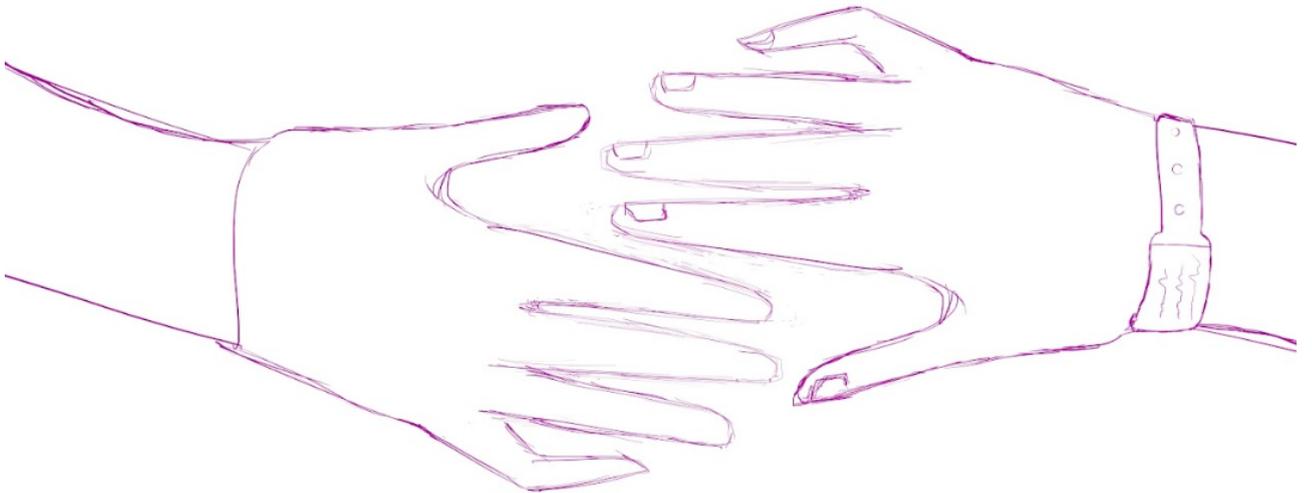




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes,
2, rue Henri Le Guilloux Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

L'impact du vécu de soin douloureux par le patient dans la continuité de sa
prise en soin



Formateur Référent : AUGER-DUCLOS Kelig

NOM et Prénom : TIGER Marine

Formation infirmière

Promotion : 2019-2022

Date : 2 mai 2022



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'État D'Infirmier

Travaux de fin d'études :

« L'impact du vécu de soin douloureux par le patient dans la continuité de sa prise en soin. »

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du Diplôme d'État 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 : 2 Mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : Mme TIGER Marine

Fraudes aux examens :

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

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

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

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

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

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les membres de ma famille, mon entourage et mes amis qui m'ont soutenu, malgré les doutes et les difficultés rencontrées, tout au long de ces 3 années de formation infirmière. A eux aussi qui m'ont également encouragé et accompagné lors de l'écriture de ce mémoire.

Je souhaite aussi remercier deux amies très proches qui m'ont aidé pour la relecture de mon mémoire.

Je remercie aussi mon petit frère qui a réalisé le dessin pour la couverture de mon travail de fin d'études.

Je remercie également ma référente de mémoire, Madame Auger-Duclos pour m'avoir accompagné, répondu à mes questions et éclairé dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci aussi à ma référente pédagogique, Madame Le Bihan de m'avoir suivi durant toute la formation, de m'avoir écouté et soutenue.

Un grand merci aux professionnels de santé qui ont accepté de prendre de leur temps pour répondre à mes questions.

Sommaire

I. Introduction	1
1. Situation d'appel n°1	1
2. Situation d'appel n°2	2
3. Vers la question de départ	3
II. Cadre conceptuel	5
1. La place de la douleur dans les soins	5
1.1 Qu'est-ce que la douleur	5
1.1.1 Les quatre composantes de la douleur	6
1.1.2 Les différents types de douleurs	7
1.2 Le soignant face à la douleurs	8
1.2.1 L'aspect législatif	9
2. Quand le vécu impact sur la prise en soin	10
2.1 Définition de la prise en soin	10
2.2 Vécu de soin	11
2.2.1 Définition du vécu	11
2.2.2 Facteurs influençant le vécu	11
2.2.3 Mémorisation de la douleur	12
2.3 Impact	13
2.3.1 Définition de l'impact	13
2.3.2 Rôle de la relation d'aide	14
III. Cadre méthodologique	15
1. Objectif de l'entretien	15
2. Population interviewée	15
3. Organisation et réalisation des entretiens	15
4. Bilan du dispositif	16
IV. Analyse des entretiens	17
1. Identifier les ressentis des soignants face à la douleur des patients	17
2. Déterminer les réactions d'un patient face à un soin qui renvoi à un vécu douloureux ou à une appréhension de la douleur	17
3. Identifier les actions favorables à la mise en place de l'alliance thérapeutique lors du soin douloureux	18
4. Mettre en évidence le rôle du soignant dans la prise en soin de la douleur	19
V. La discussion	21
VI. Conclusion	26
VII. Bibliographie	28
Annexes	
Abstract	4ème de couverture

Siglier

LAL : Leucémie Aiguë Lymphoïde

MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote

PAC : Port-à-Cath

IASP : International Association for the Study of Pain

OMS : Organisation Mondial de la Santé

Citation

«Prendre soin consiste à porter une attention particulière bienveillante et bienfaisante à des hommes et des femmes qui, en la singularité de leur existence, vivent chacun comme ils le peuvent ce qu'ils ont à vivre ...»

