepts découlant de ma problématique. J'étayerai ensuite mon raisonnement en interrogeant des infirmières et en analysant leurs réponses dans le but de confronter la théorie et la pratique. Ces différentes étapes me permettront d'aboutir à une question de recherche pouvant amener à une réflexion plus approfondie sur mon travail.

## 1. Problématique et questionnements

### 1.1 Situation d'appel

La situation dont je souhaite parler s'est déroulée lors de mon stage de semestre 5 en service de rhumatologie.

J'étais de matin ce jour là et je suivais une infirmière tout juste diplômée, depuis juillet. Nous avons couru toute la matinée car l'organisation n'avait pas été évidente au vu du premier jour de l'infirmière.

Alors que nous avons fini le tour de médicaments, il devait être aux alentours de 13h, l'infirmière se rend compte qu'un bladder scan est prescrit pour un de nos patients. Un globe urinaire a été repéré

au scan ce matin. Elle décide de le faire directement et nous nous dirigeons donc dans la chambre du patient en question.

Il s'agit d'un monsieur de 48 ans, qui présente une symphysite des 2 adducteurs. Il s'avère qu'il n'urine pas beaucoup ou en petite quantité.

L'IDE réalise donc l'examen qui montre que le patient a entre 700 et 800 ml d'urines dans la vessie. Il est donc en globe vésical.

Le monsieur ayant une IRM en début d'après-midi, les brancardiers arrivent pour venir le chercher. Cependant, l'infirmière, au vu du globe vésical, décide de poser une sonde urinaire avant le rendez-vous du patient.

L'IDE demande à l'infirmière de coupe de venir l'aider pour le sondage car elle ne se sent pas très à l'aise de le réaliser toute seule.

L'IDE de coupe lui propose de faire le sondage comme il doit être fait dans l'urgence mais l'infirmière insiste pour le faire.

Pendant que cette dernière prépare son matériel, l'infirmière de coupe vient rapidement expliquer au patient le geste qui va être pratiqué. Le patient s'interroge sur la douleur induite par le sondage et l'infirmière lui assure qu'il ne va pas souffrir, peut-être ressentir une petite gêne. Les explications sont très rapides et l'infirmière installe le matériel pour poser la sonde. A ce moment-là, l'infirmière pose des questions sur la préparation, ne semble pas très assurée dans son soin. On me demande d'installer le champ sur le patient, ce que je fais. Les infirmières s'approchent avec la sonde pour commencer la pose. L'infirmière avec qui j'étais se lance et tente d'insérer la sonde. Elle n'y parvient pas car la sonde rencontre un obstacle, l'autre infirmière prend la main mais n'arrive pas à poser la sonde non plus. Je suis au niveau de la tête du patient qui souffre énormément, crie de douleur, transpire. Au début du geste, l'infirmière de coupe indique au patient de respirer, mais elle est rapidement prise par le soin et se concentre donc sur le sondage. Je réalise alors qu'il faut que je dise quelque chose pour aider le patient. Que puis-je faire pour le soulager ? Je lui dis donc de prendre de grandes inspirations, je pose ma main sur son épaule en essayant de le rassurer de mon mieux.

Suite à cette première tentative de pose, soldée d'un échec, les infirmières vont chercher une autre sonde, non coudée cette fois-ci, pour essayer de réaliser le geste. Les brancardiers attendent dans le couloir, la pression temporelle se fait ressentir.

La deuxième tentative n'est pas plus réussie que la première et le patient souffre à nouveau beaucoup.

Les infirmières finissent par abandonner, le patient se relève, et décide d'essayer d'uriner de lui-même pour éviter toute nouvelle souffrance due à une sonde. Ses efforts sont vains car il ne parvient pas à uriner suffisamment, la sonde urinaire est donc toujours nécessaire et sera posée après son IRM.

Je ressors de la chambre les jambes tremblantes, comme sonnée par la douleur qu'a endurée (inutilement au final) le patient.

J'apprendrai le lendemain que le patient s'est rendu suite à son examen en service d'urologie où il a attendu une heure dans les couloirs avant d'être pris en charge par l'interne d'urologie qui a finalement, et non sans mal, réussi à lui poser la sonde urinaire, qui s'est avérée efficace pour évacuer le globe vésical.

J'apprendrai également qu'en cas de globe vésical et lors d'un premier sondage chez un homme, le geste doit normalement être pratiqué par un médecin.

Suite à cet épisode, je sais que le patient a discuté avec l'infirmière qui avait décidé de la pose de la sonde. Il m'en a également reparlé pour me dire qu'il avait vraiment mal vécu ce moment, qu'il ne s'était pas du tout senti en sécurité et écouté.

Si je devais me retrouver à nouveau face à une situation identique, je pense que j'essaierai de donner plus d'explications au patient pendant que les infirmières préparent le geste, en effet n'aurais-je pas pu prendre les choses en main et rassurer le patient en amont ? Je n'avais rien à faire au niveau technique comme les infirmières étaient déjà deux mais ne pouvais-je pas intervenir pour donner des explications et préparer au mieux le patient ?

Peut-être aussi que les soignants qui doivent effectuer le soin pourraient se retrouver trois minutes avant d'entrer dans la chambre du patient et se distribuer les rôles, chacun saura ainsi quoi faire sans que le soin parte dans tous les sens et donc assurer au mieux le soin et la sécurité du patient.

## 1.2 Cheminement question de départ

J'avoue que cet épisode m'a vraiment marquée. Je trouve en effet que la prise en charge de ce patient a été un échec au niveau de la pose de la sonde. Je ne parle pas forcément du geste en lui-même mais surtout de nos attitudes en tant que soignant.

N'est ce pas notre rôle que de donner au patient les explications nécessaires lors d'un geste, surtout invasif comme celui-ci ? N'est ce pas également notre rôle de rassurer le patient au mieux, avant, pendant et après notre intervention ? Ne devons-nous pas aussi essayer d'être le plus calme et sereine possible pour que le patient se sente en sécurité ? Pourquoi ne pas passer la main si nous ne nous sentons pas capable de pratiquer un geste ou du moins si le temps est court et que nous n'avons donc pas le loisir de prendre notre temps pour réaliser le geste tranquillement ? Comment finalement réussir à rassurer le patient, à lui apporter les informations nécessaires malgré la pression temporelle qui nous contraint d'agir rapidement ? Comment prodiguer les meilleurs soins possibles dans l'urgence quelle qu'elle soit ?

Cette situation m'a beaucoup questionnée car dans ce métier, nous côtoyons au quotidien des personnes qui souffrent et notre rôle est de soulager leur douleur grâce à des techniques médicamenteuses ou non. Hors, avec ce patient, la douleur n'a pas pu être soulagée et au contraire, j'ai eu l'impression qu'elle était ignorée. Le but de mes questionnements est de mettre en avant la communication comme approche pour soulager la douleur. Je suis persuadée qu'une communication verbale et non verbale adaptée peut permettre un soin de meilleure qualité et une douleur moindre. En effet, je ne souhaite pas revivre une situation similaire, j'aimerais être armée pour aider le patient à mieux supporter sa douleur.

### 1.3 Question de départ

Tous ces questionnements m'ont amenée à me poser la question suivante :

**En quoi la pression temporelle ressentie par l'IDE peut-elle impacter la communication avec le patient lors de la réalisation d'un soin porteur de douleurs induites ?**

## 2. Cadre théorique

### 2.1 La communication

De nos jours, alors que les moyens de communication prennent de plus en plus d'ampleur dans notre quotidien, il est étonnant de constater que nous communiquons tellement à travers les réseaux sociaux ou les écrans que nous avons parfois du mal à communiquer dans la vie réelle. Robert Lalonde (1981) déclare, à juste titre : "Ce n'est pas qu'on ne communique pas assez, on communique trop et mal." Ce qui devait être vrai déjà au vingtième siècle prend aujourd'hui tout son sens.

Il est donc légitime de se demander ce qu'est la communication. Le Larousse définit la communication comme : "l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse". (*Définitions : Communication - Dictionnaire De Français Larousse, n.d.*)

Et n'est-ce pas en effet ce que nous faisons au quotidien ? C'est un concept qui paraît plutôt facile à appréhender par tous mais qui, lorsqu'on s'y intéresse de plus près, est finalement assez complexe.

#### 2.1.1 La communication verbale

Il existe en effet un schéma de la communication que nous utilisons constamment sans nous en rendre compte. Il s'agit du modèle de Shannon et Weaver. Ainsi, la communication verbale a comme point de départ "un émetteur" qui va transmettre un message. La personne qui reçoit ce message s'appelle "un récepteur". Pour diffuser ce message, plusieurs canaux vont être utilisés tels

que l'oral, l'écrit... Pour être sûr que "le récepteur" a bien compris le message transmis, on utilise le "feed-back", il est également employé pour demander des précisions à notre interlocuteur ou relancer la conversation. Chacun des participants à cette communication va utiliser une technique différente pour que l'information passe correctement. Ainsi, "l'émetteur" va "coder" son message, c'est-à-dire qu'il va utiliser un vocabulaire ou un support adapté au "récepteur" qui lui va tout mettre en place pour "décoder" le message reçu. (Evelyne Terrat, 2020)

Une bonne communication est donc une relation d'échange qui nécessite que chaque participant soit à l'écoute et entende ce que disent les autres en tenant compte des possibles interférences. C'est grâce à la communication verbale que nous allons pouvoir donner à notre interlocuteur des explications, montrer nos connaissances.

A noter que la communication, en plus d'être verbale, est également non verbale. En effet, le non verbal représente 80% lors de la communication contre 20% de verbal.

### 2.1.2 La communication non verbale

Ainsi, la communication non verbale se définit par le fait d'envoyer et recevoir des messages sans passer par la parole. Elle passe également à travers les sens de l'émetteur et du récepteur. Le docteur Martin Winckler (2005), médecin militant, nous dit que le non verbal : « C'est le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole mais au moyen des expressions du visage, des postures, des gestes, de bruits divers. Les choix vestimentaires, la coiffure, la position du corps, le maquillage, les mimiques sont tous des éléments de communication non verbale. »

C'est donc à travers nos attitudes et notre manière d'être que l'autre se fait une image de nous. En effet, une personne aura beau parler de manière très élaborée, si elle ne se comporte pas de manière élégante, c'est cela que l'interlocuteur retiendra : l'attitude plus que les paroles. De même par exemple un patient qui nous dit que tout va bien et qui dans sa manière d'être dira le contraire. Il faut savoir prendre en compte ces deux types de communication pour adapter au mieux notre réponse.

On se rend parfois compte que la communication non verbale prend le dessus sur le verbal. Certains patients posent parfois des questions ou expriment des choses qui ne nécessitent pas forcément de réponse, du moins verbale. Le fait de sourire, de leur prendre la main, de laisser une place au silence aura une valeur bien plus grande que des paroles de réassurance. La communication verbale ou non verbale génère des relations entre pairs.

### 2.1.3 La relation soignant-soigné

Une relation selon le Larousse est l' : "Ensemble des rapports et des liens existant entre

personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles”. (*Définitions : Relation - Dictionnaire De Français Larousse, n.d.*)

Une relation se définit donc par un échange entre deux personnes minimum. “C’est avec son corps, sa parole et son affectivité que l’on entre en relation” (Alexandre Manoukian - La relation soignant soigné, p.426). Différents facteurs entrent en jeu lors de la mise en place d’une relation : les facteurs psychologiques tels que les préjugés, les émotions ; les facteurs sociaux comme l’appartenance à une catégorie professionnelle ou la culture ; et enfin les facteurs physiques qui sont perçus différemment par chacun.

Au-delà de la relation en elle-même, il est intéressant de voir le sens que l’on met derrière. Le contexte de cet échange va donner à la relation son côté unique.

Ainsi, la relation soignant-soigné regroupe toutes les caractéristiques de la relation et a la particularité de se créer autour du soin.

« Activité d’échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant dans le cadre d’une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d’une personne en joignant ses efforts aux siens dans le but de favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience. Cette relation est caractérisée par l’évolution législative en matière d’accessibilité à l’information médicale fournie aux personnes soignées (loi Kouchner 2002) et au dernier texte mentionnant le consentement (éclairé) aux soins du patient. Pour Alexandre Manoukian, c’est “la rencontre entre deux personnes, c’est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. Cette relation nécessite trois attitudes :

- un engagement personnel de l’infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu’il est, avec un autre mode de raisonnement, d’autres réactions et d’autres sentiments ;
- une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu ;
- un minimum de disponibilité.

La relation soignante a pour but l’aide et le soutien de la personne soignée jusqu’à son retour vers l’autonomie. Elle permet d’identifier les demandes de la personne et d’analyser les interactions. » (Paillard, 2021, Alexandre Manoukian - La relation soignant soigné p.426)

Selon J. Chalifour (1989) : “la nature de la relation soignant-soigné se réalise dans sa totalité, à travers les liens qu’elle tisse avec la personne soignée, les liens que cette personne entretient avec elle-même et avec son environnement physique et humain.” Pour lui, “la personne doit être perçue en tant qu’unité, relation, processus, interactions, libertés et créativité.” Cette approche holistique concerne également l’infirmier qui utilise ses capacités humaines dans l’acte de soins, comme le souligne Carl Rogers : “Plus le client (personne soignée) voit dans le thérapeute un être vrai et authentique, empathique, lui portant un respect inconditionnel, plus il s’éloignera d’un mode de

fonctionnement statique, fixe, insensible et impersonnel, et plus il se dirigera vers une sorte de fonctionnement marqué par une expérience fluide, changeant et pleinement acceptante de sentiments personnels nuancés. Il résulte de ce mouvement une évolution de la personnalité et du comportement dans le sens de la santé et de la maturité.” (Paillard C., 2021, p. 426)

Suite à ces définitions autour de la communication et de la relation notamment soignant-soigné, nous allons pouvoir aborder un autre concept majeur de notre problématique : la douleur.

## 2.2 La douleur

La douleur, selon le dictionnaire Larousse, “est une sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps” (*Définitions : Douleur, Douleurs - Dictionnaire De Français Larousse*, n.d.). L’OMS définit la douleur comme “une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associées à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes” (*La Douleur*, 2021). D’un point de vue plus législatif, nous pouvons voir que la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, indique que : “Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.” La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique depuis 1998. Elle apparaît également comme prioritaire dans la charte du patient hospitalisé.

Nous pouvons également noter que la douleur est subjective et va donc être ressentie de manière différente par chaque individu et de manière différente chez la même personne en fonction de son environnement. Il est cependant à noter que toute douleur doit être prise en compte. D’après le cours d’Anaëlle Davy, en tant que soignant nous allons devoir « penser douleur », nous devons donc toujours avoir en tête de croire le patient, de faire abstraction de nos propres représentations de la douleur et enfin de détecter les signes de douleur chez le patient. (Document non publié - Support de cours - 3 janvier 2022)

La douleur se décline en plusieurs composantes : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale.

### 2.2.1 Les composantes de la douleur

Tout d’abord, la composante sensorielle, elle concerne tous les aspects quantitatifs et qualitatifs de la sensation douloureuse.

On y retrouve donc la qualité de la douleur, l’individu sera capable d’identifier s’il s’agit d’une brûlure, d’une torsion, d’une piqûre par exemple. Elle implique également la durée (si la douleur est brève ou continue), l’intensité, la localisation, les circonstances de survenue ainsi que les causes

aggravantes de la douleur ressentie ou encore ce qui la soulage. Cette composante regroupe tout ce que le patient ressent physiquement. (Thibault-Wanquet, 2015, p.5)

On retrouve ensuite la composante émotionnelle. La douleur est étroitement liée aux émotions. En effet, les centres cérébraux responsables de la perception de la douleur sont liés aux centres des émotions. Il s'agit des retentissements émotionnels qui surviennent avec l'apparition d'une douleur. Ces émotions sont négatives la plupart du temps, on retrouve notamment la peur, l'anxiété, la colère... Chaque individu va exprimer ses émotions de manière différente. (Thibault-Wanquet, 2015, p.5)

Nous pouvons maintenant évoquer la composante cognitive. Elle regroupe tous les processus mentaux susceptibles de modifier la perception de la douleur, la manière dont le patient comprend sa douleur. C'est une composante plus intellectuelle, il s'agit de la place que le patient accorde à la douleur dans sa vie, le sens qu'il lui donne. Ainsi, une personne âgée présentant une démence ou un nourrisson ne répondront pas à la douleur de la même manière qu'un adulte ayant toutes ses capacités intellectuelles. La compréhension de la raison de la douleur aide en effet à y faire face. (Thibault-Wanquet, 2015, p.5-6)

Enfin, la composante comportementale : il s'agit de l'ensemble des manifestations de la douleur, conscientes ou non par le patient, le retentissement de la douleur sur l'attitude corporelle, l'adaptation du corps à la douleur. (Thibault-Wanquet, 2015, p.6)

Elle regroupe les manifestations observables telles que la verbalisation de la douleur, les plaintes, les gémissements mais aussi les mimiques et les attitudes antalgiques que va adopter le patient.

La manière dont l'entourage va gérer la douleur aura également un impact sur le comportement du patient.

### 2.2.2 Les types de douleur

La douleur aiguë a pour caractéristiques d'être de durée brève (moins de 3 mois), l'origine de cette douleur est unique et peut-être un signal d'alerte pour l'organisme car elle peut révéler un dysfonctionnement. Le traitement va dans ce cas-là traiter le symptôme et être d'objectif curatif. Une fracture, un coup reçu, une suture, une douleur post chirurgicale sont autant d'exemples de douleur aiguë. Cette douleur a la particularité de pouvoir être causée par un examen ou un soin.

Au niveau clinique, la douleur aiguë peut entraîner : une augmentation du rythme cardiaque, une augmentation de la pression artérielle, une augmentation de la fréquence respiratoire, une dilatation des pupilles, une hypersudation, une augmentation du tonus musculaire, un comportement de fuite, un état d'angoisse ou encore des tremblements. (Document non publié - "Sémiologie de la douleur"- Cours dispensé à l'IFSI par Monique Tiercin, formatrice - 12 Février 2020)

La douleur chronique quant à elle est une douleur qui va se prolonger au-delà de six mois, elle a des origines multiples et le traitement va donc être multifactoriel. Ce sont des douleurs qui persistent malgré un traitement approprié ou la disparition de la cause initiale.

Ce sont généralement des douleurs induites par certaines maladies qui vont donc être liées à des atteintes nerveuses, articulaires, musculaires ou à la présence d'une tumeur. Ces douleurs peuvent également être les séquelles de certaines pathologies ou de certains traitements.

La douleur induite ou autrement appelée douleur procédurale est une douleur qui est induite par un soignant, une thérapeutique ou un soin. Elle doit être prévenue par des mesures adaptées.

L'absence de prise en compte de cette douleur va être assimilée à de la maltraitance. (Document non publié - "Sémiologie de la douleur"- Cours dispensé à l'IFSI par Monique Tiercin, formatrice - 12 Février 2020)

### 2.2.3 Évaluation de la douleur

#### 2.2.3-1 Objectifs

Les objectifs de l'évaluation de la douleur sont de reconnaître la douleur pour adapter le traitement, de contrôler l'intensité de la douleur et ses fluctuations, de contrôler l'efficacité du traitement et enfin de prévenir et/ou dépister les effets secondaires liés au traitement.

#### 2.2.3-2 Évaluation de la douleur par l'IDE

Pour évaluer la douleur du patient, l'IDE va se concentrer sur plusieurs éléments : L'intensité et la qualité de la douleur, le comportement douloureux du patient, les moments, les gestes, les comportements d'évitement, la capacité du patient à faire face à sa douleur, la composante sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale. L'infirmière va également identifier le ou les diagnostics infirmiers, définir les objectifs de soin, les actions à mettre en place et elle va évaluer les résultats des traitements et actions développés.

Enfin, la soignante transmet les données recueillies auprès du patient au médecin et à l'équipe soignante.

#### 2.2.3-3 Les outils d'évaluation de la douleur

Il existe divers outils pour évaluer la douleur du patient. L'infirmier adapte l'outil en fonction de l'âge, de l'état de conscience et de la capacité du patient à évaluer sa propre douleur.

Tout d'abord, nous pouvons utiliser des échelles unidimensionnelles (ou globales) telles que l'EVA (échelle visuelle analogique), l'EVS (échelle visuelle simple), l'EN (échelle numérique), ou encore l'échelle des visages qui sera plutôt utilisée auprès des enfants. Il existe aussi des échelles pluri(multi)dimensionnelles telles que l'échelle DN4 qui concerne les douleurs neuropathiques.

Enfin nous pouvons évaluer la douleur à l'aide d'échelles comportementales. Certaines sont spécifiques à la pédiatrie comme l'échelle EVENDOL et d'autres sont réservées au sujet âgé comme l'échelle Doloplus, ECPA chez la personne âgée non communicante ou encore l'Algoplus chez la personne âgée avec des troubles de la communication verbale.

Certains de ces outils tels que l'EVA ou l'échelle des visages se présentent sous forme de réglettes que l'on présente au patient. Ce dernier utilise le curseur pour donner une note à sa douleur. D'autres outils tels que EVENDOL ou Algoplus sont basées essentiellement sur l'observation du comportement du patient par l'infirmier qui s'appuie sur des tableaux présentant les différents items de l'évaluation.

Pour évaluer la douleur, nous pouvons également avoir recours à des mnémotechniques. Le premier est d'origine québécoise et se base sur les lettres PQRST. P pour ce qui a provoqué la douleur, Q pour la qualité et la quantité de cette douleur, R pour la région, la localisation, S pour les signes cliniques et fonctionnels et enfin T pour le temps : depuis quand, à quel moment.