Walter Hesbeen

I. Introduction

Dans le cadre de la formation infirmière, nous devons réaliser, à l'issue de ces trois années, un mémoire. Ce mémoire a pour but de nous faire réfléchir sur un thème, une situation, afin de mener une réflexion personnelle sur le sujet choisi.

Le thème de l'impact d'un soin douloureux me paraît donc essentiel. Au début de ma formation, c'est un critère que je ne prenais pas en compte. L'idée même du vécu de soin et de son impact ne m'avait jamais traversé l'esprit. Or, l'impact d'un soin ne s'effectue pas forcément sur un temps donné. Il peut s'inscrire sur une durée plus longue. Et ce, dans la mesure où il a été vécu difficilement ou non par le patient.

C'est lors de mon stage en oncologie hématologie pédiatrique que cette thématique a émergé. En effet, j'ai pu remarquer que chaque patient appréhende de manière différente le soin que l'infirmière va effectuer. Certains peuvent se montrer anxieux, avoir peur, être en colère... Chacun passe par une multitude d'émotions et peut facilement se retrouver submergé. Il peut parfois être compliqué de décrypter ces signaux d'alerte. Cela est alors susceptible d'impacter la prise en soin du patient. En tant que future jeune diplômée, je sais que d'ici peu de temps, je serai confrontée à ce genre de situation. Cette réflexion va pouvoir m'accompagner et me servir d'appui pour être capable, du mieux possible, d'y faire face.

1. Situation d'appel n°1

Ce soin se déroule lors de mon stage en service d'oncologie hématologie pédiatrique. Ce jour-là, je suis encadrée par une infirmière puéricultrice. Nous prenons en soin un enfant de 9 ans hospitalisé pour une rechute de leucémie aiguë lymphoïde (LAL). Lors des transmissions, nous avons pour information que c'est le jour du changement de son aiguille de Huber. En effet, l'enfant est en aplasie, son aiguille doit donc être changée une fois par semaine.

Je prépare le matériel nécessaire pour la réalisation du changement d'aiguille. Je suis à ma 6e semaine de stage, c'est un soin que j'ai pu réaliser plusieurs fois. Cependant, au vu des dernières transmissions, il a été dit que cet enfant peut se montrer très anxieux, agité et dans le refus lors de la réalisation de soins auprès de sa chambre implantable.

Nous entrons dans la chambre. Le petit garçon est dans son lit et son père à ses côtés. Il nous voit arriver avec du matériel et le gaz MEOPA. L'infirmière lui annonce la raison de notre venue et son visage se décompose. Il refuse le soin, dit qu'il veut regarder la télévision. Son père lui répond qu'il

peut la regarder en même temps que nous faisons le soin. L'enfant est réticent, il dit qu'il veut aller aux toilettes pour faire retarder le soin. Son père nous explique alors que les soins sont compliqués chez son fils. En effet, ce dernier a eu une mauvaise expérience lors d'une précédente hospitalisation. Il fallait lui poser une perfusion cependant, l'infirmière avait été obligée de bouger l'aiguille car elle n'était pas dans la veine. L'enfant avait eu très mal et par la suite, un hématome important sur l'avant-bras était apparu. Son père tente de le rassurer et négocie avec lui afin que nous puissions commencer le soin.

J'ouvre tout le matériel dont j'ai besoin. L'infirmière lui administre du MEOPA. Je commence à enlever le pansement. L'enfant se met à hurler. Il me dit que je lui fais mal, alors que je l'ai à peine touché. J'utilise donc une lingette pour décoller plus facilement le pansement. Je pose la lingette sur sa peau puis commence à décoller le pansement. L'enfant essaie de me retirer le bras. Son père tente de le rassurer et lui prend la main. Je sens le stress monter pour le patient et pour moi. L'enfant crie à chaque fois que je décolle un bout de pansement. L'infirmière m'aide pour le retirer.

Une fois le pansement décollé, j'enfile mes gants stériles. Je commence à désinfecter sa peau au niveau du port à cathéter (PAC) . Il continue de crier et de pleurer. L'infirmière essaie de le distraire, en vain, en lui lisant une histoire. Je tourne la tête vers mon champ et je m'aperçois que je n'ai pas ouvert l'aiguille de Huber. Je me rends compte que l'agitation de l'enfant a fait que je ne me suis pas concentrée sur mon soin. J'enlève donc mes gants stériles pour ouvrir l'aiguille, puis j'enfile une nouvelle paire. Cet événement ajoute du stress à mon soin. Je purge ensuite mon aiguille, désinfecte le site. Son père et l'infirmière le maintiennent. Il hurle. Au moment même où je pique, l'enfant s'agite et fait bouger sa chambre. A ce moment, je ne sais pas encore si j'ai piqué correctement dans la chambre. Je me rends compte que je n'ai pas de retour veineux. J'essaie d'avertir discrètement l'infirmière, l'enfant entend et se remet à pleurer. Je passe la main à l'infirmière qui terminera mon soin.

2. Situation d'appel n°2

Ce soin se déroule en hôpital de jour d'oncologie hématologie pédiatrique. Je suis à ma septième semaine de stage. L'hôpital de jour est un service où les enfants sont accueillis la journée pour différents soins tels que : chimiothérapies, transfusions, bilans sanguins ... Il peut parfois arriver que les enfants viennent tous les jours dans le cadre de certaines chimiothérapies. Aujourd'hui nous accueillons une enfant de sept ans, son diagnostic a été posé il y a environ sept mois. Ce matin, elle vient pour sa cinquième cure de chimiothérapie. En effet, elle est venue tous les jours de la semaine

pour recevoir son traitement. Il avait été décidé que l'enfant allait garder l'aiguille, dans sa chambre implantable, toute la semaine et qu'elle serait retirée vendredi après la cure.

Nous sommes vendredi après-midi quand nous rentrons, avec l'infirmière, dans la chambre de la patiente. J'avais préparé, au préalable, tout le matériel nécessaire au retrait d'une aiguille de Huber. Je m'adresse à l'enfant et lui dit que nous allons retirer l'aiguille de sa chambre implantable. Elle est d'accord. Je m'installe, elle enlève son tee-shirt puis, elle me demande si elle va avoir mal. Je lui réponds que je vais faire le plus attention possible pour que cela se passe bien. Je commence à retirer le pansement à l'aide d'une lingette. L'enfant m'arrête, elle me dit qu'elle veut le faire. Je lui laisse essayer tout en continuant mon soin. Cependant sa main ne bouge pas, elle tient uniquement le bout de pansement déjà décollé. L'infirmière qui se trouve à côté d'elle prend une autre extrémité. L'enfant se met à pleurer. Je lui demande pourquoi elle pleure, si je lui ai fait mal ou bien si c'est parce qu'elle préfère que ce soit l'infirmière qui lui réalise le soin. Elle me répond qu'elle souhaite faire une pause dans le soin. L'enfant commence à paniquer. Elle nous dit, en pleurant, qu'elle ne veut pas que nous enlevions l'aiguille en même temps que le pansement. L'infirmière lui répond que ce n'est pas comme ça que le soin se réalise. L'enfant lui répond qu'un jour une infirmière a retiré le pansement et que l'aiguille est partie avec. Elle a eu très mal lorsque cela est arrivé. Elle continue de pleurer et durant une dizaine de minutes, refuse toute approche de son pansement. Sa mère tente de la rassurer mais en vain, la petite fille est angoissée à l'idée que l'aiguille parte en même temps que le pansement. Nous parvenons finalement, avec difficulté et après de longues minutes, à enlever tout le contour du pansement. Il ne reste plus qu'à l'enlever sur l'aiguille. Je laisse l'infirmière faire à ma place. Elle essaie de retirer le pansement doucement, mais rien y fait. Durant tout le soin, l'enfant pleure et continue d'avoir très peur malgré nos réassurances.

3. Vers la question de départ

Être face à la douleur, à l'appréhension et à la peur de ces patients a été difficile pour moi. En effet, je ne savais pas quelle posture adopter, quelle réaction avoir ni quoi leurs dire pour les rassurer. Ce qui m'a marquée dans ces deux situations de soins, c'est l'impact du soin précédent sur la réaction qu'ils avaient maintenant. Alors, à la suite de ces situations, je me suis posé différentes questions. Tout d'abord sur mon soin : est-ce que mon soin va impacter de nouveau l'appréhension du patient ? En effet, je me demande si je vais aussi créer une peur chez eux. Puis je me suis aussi questionnée si le patient avait ressenti mon stress et si cela a pu jouer sur le déroulé du soin, c'est-à-dire si mon comportement a impacté leurs réactions, si cela a joué sur leurs ressentis. Ensuite, je me suis demandée si le soin avait été difficile à cause de son vécu, et que faire de ce vécu ? En d'autres

termes, si le soin précédent s'est mal passé et que cela a encore des conséquences aujourd'hui, alors réfléchir sur la manière dont je vais accompagner le patient. Et enfin, que peut-on mettre en place pour rendre le soin, et les soins suivants, moins difficiles pour le patient ? Cet ensemble d'interrogations me paraît essentiel dans ma pratique et notamment pour améliorer mon approche face au patient.

De ces questionnements a émergé ma question de départ : **En quoi un vécu de soin douloureux chez un patient, impact la continuité de sa prise en soin ?**

Bien que mes deux situations d'appels se déroulent dans un service de pédiatrie, j'ai décidé d'élargir ma question de départ à n'importe quel âge du patient. C'est une problématique que nous pouvons retrouver dans n'importe quel service et chez n'importe quel patient.

Afin d'établir ma réflexion sur ce sujet, je vais mettre en avant des notions clés. Pour commencer, avec le terme de soin douloureux, je souhaite mettre en évidence la "douleur" afin de développer cette notion, de l'expliquer et comprendre son impact. Puis dans un second temps je parlerai de la prise en soin en portant ma réflexion sur le "prendre soin".