Le second se nomme TILT (Type, Intensité, Localisation, Temps). Ils permettent d'évaluer une douleur aiguë en n'oubliant aucun détail.

Nous pouvons donc dire qu'évaluer la douleur c'est à la fois la repérer, la quantifier à l'aide des outils précédemment présentés, la localiser, la qualifier et la tracer même si le patient n'est pas douloureux. (Document non publié - "Sémiologie de la douleur" - Cours dispensé à l'IFSI par Monique Tiercin, formatrice - 12 Février 2020)

## 2.2.4 Douleur induite

### 2.2.4-1 Description de la douleur

Revenons maintenant sur le type de douleur qui nous intéresse particulièrement dans ce développement : la douleur induite.

Tout d'abord, la douleur induite se dit d'une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées (François Boureau - Les douleurs induites. Institut UPSA de la douleur - 2006). Il est à noter que les douleurs induites ne sont pas réservées seulement aux soins pratiqués par les médecins. En effet, elles regroupent les soins invasifs (sondage urinaire ou pose de cathéter périphérique par exemple), les actes quotidiens réalisés généralement par les infirmières ou aides soignants pour répondre aux besoins fondamentaux des patients qui sont plutôt associés à une notion de plaisir mais peuvent engendrer des douleurs chez certaines personnes. On note également les douleurs (Thibault-Wanquet, 2015, p.3) liées aux suites d'une intervention chirurgicale par exemple.

De plus, selon l'article L-1110-5 du Code de Santé Publique : "Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée". On peut noter que cet article souligne l'importance de prévenir la douleur. C'est là toute la spécificité de la douleur induite qui nécessite d'être traitée avant même d'apparaître pour préserver au mieux le confort du patient.

Il existe également deux autres types de douleurs proches de la douleur induite : la douleur provoquée qui est une douleur intentionnellement provoquée par le soignant dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur et la douleur iatrogène qui est une douleur causée par le soignant (ou son traitement) de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention mises en place. (Thibault-Wanquet, 2015, p.2)

#### 2.2.4-2 Facteurs d'influence

Différents facteurs d'influence entrent en compte dans l'apparition de douleurs induites. Selon Pascale Wanquet-Thibault : "Chaque individu, en fonction de nombreux paramètres (âge, état de santé, éducation, environnement, etc...) dispose d'une "capacité à faire face" à la douleur. Cette capacité, aussi appelée coping, peut être positive ou non". (Thibault-Wanquet, 2015, p.7)

Tout d'abord, nous pouvons trouver les facteurs liés aux soins. La nature et la localisation du soin vont avoir une influence sur la capacité de l'individu à faire face à la douleur. L'anxiété, le stress risquent de prendre le dessus lors d'un sondage vésical par exemple au vu de l'intimité de la localisation et les échos que l'on peut avoir sur ce geste. La durée du soin aura également un impact sur la douleur ressentie par le patient. D'autant qu'un soin qui va paraître très court pour le soignant qui le pratique pourra sembler beaucoup plus long pour le patient qui le subit. De même, un soin répété régulièrement peut être aussi douloureux, on ne s'habitue pas forcément à la douleur. (Thibault-Wanquet, 2015, p.13-14)

En second lieu, nous avons les facteurs liés à l'environnement : le geste ne sera pas vécu de la même façon si le cadre est connu ou non, si le lieu est calme ou bruyant ou s'il y a de l'agitation autour du patient lors du soin. Il est en effet plus difficile d'établir une relation soignant-soigné dans un tel environnement.

Nous pouvons ensuite retrouver des facteurs concernant directement les patients. Chaque individu n'aura pas les mêmes capacités pour faire face à la douleur. Les facteurs liés au patient tels que l'ancienneté de la maladie, l'âge du patient et le degré de fatigue de ce dernier, ainsi que son état psychologique (si le patient est anxieux, s'il a peur) ont un impact sur le patient. Vont également entrer en compte la compréhension de la nécessité du soin, la représentation de l'acte, les croyances dans les thérapeutiques proposées ainsi que les antécédents de douleur qui peuvent entraîner une certaine appréhension. L'état psychologique du patient joue un rôle primordial dans son

appréhension de la douleur. Ainsi, plus la personne va être anxieuse, moins elle va parvenir à mobiliser ses capacités à faire face à la douleur et, à contrario, plus le patient va être serein face au soin, plus la douleur sera minimisée.

Enfin, il existe des facteurs d'influence liés au soignant. Nous retrouvons tout d'abord la connaissance du soin effectué ainsi que la maîtrise technique de ce dernier et l'organisation dont fait preuve le soignant. En effet, plus le geste va être maîtrisé, plus le soignant sera disponible pour la relation avec le patient et si le soignant est organisé, le soin se déroulera plus vite et plus efficacement. Ensuite, le degré d'attention et la capacité d'empathie jouent un rôle important dans le bon déroulement du soin. Pour terminer, la disponibilité du soignant de même que sa connaissance des moyens antalgiques aident à la réussite du geste. (Thibault-Wanquet, 2015, p.10-11)

Tous ces éléments contribuent à une prise en charge réussie ou non du patient.

#### 2.2.4-3 Conséquences pour le patient

La douleur induite par les soins n'est pas sans conséquences pour le patient comme pour le soignant. Nous allons commencer par analyser les conséquences de cette douleur sur le patient.

Elles peuvent être à court-terme, le patient peut ainsi ressentir de la fatigue, de l'agitation ou encore une sensation de malaise, d'oppression ou d'exaspération ou des réveils nocturnes.

Les conséquences peuvent également être à long terme avec une dégradation de la qualité de vie du patient, une phobie des soins avec une suspension ou un arrêt définitif des soins et dans les cas extrêmes, le patient peut avoir des idées suicidaires pouvant aller jusqu'au suicide. (Thibault-Wanquet, 2015, p.14-17)

#### 2.2.4-4 Conséquences pour le soignant

Les conséquences pour le soignant peuvent être moindres mais tout aussi importantes que celles retenues pour le patient.

Le soignant peut ainsi avoir une mauvaise image de lui-même suite à un ou des soins ayant induit des douleurs chez le patient. Il peut au contraire être dans le déni de la douleur produite ainsi que dans la fuite des soins par peur de reproduire la même erreur. Enfin, les conséquences peuvent aller jusqu'à l'épuisement professionnel. (Thibault-Wanquet, 2015, p.18)

### 2.3 Pression temporelle

#### 2.3.1 Définitions pression temporelle et urgence

Nous pouvons maintenant, pour terminer cette réflexion, nous pencher sur la question de la pression temporelle, en commençant par quelques définitions. Selon le dictionnaire Larousse l'urgence est définie comme : "Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard.

Nécessité d'agir vite". (*Définitions : Urgence, Urgences - Dictionnaire De Français Larousse, n.d.*). Il me semblait intéressant d'introduire le concept d'urgence dans mon développement car je pense que l'urgence et la pression temporelle sont intimement liées.

Rastegary & Landy (1993) ont étudié la pression temporelle qui, selon eux : « résulte d'un rapport défavorable entre la qualité de temps disponible et la quantité de temps nécessaire pour effectuer une tâche ». Nous aurions ainsi besoin de plus de temps pour effectuer nos soins que nous n'avons en réalité de temps prévu pour les effectuer. Ce qui paraît tout de suite problématique...

Svenson & Benson (1993) précisent que « de manière plus générale une personne est sous pression temporelle lorsqu'une anomalie apparaît entre ce que cette personne voudrait faire ou sent qu'elle devrait faire et ce qu'elle peut réellement accomplir avant l'arrivée de l'échéance. L'échéance peut être une date qui marque le terme d'un délai ou bien correspondre à l'achèvement le plus rapide possible de la tâche en cours. » (*La Pression Temporelle, 2021*). C'est tout le principe de l'urgence que décrivent ici les auteurs. En tant qu'infirmière, ou étudiante infirmière, nous avons un programme de la journée établi et souvent bien chargé. Ainsi, tout événement qui vient nous interrompre modifie notre programme et nous entraîne ainsi dans la pression temporelle, nous n'avons plus le temps de faire tout ce que nous avons prévu ou devons nous dépêcher pour pouvoir tout faire dans les temps.

Depuis 1993 de nombreuses études ont été menées afin d'améliorer les connaissances en matière de pression temporelle. Szollos en 2009 apporte une distinction entre le manque de temps qui renverrait à un problème de gestion temporelle et résulterait principalement d'évaluations cognitives ou au contraire, la précipitation ou le fait d'être pressé qui ferait référence à une expérience émotionnelle recouvrant agitation, urgence, rapidité d'exécution des tâches. Cela pourrait entraîner chez les individus une sensation de perte de contrôle, d'inquiétude, d'anxiété et/ou de frustration. (*La Pression Temporelle, 2021*) Qui n'a jamais été stressé, perdu ses moyens sous l'impact de la pression temporelle ? Nous savons que nous devons nous dépêcher pour finir les soins à temps et faisons donc tout de travers. Il me semble que cette question touche principalement les soignants, car en plus d'avoir des soins techniques à accomplir, des tâches administratives, la majeure partie de notre travail concerne les relations avec les patients ce qui n'est pas évaluable, on ne sait jamais combien de temps on va passer dans la chambre d'un patient. Finalement, nous improvisons et jouons avec le temps tous les jours.

Le secteur médical serait un des plus touchés par cette problématique de pression temporelle. En effet, il s'agit d'un ensemble de professions qui dispose d'un temps imparti pour effectuer leurs tâches, en plus de marges de manœuvre faibles. (*La Pression Temporelle, 2021*)

Cette pression temporelle laisse ainsi moins de temps au personnel soignant pour échanger avec les patients, tout l'aspect relationnel du métier est alors impacté de même que certains soins techniques.

Tous ces éléments nous montrent ainsi à quel point la profession infirmière est impactée par la pression temporelle. Qui, en effet, n'a jamais été contraint de courir dans les couloirs, entre deux soins, entre deux patients, entre deux sonnettes ou encore pour venir en aide à un collègue débordé ? C'est un phénomène qui impacte nos journées, nos prises en charge, nous-mêmes et donc nos patients. Et à la longue, quelles conséquences cette charge de travail et ce stress ont-ils sur nous ?

### 2.3.2 Conséquences charge de travail, stress et pression temporelle sur les soins

“Le stress n'est donc pas une maladie, mais une remarquable réaction de notre organisme (...) pour s'adapter aux menaces et aux contraintes de notre environnement. C'est pourquoi les scientifiques préfèrent souvent parler de “réaction d'adaptation” pour désigner le stress, réaction sans cesse sollicitée et indispensable à notre bon fonctionnement.” (Thébaud-Mony, A., & Robatel, N. (2009). *Stress et risques psychosociaux au travail* - p. 40-41). Suite à cette définition,

Il est également intéressant de définir le terme charge de travail avant de poursuivre notre réflexion : “Celle-ci se caractérise par une quantité de travail importante à réaliser sous une forte contrainte de temps. (...) Par ailleurs, les objectifs à atteindre et le culte de la performance accentuent encore la pression”. (Thébaud-Mony & Robatel, 2009, p. 43)

“Les contraintes psychiques à l'égard de l'obligation de prodiguer des soins et des services faisant preuve d'un haut niveau de performance et de compétence font partie du quotidien professionnel du personnel infirmier (...) et influencent le niveau de tension psychique et la santé de ces professionnels”. (Fédération des infirmières et infirmiers du Québec FIIQ - 2001)

Tout cela nous montre à quel point le personnel infirmier notamment est impacté par la charge de travail et le stress au quotidien. Quelles en sont d'ailleurs les conséquences sur le soignant ? Il est tout d'abord plutôt connu qu'il existe un bon et un mauvais stress, le bon stress qui nous permet d'être plus performant et d'atteindre nos capacités maximales et le mauvais stress qui au contraire nous bloque et nous empêche d'accomplir ce que nous voudrions.

Comme nous dit Patrick Légeron : “La réaction de stress devient en revanche nocive si elle est activée à un niveau très élevé, si elle est répétée (...) ou si elle est chronique, poussant à leurs extrêmes nos réactions biologiques et psychologiques.” (Thébaud-Mony & Robatel, 2009, p. 42)

Pour parler de manière plus concrète, le stress entraîné par une charge de travail trop intense ou par la pression temporelle peut avoir des conséquences sur la santé du soignant. Entre pathologies et

psychopathologies, le soignant peut voir sa santé se dégrader au cours de sa pratique professionnelle ou suite à un événement traumatisant. Certaines de ces pathologies ont un nom : “les maladies de l’adaptation”. On y retrouve des pathologies cardiovasculaires ainsi que des troubles musculo-squelettiques et parfois même des “burn-out”. (Thébaud-Mony & Robatel, 2009, p. 42)

Rosette Poletti déclare : “trop souvent, pour des raisons diverses, un décalage important existe entre la finalité soignante qui anime les professionnels et la réalité des modalités pratiques de mise en œuvre du soin. Ce décalage est source de malaise - de mal-être - et ne favorise donc pas un exercice professionnel serein et épanouissant” - (Poletti Rosette, les soins infirmiers - Théories et concepts p. 1)

Marc Loriol parle de l’importance aux yeux du patient de la performance des soins techniques. L’infirmière serait tellement concentrée sur la réussite du geste et également pressée par le temps dont elle dispose pour l’effectuer ainsi que par les tâches qu’il lui reste à accomplir que cela l’empêche d’effectuer une partie de son rôle propre à savoir tout l’aspect relationnel de la prise en charge. (Thébaud-Mony & Robatel, 2009, p. 60)

Le soin est donc réalisé de manière mécanique, par habitude et la technicité du geste prend le dessus sur la relation avec le patient.

### 3. Analyse des entretiens

Suite à la rédaction de mon cadre théorique, j’ai pu rencontrer deux professionnelles avec qui j’ai discuté de leurs expériences et de leur savoir sur la douleur induite. Pour réaliser ces entretiens, je me suis fixée différents objectifs pour essayer de comprendre un petit peu mieux ma problématique et approfondir mon sujet.

Ces rencontres m’ont permis d’étayer mon raisonnement en faisant s’affronter la théorie de la documentation et la réalité du terrain.

Je vais maintenant m’appuyer sur les thèmes que j’ai abordés lors de mes entretiens pour construire mon analyse.

#### 3.1 Fréquence

Tout d’abord, concernant la fréquence d’apparition de douleurs induites lors des soins, les deux infirmières étaient d’accord pour dire qu’elles rencontraient régulièrement voire tous les jours ce genre de situation.

### 3.2 Méthodes

Je me suis ensuite intéressée aux méthodes utilisées par ces professionnelles lors de soins induisant des douleurs induites. Les infirmières m'ont toutes les deux parlé des antalgiques et anxiolytiques donnés en prémédication avant des soins ou des mobilisations douloureuses. Elles ont également évoqué l'utilisation du meopa et des patchs Emla.

La première infirmière avec qui j'ai pu m'entretenir a parlé d'une technique non médicamenteuse qu'elle avait eu l'occasion d'utiliser qui est la musique lors des soins : "demander au patient s'il aimait écouter de la musique et du coup, lui mettait de la musique".

La seconde infirmière m'a quant à elle évoqué la distraction ainsi que le chaud ou le froid comme méthodes d'anticipation ou de soulagement de la douleur.

### 3.3 Pression du temps

Nous entrons avec ce thème dans le vif de mon sujet. Il était évident que je devais questionner les professionnelles sur la pression du temps dans leur quotidien de soignantes. Les réponses très spontanées des deux infirmières ont été radicales : "tout le temps, tout le temps, tout le temps" selon la première infirmière et "Tout le temps", "on a pas le temps de véritablement se poser avec tous les patients" m'a directement répondu la seconde infirmière.

### 3.4 Gestion de cette pression

Je voulais ensuite savoir comment elles parvenaient ou non à gérer cette pression permanente selon elles. La première professionnelle m'a parlé de la priorisation des soins ainsi que de la délégation aux collègues, à l'équipe. "Quand on a pas le temps de faire certaines choses, on passe à l'équipe suivante c'est aussi le principe du relais et de l'équipe de soins". Ainsi la pression temporelle serait une problématique à partager en équipe. La deuxième infirmière m'a répondu que lorsqu'elle était confrontée à une telle pression, elle s'efforçait de se mettre dans une bulle, "j'essaie de me focaliser sur le patient et que personne soit dans la chambre avec moi". Elle se concentre ainsi sur le soin et rien d'autre avant de passer à un autre soin.

### 3.5 Impact sur la communication

L'impact de la pression temporelle sur la communication des soignantes était l'un des thèmes principaux que je voulais aborder. La première infirmière interrogée a plus développé son propos que la deuxième. Elle a donc commencé par parler du manque de temps qu'elle ressentait. Elle s'est ensuite exprimée sur l'écoute des patients qui était selon impactée : "je trouve que la pression temporelle elle fait qu'on est pas forcément disponible pour écouter". Elle a ensuite parlé

des explications qui prenaient plus de temps avec des personnes démentes par exemple et qui étaient donc amputées face au peu de temps dont disposent les soignants. Le côté humain est également ressorti dans ses propos, le fait que les professionnels sont sans cesse sollicités et qu'ils ne pouvaient donc pas répondre à tous comme ils le souhaiteraient. "L'impact on essaie de le minimiser fin de le réduire au maximum et forcément la pression du temps et des soins impactent sur la communication parce qu'on est pas fin on est humain et du coup on peut pas quand on est pressé dans tous les sens par les médecins par les familles, par la charge en soins".

Lorsque j'ai abordé le sujet de l'impact de la pression temporelle sur la communication avec la seconde infirmière, je n'ai pas eu une réponse aussi développée que par la première infirmière. Cependant, la professionnelle m'a fait part de sa culpabilité face au manque de temps à accorder à chaque patient : "Je pense que des fois, je pense que je ne j'écoute pas je pense, je pense c'est pas le vouloir mais des fois on ne peut pas, on ne peut pas, je pense que y a des moments où avec le temps et tout ça, je ne peux pas réexpliquer dix fois ou quand j'explique, réexpliquer avec d'autres mots parce qu'ils comprennent pas c'est un... des fois je sais que je le fais pas et je m'en veux, je m'en veux voilà." Cela montre à quel point la pression temporelle empêche les soignants d'effectuer leur travail comme ils le souhaiteraient et à quel point cela pèse sur eux, à quel point cela les touche personnellement. Au-delà du professionnel qui ne parvient pas à faire toutes ses tâches dans le délai imparti, c'est l'humain qui est touché de ne pas pouvoir aider l'autre autant qu'il le voudrait.

### 3.6 Charge de travail

Je me suis intéressée sur la fin de mes entretiens à l'impact de la charge de travail sur la pression temporelle abordée précédemment. La première infirmière m'a ainsi répondu que les deux étaient intimement liés et que quand la charge de travail était lourde, ce qui était plutôt régulier, il était très difficile de passer du temps avec les patients. Elle a également exprimé son regret de ne pas avoir plus de temps à consacrer aux personnes soignées : "en fait tout se surajoute et finalement on arrive à une espèce d'escalade de pression qui devrait pas exister pour moi fin on devrait pouvoir faire les choses correctement et avec le temps nécessaire pour chacun".

La deuxième infirmière m'a confirmé que charge de travail et pression temporelle étaient inséparables. Elle m'a fait part de son mal-être lorsqu'elle finissait sa journée en ayant été sollicitée et pressée pendant ses heures de travail : "on a l'impression de pas avoir tout accompli". Elle a également évoqué le fait que parfois, le fait de prendre plus de temps à un moment donné avec un patient évitait qu'il nous sollicite à nouveau rapidement après. "Je pense que des fois on devrait prendre plus de temps et on aurait moins de demandes de la part des autres patients et peut être moins d'angoisse aussi et sûrement moins de douleur parce que des fois quand ils sont angoissés, ils

peuvent être douloureux aussi, pour juste dire qu'on est là quoi, présents aussi". La professionnelle a aussi fait un parallèle entre l'angoisse des patients et leurs douleurs, ce qui m'a paru très intéressant.

## 4. Discussion

Ces deux entretiens m'ont permis de faire ressortir des éléments nouveaux sur mon sujet. Je vais maintenant croiser les points de vue des infirmières avec les apports théoriques et donner également mon opinion. Le but étant toujours de répondre à la problématique suivante :

"En quoi la pression temporelle ressentie par l'IDE peut-elle impacter la communication avec le patient lors de la réalisation d'un soin porteur de douleurs induites ?"

### 4.1 L'écoute et l'information au service de la communication verbale

Au début de mon mémoire, j'ai commencé par parler de la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale. J'abordais notamment le fait que la communication soit un échange entre plusieurs personnes qui nécessite que chacun soit à l'écoute de l'autre. Elle va permettre de donner des informations, ici au patient, sur le soin qui va être pratiqué. La première infirmière interrogée me disait à ce propos qu'elle avait l'impression de ne pas pouvoir suffisamment écouter ses patients, ce qui est pourtant un élément majeur de la communication. Comment est-il possible que l'on ne puisse pas bénéficier de temps pour écouter les patients ? N'est-ce pas pourtant la base de notre métier ? Les deux infirmières trouvaient que la pression du temps impactait le temps d'explications données, leur laissant peu de temps pour les personnes qui ne comprenaient pas par exemple. Pour l'avoir déjà vécu lors de mes différents stages, je sais à quel point il est compliqué de devoir réaliser un soin rapidement, sans pouvoir donner autant d'explications que l'on souhaiterait au patient. Le fait de voir que le patient ne se sent pas forcément écouté mais de ne pas pouvoir faire autrement par manque de temps. Comment nous sentirions-nous à la place du patient ?