II. Cadre conceptuel

1. La place de la douleur dans les soins

La douleur, nous y sommes tous confrontés. À différents moments de notre vie, à différentes intensités, pour différentes raisons ... La douleur est propre à chacun. Cependant, pour comprendre ce phénomène universel, de nombreuses personnes ont réfléchi et mené des études dans le but d'identifier au mieux ce terme qui nous rassemble et à la fois nous divise.

1.1 Qu'est-ce que la douleur

Vous êtes-vous déjà interrogé sur votre douleur ? Comment la définiriez-vous ? Pouvez-vous la décrire ? Ce sont des questions que nous pouvons entendre dans les services de soin, d'ailleurs nous les avons probablement tous déjà posé. Mais serions-nous capables d'y répondre ?

Nombreux se posent la question. L'Association Internationale de l'Etude de la Douleur (IASP : International Association for the Study of Pain) a défini la douleur en 1979 comme « *Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage* » . Cette définition, à première vue, peut sembler complexe à interpréter. Claire Chauffour-Ader (médecin consultant douleur) & Marie-Claude Daydé (infirmière libérale), nous éclairent sur cette définition à travers leur ouvrage (2017), *Comprendre et soulager la douleur* (3ème ed.). LAMARRE.

En effet, pour Chauffour-Ader et Daydé (2017), la notion d'expérience relève de ce que l'individu éprouve, son caractère individuel et la subjectivité de celle-ci. Cela veut dire que la sensation de douleur est différente d'un individu à l'autre. Il me semble important de définir aussi les termes de "sensorielle" et "émotionnelle". Le "sensorielle" est défini par Le LaRousse en ligne (s.d) comme « *Qui se rapporte aux organes des sens, aux structures nerveuses qu'ils mettent en jeu et aux messages qu'ils véhiculent* », on en comprend donc le ressenti physique de cette expérience . Le terme "émotionnelle" est lui décrit comme « *qui concerne l'émotion* » (Le LaRousse en ligne, s.d). Chauffour-Ader et Daydé affirment que la conjugaison de l'expérience sensorielle et émotionnelle est importante : « *Ce point est capital car il associe de façon systématique ce qui relève des sensations physiques et ce qui relève des émotions (...) Il est admis que les émotions accompagnent systématiquement la douleur (...)*» (p.24). Avec les termes de "dommage réel ou potentiel", les deux auteurs cités ci-dessus s'expriment sur l'aspect invisible du dommage : « *Il s'agit d'un dommage*

tissulaire réel. Il est cependant dit que ce n'est pas toujours le cas et qu'il peut exister des dommages potentiels : les lésions ne sont pas toujours visibles" (p.24)

Bien que cette définition de la douleur est reconnue par un grand nombre de soignants, elle n'en reste pas moins incomplète. Elle n'inclut pas toutes les personnes et notamment celles qui ne sont pas communicantes. Elle exclut aussi les personnes qui sont en difficulté pour exprimer leurs douleurs. C'est pourquoi cette définition fut retravaillée par l'IASP (juillet 2020) afin de la préciser. Désormais la douleur se définit comme *«Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle»*. Avec l'ajout du terme "ressemblant", la nouvelle formulation de la douleur met en avant la complexité à l'identifier et son aspect subjectif.

Malgré une définition récente et plus précise, la douleur n'en reste pas moins un terme spécifique qui ne peut s'expliquer en une phrase. En effet, il existe de nombreux types de douleurs. De plus, la douleur se définit aussi en quatre grandes dimensions.

1.1.1 Les quatre composantes de la douleur

Il faut savoir que la douleur n'a pas qu'un seul aspect. Elle est composée de quatre grandes dimensions nécessaires à sa compréhension. Ces quatre composantes nous permettent également de mieux comprendre le rôle de la douleur et ses répercussions pour le patient.

Pour commencer nous trouvons la composante sensori-discriminative. Selon Nadia Peoc'h (2013), docteur en Sciences de l'Education et chercheuse associée en sciences de l'éducation, *«Elle correspond à l'aspect qualitatif et quantitatif de la sensation douloureuse, aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (torsion, brûlure, piqûres, etc.), de la durée (brève, courte, longue, etc.), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs»* (p.84). En d'autres termes, nous pouvons constater que c'est ce que la personne ressent d'un point de vue physique. L'auteure nous dit aussi certaines questions portant sur le type, l'intensité, sa localisation ou encore ce qui peut la soulager, nous permet de mieux comprendre et d'anticiper ce que vit le patient.

La deuxième composante dont nous allons parler est la composante affectivo-émotionnelle. Toujours d'après Nadia Peoc'h (2013), cette composante *«correspond à l'aspect désagréable et pénible de la douleur ... Cette composante affective fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui confère sa tonalité désagréable, pénible, horrible, fatigante, déprimante et pour tout dire insupportable.»*

(p.85). On observe que les émotions dégagées par cette composante sont principalement des émotions négatives. Une autre auteure, Pascale Wanquet-Thibault (2015), cadre supérieur en santé et infirmière puéricultrice, nous décrit cette composante comme l'impact de la douleur sur les émotions. Elle parle aussi de son aspect subjectif, car chaque individu s'exprime d'une manière qui lui est propre.

La troisième composante que je vais traiter est la composante cognitive. « *Elle correspond aux processus mentaux susceptibles d'influencer une perception de la douleur et aux réactions comportementales qu'elle détermine. En d'autres termes, à la signification consciente ou non, qu'y accorde la personne soignée* » (Nadia Peoc'h, 2013, p.85). Nous pouvons alors expliquer cela par la place que donne le patient à la douleur, le sens qu'il lui donne. L'auteure inclut aussi la prise en compte des « *facteurs socio-culturels,*» et « *à l'histoire personnelle et familiale* » du patient dans l'interprétation de cette composante.

Pour finir, la quatrième composante de la douleur est la composante comportementale. Elle représente les manifestations verbales et non-verbales exprimées par le patient (Nadia Peoc'h, 2013). Pour l'auteure, il est important de prendre en compte que les « *apprentissages antérieurs* » et « *la réaction de l'entourage* » ont un impact sur l'expression de la douleur par le patient. Du point de vue de P. Wanquet-Thibault (2015) la composante comportementale est le « *retentissement de la douleur sur l'attitude corporelle, l'adaptation du corps à la douleur* » (p.6).

1.1.2 Les différents types de douleurs

Nous pouvons en premier lieu distinguer deux grandes catégories de la douleur. Nous avons pu voir dans le cours de M.Tiercin intitulé La Sémiologie de La Douleurs (12/02/2020) qu'il fallait distinguer les douleurs aiguës et les douleurs chroniques. En effet, les douleurs aiguës peuvent être identifiées par leur installation récente et une durée brève, inférieure à trois mois. Elles peuvent être induites par les soins et révéler un dysfonctionnement de l'organisme. Son rôle serait de protéger. Nadia Peoc'h (2013) énonce la douleur chronique comme « *... toute douleur qui persiste au-delà de trois à six mois* » (p.87). L'auteur met donc en opposition les douleurs aiguës et chroniques par : « *Aiguë = Douleur- symptôme Chronique = Douleur-maladie* ». (p 87), ces douleurs ne sont donc pas distinctes uniquement d'après un facteur temps.

Pour suivre, il me semble important de définir les trois types de douleurs provoquées par les soins : la douleur provoquée intentionnellement, la douleur iatrogène et la douleur induite. « *Se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin (ou le soignant) dans le but d'apporter des*

informations utiles à la compréhension de la douleur.» (Nadia Peoc'h et al., 2007, p. 85-86). La douleur intentionnellement provoquée a une visée diagnostic. Le soignant tente de reproduire une douleur afin de comprendre son contexte de survenue.

Nous trouvons ensuite la douleur iatrogène, caractérisée par J.Chevillotte (Coordonnateur général des soins) et M.Godet (cadre de santé lade), (2020) « ... *Comme une douleur provoquée de façon non-intentionnelle et qui n'a pas pu être anticipée. Par exemple, une douleur liée à un effet secondaire d'un traitement malgré des mesures préventives* » (p.53).

Pour finir, il y a la douleur induite qui elle, contrairement à la douleur iatrogène, aurait pu être anticipée. Cette douleur est expliquée par N. Peoc'h, G.Lopez et N.Castes (2007) « *Se dit d'une douleur, de courte durée, causée par un médecin ou le soignant, ou une thérapeute dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées* » (p.86). Pour J.Chevillotte et M.Godet(2020) , ces douleurs induites par les soins sont dans la majorité des cas des douleurs par excès de nociception: « *excès de stimulation au niveau des récepteurs périphériques de la douleur* » (p.53), comme par exemple des soins techniques. Elles peuvent aussi être des douleurs neuropathiques. Ces douleurs se retrouvent chez les patients atteints de douleurs chroniques, pour lesquelles « *la sollicitation d'un même stimulus nociceptif entraîne une sensibilisation des nocicepteurs* » (p.53). Nous avons eu un cours en janvier 2022, donné par une infirmière ressource douleur, portant sur la douleur chronique. Lors de ce cours, l'infirmière définissait la douleur nociceptive comme une douleur correspondant à « *un signal d'alarme* ». En effet, il permet de nous alerter d'un danger lorsque nous nous faisons mal, comme lorsque nous nous brûlons par exemple. Mais il permet aussi de retenir ce qui est douloureux, ce qui nous fait mal. L'infirmière donnait aussi comme définition de la nociception : « *Résultat de l'activation des nerfs et autres structures nerveuses (moelle épinière et cerveau) qui véhiculent l'information à propos des dommages corporels réels ou potentiels.*»

1.2 Le soignant face à la douleurs

« *Soulager la douleur ..., est un devoir pour tout soignant en fonction de son rôle et de ses compétences* » (Chauffour-Ader & Daydé, 2017, p.3). Le soignant ne peut se montrer insensible face à la douleur du patient. Il se doit de la prendre en compte, de la mesurer et d'agir dans le but de la faire diminuer voir disparaître. Pour cela des textes de loi et des plans de lutte contre la douleur ont été mis en place afin que les soignants puissent répondre de manière adaptée aux différentes douleurs.

1.2.1 L'aspect législatif

La législation de la douleur permet une prise en charge globale de celle-ci. En effet, selon l'article L. 1110-5, tiré de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 4 mars 2002 (Loi Kouchner) « *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.* ». Cet article nous explique avant tout que l'apaisement de la douleur est un droit fondamental pour chaque patient. En parallèle, l'article stipule qu'elle doit être anticipée, mesurée et palliée peu importe le moment et les conditions de survenue.