### 4.2 L'attitude du soignant, un miroir de l'attitude du patient ?

A contrario, la communication non verbale nécessite d'être pleinement disponible pour le soin, pour le patient. "Ça demande du temps et ça demande d'être disponible" me disait la première infirmière. En effet, même si lors d'un soin nous n'avons pas le temps nécessaire pour des explications détaillées, le fait de se montrer à l'écoute, serein dans le geste permettra de rassurer le patient et de le mettre en confiance sans lui parler tout le long. "C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation" (Alexandre Manoukian - La relation soignant soigné, p.426)

Je pense personnellement que plus le soignant va être apaisé et sûr de son geste, plus le patient va être apaisé également et moins il sera stressé. J'ai trouvé très intéressant la remarque de la première infirmière par rapport à cette communication : "je pense que quand on a moins le temps d'expliquer et moins le temps de prendre le temps avec eux ça induit parfois une angoisse fin voilà une anxiété parce qu'ils voient qu'on est pressés et forcément ça impacte la qualité des soins". Ainsi, en plus du stress et de la douleur induits par le soin, le fait que le personnel soignant soit pressé par le temps entraîne d'autant plus d'anxiété chez le patient.

#### 4.3 Des prophylaxies variées pour soulager la douleur induite

La douleur induite, comment la soulager, la prévenir ? Il s'agit d'une des questions principales que j'ai abordées avec les infirmières. Il me paraissait important de développer cela dans le but de montrer qu'il est possible de contrer les effets néfastes de la pression temporelle sur le patient tout en rassurant le soignant.

Les infirmières ont évoqué les antalgiques et anxiolytiques à donner au patient avant le soin pour éviter ou réduire les douleurs induites par le soin. L'Emla a également été cité en prophylaxie avant une prise de sang par exemple. La seconde infirmière m'a aussi parlé de stratégies non médicamenteuses comme la distraction ainsi que le chaud ou le froid.

J'ai été surprise, durant mon premier entretien, que l'infirmière me parle de musique comme technique pour contrer la douleur, pour distraire le patient. J'ai eu l'occasion lors d'un stage en pédiatrie de voir un soin chez une jeune fille qui écoutait de la musique. Associé à d'autres techniques antalgiques ou même seul, il me semble que chez certaines personnes cela peut être très efficace et leur permettre de se détendre et de moins appréhender le geste en l'associant à une activité agréable. Le fait que le soignant cherche à trouver une solution pour que le patient soit détendue montre à ce dernier qu'il est au centre des priorités du soignant et non sa pathologie ou sa plaie. En effet, plus le patient va se sentir en sécurité, apaisé plus il sera détendu pendant le soin. Je pense que plus le soignant et le patient sont détendus, plus le geste se passera bien. Cela ressemble à un cercle vicieux ou vertueux du soin. Chacun entraîne l'autre dans l'anxiété ou au contraire l'apaisement. Un des risques de la technicité des soins actuellement est que nous nous concentrons beaucoup sur le geste en lui-même, au détriment du patient et de ses ressentis.

#### 4.4 L'interruption de tâche, un fléau de tous les jours

J'ai également abordé, lors de mes recherches et de mes entretiens, la question de la pression temporelle qui est en quelque sorte le fil rouge de ma problématique. C'est en effet un concept qui revient quotidiennement chez les soignants. Ces derniers sont constamment confrontés à la pression du temps, des familles, des médecins... ce qui les empêche parfois d'accomplir leurs

soins comme ils le voudraient. Les interruptions de tâches sont un problème majeur dans notre profession. Les infirmières interrogées disent ressentir tout le temps cette pression. Je l'avais déjà remarqué lors de mes stages, je n'ai donc pas été très surprise par leurs réponses directes.

#### 4.5 Se mettre dans une bulle avec le patient

Ce qui m'intéressait surtout au-delà du fait de savoir si le personnel était confronté ou non à cette pression était de leur demander comment les infirmières faisaient face à la pression temporelle lors des soins. La seconde infirmière m'a expliqué qu'elle se mettait dans sa bulle pour essayer ainsi d'ignorer la pression et de se concentrer sur son soin et son patient. Il est primordial selon moi de savoir se mettre dans son soin, de ne penser qu'à son patient et à rien d'autre pendant quelques minutes. Il n'est pas évident pour le soignant qui pense à tous les soins qui lui restent à accomplir de se concentrer sur un seul le temps de quelques instants, de ne penser qu'à un patient et pas aux neuf autres qu'il faudra aller voir après. C'est pourtant la meilleure manière, je pense, de réussir son soin et de pouvoir réellement entrer en communication avec le patient et de créer une relation de confiance.

#### 4.6 L'équipe de soin, un pilier face à la pression du temps

La première infirmière m'a parlé du fait de déléguer, à ses collègues ou à l'équipe suivante. En plus de savoir se détacher de tous ses soins pour se mettre dans une bulle, il est également indispensable de savoir s'en remettre à quelqu'un si l'on a pas le temps de faire correctement un geste ou si l'on ne se sent pas de le faire. Le principe du travail d'équipe, de pouvoir se reposer sur ses collègues m'est apparu comme évident une fois développé par l'infirmière alors que je ne m'y étais pas forcément attardée précédemment.

J'ai trouvé intéressant de voir se confronter les deux points de vue des professionnelles. En effet, les deux sont parfaitement entendables et plutôt réalisables pour le soignant

#### 4.7 Prendre son temps pour en gagner ensuite

Une des infirmières a également touché du doigt une notion que j'ai trouvé très intéressante : "je pense que des fois on devrait prendre plus de temps et on aurait moins de demandes de la part des autres patients et peut être moins d'angoisse aussi et sûrement moins de douleur parce que des fois quand ils sont angoissés, ils peuvent être douloureux aussi, pour juste dire qu'on est là quoi, présents aussi". Ainsi, autant donner à un patient un peu plus de temps que prévu pour qu'il se sente mieux et ne rappelle pas les soignants dans la foulée. Finalement, prendre plus de temps sur le moment pour en "gagner" par la suite.

#### 4.8 La culpabilité comme lot de consolation

Ce qui m'a vraiment marquée lors de mes entretiens, c'est la culpabilité que ressentent les deux infirmières, le fait de sortir de leur journée de travail sans être satisfaites d'elles-mêmes. "On a l'impression de ne pas avoir tout accompli" me disait une des infirmières. Je parlais dans mon cadre théorique des conséquences de cette pression sur les soignants mais je ne m'attendais pas à ce que cela ressorte de manière si flagrante dans mes entretiens. J'ai vraiment ressenti lorsque je parlais avec les professionnelles qu'elles se sentaient coupables de ne pas pouvoir accorder les meilleurs soins possibles à leurs patients. Lorsque nous entrons à l'école d'infirmière, nous avons en tête un métier idéalisé, nous sommes prêts à tout donner pour les patients, pour leur accorder des soins de qualité. Cependant dès la première année, dès le premier stage, nous sommes confrontés aux difficultés de ce métier, à la réalité du terrain. Nous gardons malgré tout, pendant les trois années d'étude, un certain espoir de pouvoir pratiquer notre métier comme nous l'avons appris, dans le respect des bonnes pratiques et de l'humain surtout. Le fait de voir que des professionnelles diplômées depuis 5 ans et 18 ans aient le même ressenti montre à quel point notre profession est en souffrance.

"La précipitation ou le fait d'être pressé qui ferait référence à une expérience émotionnelle recouvrant agitation, urgence, rapidité d'exécution des tâches. Cela pourrait entraîner chez les individus une sensation de perte de contrôle, d'inquiétude, d'anxiété et / ou de frustration." (*La Pression Temporelle*, 2021). Les conséquences de cette pression temporelle sur les soignants est trop présente pour être ignorée et passée sous silence. Combien d'infirmiers décident aujourd'hui d'arrêter de pratiquer leur métier face à la pression, au stress, au mauvais traitement auxquels ils sont confrontés tous les jours ? Je me permets de citer à nouveau Rosette Poletti : "trop souvent, pour des raisons diverses, un décalage important existe entre la finalité soignante qui anime les professionnels et la réalité des modalités pratiques de mise en œuvre du soin. Ce décalage est source de malaise - de mal-être - et ne favorise donc pas un exercice professionnel serein et épanouissant"- (Poletti Rosette, les soins infirmiers - Théories et concepts p. 1). Cette profession est tellement mise à l'épreuve ces derniers temps, la santé des soignants est tellement malmenée face au fait de vouloir bien faire mais de ne pas en avoir les moyens.

### 5. Question de recherche

Les recherches que j'ai menées durant ces quelques mois ainsi que les rencontres que j'ai faites m'ont permis d'étayer mon raisonnement sur la problématique que j'avais établie. J'ai ainsi pu mettre en lumière les difficultés auxquelles est confrontée l'infirmière face à la pression temporelle,

notamment lors de soins porteurs de douleurs induites. Ce qui m'est apparu primordial dans la prise en charge d'un patient lors d'un soin pouvant entraîner des douleurs induites est la communication. En effet, qu'elle soit verbale ou non verbale, elle crée le lien entre le soignant et le patient et c'est elle qui va permettre à ce dernier de se sentir en sécurité et rassuré par rapport au soin. Le but étant qu'il se sente au cœur de la préoccupation du professionnel malgré le manque de temps et la pression ressentie par l'infirmière, due au temps et à tous les éléments extérieurs. Mon développement a également permis de mettre en exergue différentes méthodes de prophylaxie pouvant être mises en place avant ou pendant le geste pour soulager le patient et ainsi contrer la pression du temps et celle de la douleur. Ce qui m'a particulièrement marquée est l'évocation de la culpabilité par les soignantes. C'est pourquoi pour approfondir encore mon sujet, je trouverai intéressant de questionner l'auto-évaluation de la qualité des soins dispensés par le soignant lui-même en me posant cette question :

Dans quelle mesure la culpabilité ressentie par le soignant peut-elle impacter ses prises en soins ?

## Conclusion

Mon travail de recherche touche ici à sa fin. Tout au long de ces mois de réflexion, j'ai tenté de répondre à la question suivante : En quoi la pression temporelle ressentie par l'IDE peut-elle impacter la communication avec le patient lors de la réalisation d'un soin porteur de douleurs induites ? Pour ce faire, j'ai tout d'abord présenté la situation qui m'a amenée à ce sujet de mémoire. J'ai ensuite effectué des recherches théoriques pour étayer mes questionnements et mon raisonnement. Mon guide d'entretien a découlé logiquement des axes explorés et m'a permis d'interroger deux infirmières, avec comme objectif de confronter la théorie des auteurs et la pratique du terrain. Suite à cela, j'ai pu croiser les éléments théoriques avec la réalité dont m'ont parlé les professionnelles tout en apportant mon point de vue sur le sujet.

J'ai ainsi pu mettre en avant que la communication verbale et non verbale est indispensable dans la prise en soins d'un patient surtout lorsqu'il y a une pression temporelle. J'ai remarqué que souvent, de l'attitude du soignant découle l'attitude du patient. Les soignantes avec qui j'ai discuté m'ont également parlé de nombreuses méthodes de prophylaxie pour détendre le patient avant ou pendant le soin. Cela m'a permis de découvrir que l'important lorsque l'on effectue un geste est de montrer au patient qu'il est au centre de nos préoccupations et que ce qui compte est qu'il soit confortable, qu'il ait compris le geste, qu'il soit rassuré. Cet élément de réponse rejoint la technique donnée par une des infirmières : se mettre dans sa bulle en essayant au maximum d'oublier la pression du temps, des soins qui attendent, des médecins, des familles. Un des points qui paraît

évident mais auquel je n'avais pas pensé est le fait de se reposer sur l'équipe. C'est en effet un des avantages de ce métier qui est que nous ne sommes jamais seuls. Il faut donc en profiter et en faire un atout pour des prises en soins optimales. Ce qui m'a vraiment étonnée lors de mes entretiens et de découvrir la culpabilité des soignantes. Je l'ai vraiment ressenti lorsque je discutais avec elle et cela m'a questionnée, comment pratiquer un métier en étant aussi impactés psychologiquement ?

Ce travail m'a beaucoup appris. Tout d'abord, il m'a permis de mener un travail sur le long terme en étant l'auteur de bout en bout. J'ai eu ainsi l'opportunité de travailler sur un sujet qui m'intéressait et qui pourra me servir peu importe l'endroit où j'exercerai. Ce projet m'a également permis de me faire évoluer d'un point de vue professionnel. Le fait de rencontrer des soignantes et de discuter avec elles d'égal à égal des sujets qui sont au cœur de notre profession : la douleur, la pression du temps, la communication.

Ce que je retiens de cette étude pour ma future pratique est que peu importe la pression temporelle, qui sera dans tous les cas omniprésente, je me dois de me concentrer sur chacun de mes patients en prenant en compte leur douleur, leur état d'esprit, en leur demandant ce qui les rassurerait de faire pendant le soin. J'essaierai aussi de me rappeler que l'important n'est pas la quantité mais la qualité. Si je ne parviens pas à faire un soin, par manque de temps, de pratique ou simplement parce que "ce n'est pas mon jour", je peux me reposer sur l'équipe de soins qui se doit d'être un pilier dans notre profession. Le patient doit être le plus possible au cœur de nos préoccupations.

Lorsque j'ai commencé ce mémoire, je n'avais effectué que des stages chez les adultes et n'avais donc pas été confrontée à cette question de la douleur induite face à la pression temporelle chez les enfants. J'ai eu l'occasion lors de mon parcours de me rendre en service de pédiatrie où j'ai découvert une prise en charge de la douleur quelque peu différente. En effet, il ne peut pas y avoir de pression temporelle avec les enfants. Il est impossible de réaliser un soin rapidement. On entend souvent que "les enfants sont des éponges", phrase qui s'avère être vraie, les enfants ressentent tout ce que nous ressentons. Il est donc primordial de laisser la pression, ses problèmes personnels, le stress en dehors de la chambre pour que le soin se déroule correctement. Je trouverai donc intéressant de remodeler mon sujet pour l'adapter à un public de pédiatrie et ainsi questionner l'impact de la pression temporelle sur la communication lors d'un soin auprès d'un enfant cette fois-ci.

## Bibliographie

### Ouvrages

- Barreau, H. (1998). *Le temps*. Puf.
- Herbert, L., & Quillet, L. (1997). *La base du soin infirmier : le vécu corporel*. Elsevier Masson.
- Lalonde, R. (1981). *La belle épouvante*.
- Légeron, P. (Décembre 2004). Le stress au travail : de la performance à la souffrance". *Droit social*, 12, 1087-1089.
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné* (5ème édition ed.). Setes.
- Poletti, R. (1er mai 1978). *Les soins infirmiers - Théories et concepts*.
- Thébaud-Mony, A., & Robatel, N. (2009). *Stress et risques psychosociaux au travail*.
- Thibault-Wanquet, P. (2015). *Douleurs liées aux soins*. Éditions Lamarre.

### Articles

- Recherche en soins infirmiers. (Septembre 2014). In *Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail* (ARSI ed.).
- Terrat, E. (Octobre 2013). Communiquer, un apprentissage. *L'aide-soignante*
- Terrat, E. (Octobre 2013). La communication fonctionnelle. *L'aide-soignante*

### Texte législatif

- *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)*. (n.d.). Légifrance.  
Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/>

### Pages web

- *Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse*. (n.d.). Larousse. Disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

- *Définitions : douleur, douleurs - Dictionnaire de français Larousse.* (n.d.). Larousse. Disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>
- *Définitions : relation - Dictionnaire de français Larousse.* (n.d.). Larousse. Disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>
- *Définitions : urgence, urgences - Dictionnaire de français Larousse.* (n.d.). Larousse. Disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
- *La douleur.* (20 décembre 2021). Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- *La pression temporelle.* (9 mars 2021). Ergo Motri Santé. Disponible sur <https://ergo-motri-sante.fr/2021/03/09/la-pression-temporelle/>
- *La pression temporelle : un phénomène complexe qu'il est urgent d'étudier.* Disponible sur [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=TH\\_742\\_0157](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=TH_742_0157)
- *Pression temporelle et estimation du temps.* (19 juillet 2016). TEL - Thèses. Disponible sur <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01346594/document>
- *Qu'est-ce que la communication non-verbale ?* (16 janvier 2005). Winckler's Webzine. Disponible sur <http://martinwinckler.com/spip.php?article461>

## **Mémoires**

- “Communiquer pour soulager la douleur” - Marie Craste
- “Soulager les maux par les mots” - Lauréline Barre
- “La communication avec le patient dans les soins en situation d’urgence” - Victor Pelus

## **Supports de cours**

- Tiercin, M. (12 février 2020). *Sémiologie de la douleur.*

## Annexes

### Entretien IDE 1

ESI : Donc du coup moi c'est Pauline, je vais enregistrer si ça te va l'entretien, euh ce sera anonyme de toute façon et du coup mon mémoire c'est sur la gestion de la douleur induite. Voilà, donc pour commencer, depuis quand es-tu diplômée ?

IDE : Alors, je suis diplômée depuis 2017, euh juillet 2017 donc ça va faire 5 ans bientôt

ESI : ok

IDE : après je sais pas si tu veux savoir mon parcours un peu ou...

ESI : hum oui si tu veux

IDE : ouais ? bah j'ai commencé aux soins intensifs de cardiologie

ESI : ouais

IDE : et après j'ai été sur plusieurs postes de  $\frac{2}{3}$  mois, j'ai fait les maladies infectieuses, j'ai fait euh la chirurgie cardio et thoracique, j'ai fait de l'oncologie digestive et je suis à (nom du service) là depuis septembre 2018 donc ça fait 3 ans, un peu plus de 3 ans

E : D'accord, ok euh est ce que du coup dans ton parcours tu es souvent confrontée à des soins induisant des douleurs ?

IDE : euh... bah souvent je sais pas mais c'est quand même assez régulier, on a parfois des pansements en rhumatologie, des pansements d'ulcère ou de... je pense aux pansements en particulier euh... qui peuvent être douloureux et pour lesquels on a déjà introduit du meopa

ESI : ouais

IDE : pendant les pansements, on fait souvent aussi des prémédications alors c'est pas forcément pour des soins mais c'est pour des mobilisations, des gens qui sont douloureux euh on anticipe beaucoup, on essaie de donner un antalgique une heure avant euh la toilette ou les mobilisations pour éviter bah les douleurs induites par les soins, par les mobilisations

ESI : D'accord

IDE : euh ouais je pense aux pansements après d'autres soins je sais pas... j'ai pas en tête autre chose que des pansements qui peuvent être douloureux en tout cas qu'on fait euh ici

ESI : D'accord

IDE : euh voilà

ESI : Du coup bon t'as déjà un peu répondu mais quelles méthodes utilisez-vous pour réduire ou prévenir ces douleurs ?

IDE : Alors on utilise bah du coup les prescriptions médicales en accord avec les médecins euh très souvent c'est euh ouais je te disais une heure avant

ESI : ouais

IDE : une heure avant un antalgique alors souvent c'est du palier 3 souvent ou de l'actiskenan ou de l'oxynorm et je repense à quelque chose là on fait parfois en rhumatologie (mais t'avais dû voir ça en stage) des biopsies sous scanner

ESI : oui

IDE : et les biopsies sous scanner en fait on a tout un protocole dans le service de prémédication avec un antalgique aussi palier 3, un sédatif, je crois que c'est l'atarax 25 mg 2h avant et une heure avant le geste l'oxynorm du coup, la morphine. Voilà et sinon le meopa, j'ai déjà utilisé plusieurs fois le meopa pendant des pansements euh donc on l'utilise vraiment par contre quand les patients sont capables de tenir le masque

ESI : ah oui d'accord

IDE : et de faire seuls euh si ils sont pas capables parce que confus ou quoi bah le meopa c'est un peu, c'est pas possible de l'utiliser

ESI : oui

IDE : euh c'est essentiellement ça, la prémédication une heure avant et meopa si besoin

ESI : pendant les soins du coup

IDE : ouais parfois ça m'est arrivé aussi mais c'était pas dans ce service là, pendant certains pansements douloureux, en plus des antalgiques euh de demander au patient s'il aimait écouter de la musique et du coup bah lui mettait de la musique qu'il voulait sur son téléphone pendant les soins et ça marchait pas trop mal, c'est associé ça peut être euh intéressant d'essayer en tout cas

ESI : d'accord euh êtes-vous parfois pressée par le temps lors de vos soins ?

IDE : tout le temps, tout le temps, tout le temps mais je pense que tu t'en rends compte au quotidien euh on essaye au maximum comme je te disais d'anticiper les douleurs mais parfois dans une situation d'urgence je pense parfois à des gaz du sang, ça nous arrive d'avoir des gaz du sang à faire en urgence et bah on a pas forcément le temps de poser un patch d'empla, le patch d'empla on peut essayer pour les prises de sang, on a pas forcément le temps pour les gaz du sang urgent parfois

parce que il faut patienter deux heures après pour que ce soit vraiment efficace parfois c'est pas possible et oui on est tout le temps tout le temps tout le temps pressés dans les soins et de plus en plus je trouve

ESI : ouais et comment faites-vous s'il y a une pression temporelle du coup pendant les soins ?

IDE : par rapport à la pression du temps ?