Pour cela, l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique (CSP), déclare que l'infirmier : « *Recueil des observations de toute nature susceptible de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance ... dont l'évaluation de la douleur* ». L'article met en évidence la capacité du soignant à faire valoir son rôle propre pour l'évaluation de la douleur. C'est un acte pour lequel le soignant doit être autonome. Il doit connaître et savoir utiliser les différents outils de mesure de la douleur. Il est en mesure d'appliquer l'outil le plus adapté au patient. Enfin, il peut utiliser cet outil autant de fois que cela lui semble nécessaire.

Bien que l'administration ou la réalisation de certains actes thérapeutiques doivent être « *... écrite, qualitative et quantitative, datée et signée ... par un médecin.* » art. R 4311-7 du Code de la Santé Publique, certains de ces actes peuvent être préalablement définis dans le cadre de protocoles, afin de prendre en charge la douleur. Effectivement, l'article R 4311-8 (CSP) énonce que « *L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter des traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin ...* ». L'autonomisation de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur permet un meilleur soulagement et prise en compte de celle-ci.

De même que la douleur est l'une des priorités pour les soignants, elle est également un axe prioritaire pour les pouvoirs publics. La mise en place de programmes nationaux de lutte contre la douleur, existe depuis 1998. Ces programmes ont pour but d'assurer une meilleure prise en charge de la douleur dans les différents établissements ou structures de santé notamment en obtenant des professionnels formés sur le sujet.

Enfin; il me semble important de parler de la Charte de la Personne Hospitalisée (annexe V). En effet, toute personne arrivant pour une hospitalisation doit y avoir accès. Elle cite, concernant la douleur, que « *Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils*

sont attentifs au soulagement de la douleur ... ». Les patients grâce à cette charte ont un accès direct à leurs droits et notamment celui concernant le soulagement de la douleur.

Dans cette première partie du cadre conceptuel, nous avons abordé la douleur dans le but de la définir, d'en comprendre l'aspect physiologique et sa place au sein de la législation. Mais qu'en est-il de son aspect psychique ? Comment le patient vit-il cette douleur ? Et est-ce possible que cette douleur puisse être ancrée chez le patient, et jouer un rôle sur les futures expériences de soin ? C'est ce que nous allons voir lors de cette deuxième partie du cadre conceptuel.

2. Quand le vécu impact sur la prise en soin

2.1 Définition de la prise en soin

Tout d'abord, afin d'affiner ma recherche sur un concept clé, il me faut définir le mot "prise". Le terme "prise" dans le LaRousse en ligne (s.d) signifie : « *Action de prendre* ». On en comprend alors la notion de prendre, prendre soin, prendre en soin. Mais qu'en est-il du soin ?

Nous pouvons trouver de nombreuses définitions pour ce terme, cependant les deux suivantes me semblent correspondre avec le sujet. En premier lieu, le dictionnaire LaRousse en ligne (s.d), nous énonce ce mot comme : « *Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* », puis nous pouvons centrer cette définition sur la santé en la reliant avec celle d'«*actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* » (LaRousse en ligne, s.d). Le lien que nous pouvons alors déduire est que le soin est un « acte » qui vise l'état de santé, qui est pour l'Organisation Mondiale de La Santé (1946) non seulement un bien-être physique mais aussi psychique et mental. De plus, on comprend que le soin ne peut être réalisé de la même manière pour chaque personne et doit être spécifique à chaque individu selon le besoin.

Pour ce qui est du prendre soin, Walter Hesbeen (1997), infirmier et docteur en santé publique, a donné une définition de ce concept : « *Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie* ». Cette définition met l'accent sur le caractère individuel du prendre soin. Le fait de s'adapter à chaque individu, à sa situation, à un moment donné. De plus, il citera en 2017 « *Prendre soin consiste à porter une attention particulière bienveillante et bienfaisante à des hommes et des femmes qui, en la singularité de leur existence, vivent chacun comme ils le peuvent ce qu'ils ont à vivre ...* ». Autrement dit prendre soin en ayant conscience de ce qu'ils ont vécu, ce qu'ils sont en train de vivre et ce qu'ils ont encore à vivre.

2.2 Vécu de soin

2.2.1 Définition du vécu

La définition la plus simple que nous pouvons trouver sur le vécu est : « *L'expérience réellement vécue, les faits, les événements de la vie réelle* » (LaRousse en ligne, s.d).

Pierre Vermersch (2014), chercheur en psychologie, explique ce concept : « *Un vécu ... est un temps singulier qui a été effectivement vécu (verbe vivre) par un sujet et un seul, il s'inscrit dans une micro temporalité définie par la granularité de ce qui le compose* » (p.210). Le vécu est donc un temps (unique) passé, qu'un individu a pu vivre et dont son expérience de vécu dépend de sa propre perception, qui elle sera influencée par différents facteurs extérieurs. L'auteur nous expose également le rôle de la mémoire passive dans le concept du vécu. Les informations mémorisées le serait alors contre son gré et non consciemment.

Mais qu'en-est-il du vécu à travers le soin. Comme l'explique Vermersch, nous allons nous pencher sur les facteurs influençant un vécu, douloureux dans le cas présent, puis nous partirons sur la mémorisation de cette douleur.