ESI : oui

Ide : bah on essaye de prioriser et de déléguer aussi parce que on est une équipe et parfois bah quand on a pas le temps de faire certaines choses bah on passe à l'équipe suivante c'est aussi le principe du relais et de l'équipe de soins euh et prioriser, se dire que bah le principal c'est que les patients soient en sécurité, qu'ils soient bien installés, qu'ils soient confortables au maximum et puis bah s'il y a quelque chose qu'on a pas le temps de faire et bah c'est fait plus tard et puis voilà

ESI : D'accord et est ce que du coup les méthodes euh dont tu parlais avant tu peux les utiliser quand il y a une pression temporelle ? ou est ce que en mettre d'autres en place ?

IDE : bah on essaye au maximum euh après c'est vrai que parfois dans une journée bah c'est jamais, tout ne roule jamais comme on aurait imaginé parfois on a une situation d'urgence à l'heure ou on devait donner le comprimé de morphine par exemple et bah dans ce cas là on sait et les aides soignantes aussi sont au clair, elles ont un tableau dans leur petit classeur de soin avec les durées d'action des antalgiques et on leur dit n'y allez pas fin à partir du moment où on donne les médicaments n'y allez pas avant trois quart d'heure / une heure c'est pas la peine parce que ce sera pas efficace mais on essaye de décaler au pire si c'est pas possible, si y a un contretemps entre guillemets bah c'est pas grave un pansement ça peut être fait l'après midi aussi

ESI : oui

IDE : fin on essaye de quand même je trouve dans le service je trouve de faire attention à à la douleur et c'est très souvent mis en place quand même les prémédications et l'équipe est sensibilisée aussi donc euh même s'il y a une pression de temps qui est permanente on est sensibles à ça et au confort du patient et d'éviter la douleur au maximum même si c'est pas toujours facile et possible mais on en tout cas je pense qu'on essaie de mettre tout en oeuvre pour que ça soit fait

ESI : Euh.. quel impact a du coup cette pression temporelle sur la communication avec le patient ?

IDE : et bah la communication avec le patient euh ça demande du temps. Ça demande du temps et ça demande d'être disponible et quand on a une charge mentale hyper importante où on se dit il faut que je fasse ça ça ça après ce soin là parfois on est... je trouve hein que la pression temporelle elle fait qu'on est pas forcément disponible pour écouter euh... même si on voudrait l'être pour chacun des patients dont on s'occupe, parfois c'est vraiment euh c'est vraiment pas simple aussi on a des difficultés parfois de communication avec certains patients qui peuvent être euh déments, confus et là on doit s'adapter et euh parfois ça prend plus de temps parce qu'ils peuvent être dans l'agressivité

dans le refus de soin euh vraiment tout ça ça prend du temps qui se rajoute en fait à la charge en soins et euh voilà la communication au maximum elle est conservée mais c'est vrai que ça prend du temps aussi euh je sais plus tu peux me redire la question je sais pas si j'y ai répondu

ESI : c'était quel impact à la pression temporelle sur ta communication avec le patient ?

IDE : quel impact ? et bah quel impact euh je dirai que l'impact on essaie de le minimiser fin de le réduire au maximum et forcément la pression du temps et des soins impactent sur la communication parce qu'on est pas euh fin on est humain et du coup on peut pas euh quand on est pressé dans tous les sens par les médecins par les familles, par la charge en soins, parfois la communication on a pas suffisamment de temps je trouve en tout cas de plus en plus pour communiquer suffisamment avec les gens et prendre suffisamment le temps parfois de bien leur expliquer tout en détails ce qu'on va leur faire, parfois aussi je te disais il y a pas forcément la compréhension du patient donc évidemment hein les deux sont fin la douleur et la communication les deux sont liées je pense que quand on a moins le temps d'expliquer et moins le temps de prendre le temps avec eux ça induit parfois euh une angoisse fin voilà une anxiété parce qu'ils voient qu'on est pressés et forcément ça impacte la qualité des soins et tout ça

ESI : Oui et est ce que tu sais si ça a un impact sur ton comportement du coup cette pression temporelle ?

IDE : sur mon comportement ?

ESI : Oui

IDE : alors mon comportement c'est assez général comme terme est ce que tu peux préciser ?

ESI : sur ta manière d'être avec le patient ? ça rejoint un petit peu la question d'avant du coup mais euh

IDE : ouais ouais euh est ce que ça a un impact sur mon comportement ? La pression toujours ?

ESI : ouais

IDE : euh bah je pense que oui indirectement même si on le voudrait pas euh quand on a euh la je prend l'exemple d'un patient qu'on a euh chez nous actuellement qui est parfois dans le refus complet de soins, je pense que bah on perd patience et on passe plus facilement le relais à une infirmière ou à une aide soignante. Je sais que pour la prise des médicaments par exemple très souvent il refuse, on essaie à plusieurs reprises, à plusieurs moments différents mais euh parfois oui la pression temporelle elle impacte notre comportement en tant que soignant même si ça devrait pas voilà parfois la patience peut euh être mise à rude épreuve (rires)

ESI : c'est sur... euh du coup t'as déjà répondu mais votre charge de travail a-t-elle un impact sur cette pression temporelle ?

IDE : bah les deux sont liées en fait on a une charge de travail qui est assez fluctuante mais qui est quand même assez souvent lourde et j'ai l'impression qu'on a de moins en moins de temps avec les patients parce qu'on a beaucoup de choses qui s'ajoutent autour du soin et de la communication euh les téléphones qui sonnent sans arrêt, les familles qui demandent des nouvelles euh des demandes de transport à faire, des commandes de pharmacie fin voilà y a mille choses qui s'ajoutent autour de ça et euh et je sais plus ce que je voulais dire (rires)

ESI : En quoi votre charge de travail a-t-elle un impact sur cette pression temporelle ?

IDE : en quoi la charge de travail a un impact sur la pression temporelle ? bah en fait tout se surajoute et finalement on arrive à une espèce d'escalade de pression qui devrait pas exister pour moi fin on devrait pouvoir faire les choses correctement et avec le temps nécessaire pour chacun et c'est ce qu'on dénonce tout ça, tous les jours au quotidien

ESI : oui

IDE : forcément ça a un impact

ESI : et euh pour finir du coup en quoi dirais-tu que le stress induit par la pression temporelle impacte ta communication ?

IDE : bah je pense que j'ai répondu un peut tout à l'heure euh le fait d'avoir énormément de choses à faire, à penser en même temps euh impacte évidemment la relation avec le patient et la communication parce qu'on se rend compte qu'on a de moins en moins de temps pour communiquer avec les patients, pour prendre le temps avec eux. J'ai un exemple en tête la euh y a quelques mois on a eu un patient qui est arrivé chez nous pour des lombalgies et en fait à qui on a diagnostiqué un cancer métastatique en fait les lombalgies c'était des métastases osseuses et dans l'après-midi bah j'avais euh, j'avais eu une situation d'urgence, j'avais eu une chute, j'avais eu un travail monstre et j'ai pas eu le temps du tout de m'asseoir à côté de ce monsieur et de lui demander comment ça allait et s'il voulait discuter de ce qui lui avait été annoncé le matin et c'est... je trouve que c'est inhumain de pas pouvoir parfois prendre le temps avec les gens juste de parler, juste de s'asseoir à côté d'eux, de s'échanger plus que bah voilà je vais vous faire tel soin, ça ça, on se rend compte que parfois on connaît pas tant que ça, on les connaît pas bien, on a du mal parfois à évaluer leur ressenti parce qu'on a pas le temps nécessaire qui devrait être imparti pour chaque patient et on se rend compte que plus la charge de travail augmente, plus ce temps de communication là est impacté et plus il est précieux parce qu'on se rend vraiment compte que ça change beaucoup de choses parfois dans la relation entre les médecins, les patients et les familles et nous c'est c'est compliqué parfois en tant que soignant et là moi je suis diplômée que depuis 5 ans et j'ai l'impression que vraiment on a de moins en moins de temps euh pour ça et pour euh être le plus accompagnant possible pour les patients. Je sais pas si ça répond à ta question ?

ESI : Si, si très bien

IDE : c'est pas évident parce que c'est des questions longues et un peu précises du coup euh

ESI : elles se rejoignent un petit peu toutes

IDE : ouais ouais

ESI : Est ce que tu avais quelque chose à ajouter ?

IDE : bah je pense que j'ai tout dit euh en gros c'est vrai que pour revenir à ton sujet principal c'est quand même la douleur c'est ça hein la prise en charge de la douleur ?

ESI : oui c'est ça

IDE : euh je pense que tout est mis en oeuvre en tout cas en terme de protocoles et de médicaments pour faire en sorte justement que les soins qui peuvent être douloureux ne le soient pas mais en effet, on est pressés par le temps qui nous manque chaque jour de travail et vraiment parfois ça a un impact sur la relation soignant-soigné, sur la prise en charge individuelle qu'on voudrait parfois améliorer parce qu'on se rend compte que la communication c'est vraiment super important et c'est vraiment la base de tout et vraiment le manque de temps c'est vraiment le problème euh qui parfois nous empêche de faire les choses aussi bien qu'on voudrait

ESI : c'est vrai. Merci beaucoup

## Entretien IDE 2

ESI : Du coup je me présente donc je suis Pauline, je vais enregistrer si ça t'embête pas et donc ce sera anonyme de toute façon. Et donc moi je travaille sur la gestion de la douleur induite. Donc euh pour commencer, depuis quand es-tu diplômée ?

IDE : Euh diplômée depuis novembre 2004

ESI : D'accord, euh est-ce que dans euh au quotidien, tu es souvent confrontée à des soins qui induisent des douleurs ?

IDE : Sur les douleurs induites ou que des douleurs ?

ESI : Des douleurs

IDE : Toutes les douleurs ? Tous les jours ouais, tout le temps après elles sont différentes d'un patient à un autre quoi, tout dépend pourquoi ils viennent euh

ESI : Et euh quelles méthodes utilises-tu pour prévenir ou réduire bah ces douleurs là ?

IDE : Alors soit les antalgiques, les stratégies médicamenteuses, tout ce qui est chaud, froid

ESI : ouais

IDE : Soit les anxiolytiques, soit la distraction ou soit emla ou meopa

ESI : ok. Euh est ce que ça t'arrives d'être pressée par le temps lors de tes soins ?

IDE : Tout le temps (rires) bah ouais on a pas ouais par rapport à bah t'as bien vu fin ici on a pas le temps de on a pas le temps de véritablement se poser avec tous les patients quoi

ESI : Et euh comment dans ces cas-là tu fais euh quand y a une pression temporelle comme ça euh pendant les soins ?

IDE : Euh j'essaie de me focaliser sur le patient et euh que perosnne soit dans la chambre avec moi (rires) et j'essaie ouais j'essaie que stop euh je m'occupe de ça et après je vois autre chose quoi ouais

ESI : Et est ce que tu arrives du coup à utiliser les méthodes dont tu parlais quand y a une pression comme ça ou est ce que c'est plus difficile ?