2.2.2 Facteurs influençant le vécu

Le vécu d'un patient va dépendre de quatre différents facteurs. D'après Chevillotte, J. et Godet, M. (2020) les premiers facteurs influents seraient liés au patient lui-même. En effet, le patient : « *... peut avoir des craintes, un sentiment d'insécurité, ne pas comprendre la nécessité du soin, le ressenti douloureux.*» (Chevillotte, J. & Godet, M., 2020a). On comprend par cette citation que les émotions du patient ont une importance. La peur, l'incertitude, la non-connaissance du soin peuvent entraîner une appréhension légitime pour le patient et influencer le mécanisme de douleur. P. Wanquet Thibault (2015a) ajoute aux facteurs liés au patient, le rôle de l'ancienneté de la maladie, mais aussi la manière dont le patient se représente le soin ainsi que l'impact de son âge et de sa fatigue. En effet d'après l'auteur, l'ancienneté de la maladie et son évolution : «*... a permis de constater que si certains d'entre eux s'adaptent et parviennent à faire face aux soins et aux éventuelles douleurs qu'ils provoquent, d'autres rencontrent des difficultés d'adaptation.*» (p.8). On comprend alors l'importance de chacun à pouvoir faire face à une situation. Cette capacité à faire face est individuelle et différente en fonction du patient. Pour suivre, l'auteur nous explique la place de la représentation du soin pour le patient. En effet, c'est un facteur important notamment car : «*...une personne peut avoir la représentation d'un soin qui lui est très personnelle.*» (p.8). C'est

pourquoi il est important que le soignant soit en connaissance de la représentation du soin chez le soigné. Enfin Wanquet-Thibault (2015b) inclus, dans les facteurs liés au patient, son âge et son degré de fatigue. Elle cite : « *Plus le patient est fatigué et plus il est diminué par la maladie, moins il peut faire face à la douleur* » (p.8). Elle ajoute également que l'âge, surtout aux deux extrêmes de la vie, peut être un frein dans la capacité d'adaptation pour faire face à la douleur.

Le second facteur influençant un vécu de soin va être lié au soignant. « *Le soignant, au regard de la maîtrise de la technique de soin, de sa disponibilité, de son empathie mais aussi de sa capacité d'organiser et d'anticiper la réalisation d'un soin douloureux.*» (J. Chevillotte & M. Godet, 2020b). Wanquet-Thibault (2015c), appuis ce raisonnement en citant, après interrogation de patient, que : « *... le premier moyen antalgique exprimé est bien souvent le soignant, la personne qui réalise le soin.*» (p.10). En d'autres termes, le comportement et l'attitude du soignant jouent un rôle dans l'appréhension du soin et de la douleur chez le patient. Pour l'auteure (2015d), il faut y ajouter la relation avec le patient et la communication verbale et non-verbale avec ce dernier. En effet, la mise en place d'« *une relation de confiance* », est importante dans la prise en soin du patient, cette relation se fait par le biais de la communication, mais ne doit pas être un échec pour le soignant si le patient n'adhère pas à cette relation.

Le troisième facteur est lié à l'environnement dans lequel se déroule le soin. Lors de la 15ème journée régionale sur le thème de la douleur et de la souffrance en soins palliatifs, Pascale Wanquet-Thibault (2016) a cité que les facteurs d'influence liés à l'environnement sont notamment la connaissance ou non du cadre où est réalisé le soin pour le patient. La nature du lieu, s'il est calme ou bruyant ou encore lié à l'agitation. Et pour finir une nouvelle fois le lien entre le soignant et le soigné.

Les derniers facteurs d'influence sont eux-mêmes liés aux soins. Pour J.Chevillotte et M.Godet (2020c) ces facteurs correspondent à la durée du soin, s'il est plus ou moins long, à la répétition du soin, mais également au type de soin réalisé et à la localisation de ce soin qui est susceptible de majorer ou non une appréhension chez le patient.

Ces différents facteurs qui vont impacter le vécu du soin pour le patient, vont également jouer un rôle déterminant dans la mémorisation de la douleur pour le patient.

2.2.3 Mémorisation de la douleur

Selon Laurent, B., neurologue en service de neurologie et au centre antidouleur, et Naver, M. (2010a), praticien hospitalier et responsable du centre antidouleur, les mécanismes de mémorisation

de la douleur s'expliquent avec l'association de deux caractéristiques de la mémoire : explicite et implicite .