IDE : bah c'est plus difficile c'est tout ce qui est gestion de euh la gestion du stress, gestion de la rapidité ou faut aller vite et tout pour... mais aussi ne pas faire mal et tout donc on essaie, on essaie

au maximum, moi la distraction j'essaie de la faire avant de faire le soin quoi. Beaucoup avant comme ça on passe à autre chose

ESI : ouais et euh

IDE : Et de regrouper les soins aussi

ESI : oui, ouais, oui c'est vrai et euh quel impact du coup à cette pression temporelle sur ta communication avec le patient ?

IDE : Je pense que des fois, je pense que je ne écoute pas je pense, je pense c'est pas le vouloir mais des fois on ne peut pas euh on ne peut pas euh je pense que y a des moments où avec le temps et tout ça, je ne peux pas réexpliquer dix fois ou euh quand j'explique je réexplique avec d'autres mots parce qu'ils comprennent pas euh c'est un... des fois je sais que je le fais pas et je m'en veux, je m'en veux voilà.

ESI : Et est ce que ta charge de travail a un impact sur cette pression temporelle ?

IDE : Bah largement, quand on est à treize patients là en ce moment on a des COVID en plus qui vont pas bien, euh plus des patients qui ne vont pas bien à l'extérieur, je pense qu'on ne peut pas se couper en deux, on est tout seul à gérer et ouais, on sort pas bien en fait du service

ESI : ouais

IDE : on a l'impression de pas avoir tout accompli et euh après euh ce que je disais c'est que l'autre fois euh dimanche la dame qui est pas bien en COVID, euh bah je suis restée avec elle euh j'aurai pu faire l'injection et puis partir et en fait je voyais tellement qu'elle était anxieuse que je j'ai pris du temps euh alors j'ai pas pris beaucoup hein beaucoup de temps, j'ai du prendre 10-15 minutes peut être je sais même pas en fait parce que des fois on a plus la notion du temps dans les chambres d'isolement et euh et en fait elle m'a parlé et tout ça et après c'était mieux quoi. Après elle a pas re-sonné donc je pense que des fois on devrait prendre plus de temps et on aurait moins de demandes de la part des autres patients et peut être moins d'angoisse aussi et sûrement moins de douleur parce que des fois quand ils sont angoissés, ils peuvent être douloureux aussi, pour juste dire qu'on est là quoi, présents aussi

ESI : Et euh pour finir du coup en quoi dirais-tu que le stress induit par la pression temporelle impacte ta communication ?

IDE : Alors en quoi diriez-vous que le stress induit par la pression temporelle impacte votre communication ? Tu peux reformuler s'il te plaît ?

ESI : Euh le fait d'être stressée, fin d'avoir le stress du temps en fait, en quoi ça peut impacter euh la communication avec le patient pendant les soins du coup ?

IDE : bah une mauvaise compréhension, un manque de confiance du soignant par laquelle bah il écoute pas euh bah t'as le manque de confiance euh après t'as je pense que en fait en t'as le manque de considération quoi, je vois pas du tout, je vois pas...

ESI : bah si en fait genre en quoi la pression temporelle impacte la communication après t'as déjà un peu répondu dans la question précédente

IDE : Oui c'est peut être pour ça, je pense que c'est ça en fait parce que là je suis entrain de chercher euh mais des fois c'est pas évident de trouver des questions à...

ESI : Est ce que t'avais quelque chose à ajouter euh

IDE : Euh non euh je pense que en fait on voudrait faire plus et finalement on peut faire moins fin on peut pas faire plus quoi après euh je pense qu'il faut prendre du temps mais le problème c'est qu'il faut prendre du temps mais on est pressés par le temps aussi quoi quand on a tant à faire sur toute la journée bah c'est compliqué quoi parce qu'on dit de pas faire d'heures sup et voilà mais en fait on essaie de faire au mieux quoi voilà ça te va ?

ESI : oui merci beaucoup

### Analyse des entretiens (Tableau)

Thème	IDE 1	IDE 2
<b>Fréquence</b>	“c’est quand même assez régulier”	“Tous les jours ouais, tout le temps”
<b>Méthodes</b>	<p>“les prescriptions médicales en accord avec les médecins”</p> <p>“on fait souvent aussi des prémédications”</p> <p>“on anticipe beaucoup, on essaie de donner un antalgique une heure avant”</p> <p>“le meopa”</p> <p>“demander au patient s’il aimait écouter de la musique et du coup bah lui mettait de la musique”</p> <p>“le patch d’emla”</p>	<p>“Alors soit les antalgiques, les stratégies médicamenteuses, tout ce qui est chaud, froid”</p> <p>“Soit les anxiolytiques, soit la distraction ou soit emla ou meopa”</p>
<b>Pression du temps</b>	“tout le temps, tout le temps, tout le temps”	<p>“Tout le temps”</p> <p>“on a pas le temps de véritablement se poser avec tous les patients”</p>
<b>Gestion de cette pression</b>	<p>“on essaye de prioriser et de déléguer aussi parce que on est une équipe”</p> <p>“quand on a pas le temps de faire certaines choses bah on passe à</p>	<p>“j’essaie de me focaliser sur le patient et euh que personne soit dans la chambre avec moi”</p> <p>“j’essaie que stop euh je m’occupe de</p>

	l'équipe suivante c'est aussi le principe du relais et de l'équipe de soins"	ça et après je vois autre chose"
<b>Impact sur la communication</b>	<p>"Ça demande du temps et ça demande d'être disponible"</p> <p>"quand on a une charge mentale hyper importante"</p> <p>"je trouve hein que la pression temporelle elle fait qu'on est pas forcément disponible pour écouter"</p> <p>"on a des difficultés parfois de communication avec certains patients qui peuvent être euh déments, confus et là on doit s'adapter et euh parfois ça prend plus de temps parce qu'ils peuvent être dans l'agressivité dans le refus de soin"</p> <p>"l'impact on essaie de le minimiser fin de le réduire au maximum et forcément la pression du temps et des soins impactent sur la communication parce qu'on est pas euh fin on est humain et du coup on peut pas euh quand on est pressé dans tous les sens par les médecins par les familles, par la charge en soins"</p> <p>"on a pas suffisamment de temps je trouve en tout cas de plus en plus pour communiquer suffisamment avec les</p>	<p>"Je pense que des fois, je pense que je je n'écoute pas je pense, je pense c'est pas le vouloir mais des fois on ne peut pas euh on ne peut pas euh je pense que y a des moments où avec le temps et tout ça, je ne peux pas réexpliquer dix fois ou euh quand j'explique je réexpliquer avec d'autres mots parce qu'ils comprennent pas euh c'est un... des fois je sais que je le fais pas et je m'en veux, je m'en veux voilà."</p>

	<p>gens et prendre suffisamment le temps parfois de bien leur expliquer tout en détails ce qu'on va leur faire”</p> <p>“parfois aussi je te disais il y a pas forcément la compréhension du patient donc évidemment hein les deux sont fin la douleur et la communication les deux sont liées je pense que quand on a moins le temps d'expliquer et moins le temps de prendre le temps avec eux ça induit parfois euh une angoisse fin voilà une anxiété parce qu'ils voient qu'on est pressés et forcément ça impacte la qualité des soins”</p>	
<p><b>Charge de travail</b></p>	<p>“les deux sont liées en fait on a une charge de travail qui est assez fluctuante mais qui est quand même assez souvent lourde et j'ai l'impression qu'on a de moins en moins de temps avec les patients parce qu'on a beaucoup de choses qui s'ajoutent autour du soin et de la communication euh les téléphones qui sonnent sans arrêt, les familles qui demandent des nouvelles euh des demandes de transport à faire, des commandes de pharmacie fin voilà y a mille choses qui s'ajoutent autour de ça”</p> <p>“en fait tout se surajoute et finalement on arrive à une espèce d'escalade de pression qui devrait pas exister pour</p>	<p>“Bah largement, quand on est à treize patients là en ce moment on a des COVID en plus qui vont pas bien, euh plus des patients qui ne vont pas bien à l'extérieur, je pense qu'on ne peut pas se couper en deux, on est tout seul à gérer et ouais, on sort pas bien en fait du service”</p> <p>“on a l'impression de pas avoir tout accompli”</p> <p>“je pense que des fois on devrait prendre plus de temps et on aurait moins de demandes de la part des autres patients et peut être moins d'angoisse aussi et sûrement moins de douleur parce que des fois quand ils</p>

	moi fin on devrait pouvoir faire les choses correctement et avec le temps nécessaire pour chacun”	sont angoissés, ils peuvent être douloureux aussi, pour juste dire qu’on est là quoi, présents aussi”
--	---	---

## **ABSTRACT**

**Nom :** BARATON

**Prénom :** Pauline

**Titre :** En quoi la pression temporelle ressentie par l'IDE peut-elle impacter la communication avec le patient lors de la réalisation d'un soin porteur de douleurs induites ?

**Présentation synthétique du travail en anglais :**

My final year thesis is about the impact of the temporal pressure on the communication with the patient during a treatment leading to pain. How to bring pain relief among patients with simple words, with our behavior ?

That's why I came to ask myself this question : "To what extent the temporal pressure felt by the nurse can impact the communication with the patient during a treatment leading to pain ?"

The aim of this research thesis is to define the communication, the induced pain as well as temporal pressure in order to learn new concepts.

By developing this research, I would like to gain skills for my future professional practice.

I started by doing some research on my subject. Then, in order to compare the theory of the books with the reality on the ground, I met two nurses who gave me new elements about communication and pain facing temporal pressure.

In the end, I made connections between the professionals' ideas and the authors' ideas.

All these steps allowed me to highlight the communication during treatments no matter the time we have.

**Présentation synthétique du travail en français :**

Mon travail de fin d'études porte sur l'impact de la pression temporelle sur la communication avec le patient lors d'un soin porteur de douleurs induites. Comment par de simples paroles, par notre comportement, apporter un soulagement de la douleur chez les patients ?

C'est pourquoi j'ai été amenée à me poser la question suivante : "En quoi la pression temporelle ressentie par l'IDE peut-elle impacter la communication avec le patient lors de la réalisation d'un soin porteur de douleurs induites ?"

Le but de mon questionnement est de définir la communication, la douleur induite de même que la pression temporelle et d'apprendre ainsi de nouveaux concepts.

En développant cette recherche, j'aimerais acquérir des outils pour ma future pratique professionnelle.

J'ai commencé par effectuer des recherches sur mon sujet. Puis, pour confronter la théorie avec la réalité du terrain, j'ai rencontré deux infirmières qui m'ont donné des éléments nouveaux sur la communication et la douleur face à la pression temporelle.

J'ai finalement fait des liens entre les idées des professionnelles et des auteurs.

Toutes ces étapes m'ont permis de mettre en avant la communication dans les soins peu importe le temps dont nous disposons.

**Key words :** Communication, Induced pain, Caregiver-caretaker relationship, Temporal pressure, Treatment

**Mots-clés :** Communication, Douleur induite, Relation soignant-soigné, Pression temporelle, Soins

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Pôle de Formation des Professionnels de Santé - CHU Pontchaillou

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES - Année de formation : 2019-2022