« *La mémoire explicite est celle qui correspond aux souvenirs dits conscients, ceux que l'individu est capable de raconter* » (Wanquet-Thibault, 2015a, p.7). Laurent, B. et Navez M (2010b), exposent cette mémoire comme une mémoire dite «verbalisable». En effet, selon les auteurs, la mémoire explicite relève d'une capacité pour le patient à décrire sa douleur :« *Verbalement ou visuelle, ... pendant ou juste après ...*» (p.6). Le patient serait même en mesure de pouvoir comparer sa douleur ancienne avec celle causée par le nouveau rappel douloureux. Cependant toujours d'après Laurent, B. et Navez, M. (2010c) lorsqu'un patient se montre douloureux avant même le rappel, alors la description de sa douleur serait différente de la première fois. C'est ce que l'on appelle la distorsion de mémoire. Tandis qu'un patient non-douloureux avant le rappel, sera en mesure de décrire cette nouvelle douleur de manière identique. Wanquet-Thibault (2015b) ajoute à la définition de la mémoire explicite, le côté émotionnel. En effet, plus l'impact émotionnel est fort et « *plus le souvenir conscient reste en mémoire.*» (p.7)

Nous allons maintenant aborder le concept de mémoire implicite. « *La mémoire implicite correspond aux souvenirs intégrés par le corps et le cerveau, mais que l'individu n'est pas en mesure de raconter.*» (Wanquet-Thibault, 2015c, p.6). La mémoire implicite est donc le contraire de la mémoire explicite. Laurent, B. et Navez, M. (2010d) la décrivent comme une "empreinte inconsciente". Selon eux, la douleur, notamment aiguë, laisserait une trace dans l'inconscient du patient. Dans un cours portant sur la mémoire, donné par Jamet, E. et Noël, A. (2019) nous avons pu voir que la mémoire dite implicite, lorsqu'elle est réactivée, ferait appel à un phénomène d'automatisme. D'après Laurent, B. et Navez, M. (2010e) : « *Ce processus est très proche d'un phénomène de conditionnement dans lequel un stimulus conditionnant, associé à une douleur, pourrait, après une phase d'apprentissage, créer la douleur sans stimulation nociceptive.*» (p.7).

2.3 Impact

2.3.1 Définition de l'impact

Qu'est-ce qu'un impact ? Différentes définitions existent pour ce terme, deux d'entre elles vont nous intéresser. Le Larousse en ligne (s.d) nous propose dans un premier temps cette définition : « *Fait pour un corps, un projectile de venir en frapper un autre.* ». Par cette définition, nous comprenons l'aspect physique que peut avoir un impact, notamment lorsqu'il est douloureux. Par exemple lors de la réalisation de soins intrusifs comme une prise de sang ou bien un pansement. La

seconde définition pouvant entrer en jeu dans le sujet est : « *Effet produit par quelque chose, le contrecoup, l'influence* » (Le LaRousse en ligne, s.d). Cette définition peut alors montrer l'aspect psychologique, psychique d'un impact. En effet l'impact psychologique que peut avoir la réalisation de certains soins. Par exemple, des soins sur une chambre implantable chez un patient atteint d'un cancer. L'effet psychologique qui peut renvoyer ce soin à la maladie et à sa gravité sans nécessairement avoir un impact sur la douleur physique.

Chauffour-Ader et Daydé (2019), ont écrit dans leur ouvrage : « *L'expérience de la douleur aiguë que fait un individu semble tout à fait déterminante de ses réactions dans les mois ou les années qui vont suivre.*» (p.53). Ici, elles nous parlent de la douleur aiguë mais expliquent que le vécu de l'expérience impactera, sur un plus ou moins long terme, la suite de ce qu'il va vivre. C'est pourquoi il est important de ne pas laisser le patient seul et de pouvoir l'accompagner.

2.3.2 Rôle de la relation d'aide

Pour Daydé, LaCroix, Pascal et Clergues (professionnels des soins infirmiers à la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, 2014a), la relation d'aide est au centre de la pratique infirmière, elle fait partie intégrante du rôle propre. Cependant, la relation d'aide est une compétence complexe puisqu'elle fait entrer en jeu différents intervenants et fait appel à diverses compétences. Raoult, A. (2004), docteur en sens de l'éducation, définit la relation comme : « *Lien existant entre des choses ou des personnes. Être en relation c'est être en rapport avec* » (p.50), puis il définit l'aide : « *c'est apporter son soutien ou son secours à quelqu'un. C'est contribuer au mieux être de l'autre* » (p.50). En d'autres termes une relation d'aide impliquerait des personnes dont certaines auraient pour rôle de venir en aide, d'accompagner une ou plusieurs personnes. Durand J-P. (2008), cadre supérieur de santé, qualifie la relation d'aide comme "partie du traitement" (p.32), il ajoute que : « *Toute atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'une personne nécessite une approche relationnelle* » (p.32). Raoult (2004b) la qualifie également de : « *plus performant des médicaments* » (p.6)

Raoult, A (2004c) résume la relation d'aide et son rôle comme un engagement : « *c'est prendre le temps de consacrer l'énergie nécessaire pour qu'un jour un être humain puisse reprendre goût à la vie. C'est apprendre à prendre le temps d'écouter ... De manière générale, choisir de faire un bout de chemin avec celui qui vit "du mauvais côté de la barrière", c'est faire le choix courageux de la difficulté* » (p.7-8)

III. Cadre méthodologique

1. Objectif de l'entretien

Dans le cadre de mon travail de recherche, j'ai effectué deux entretiens auprès de professionnels de santé. J'ai rédigé un guide d'entretien (annexe X) en partant de différents objectifs afin de pouvoir orienter mes questions. Ces questions m'ont permis de pouvoir appuyer certains apports cités dans mon cadre conceptuel. J'ai effectué une analyse de ces entretiens sous forme de tableau. Dans chaque colonne j'ai pu y mettre mes principales catégories en lien avec mes objectifs. Chaque tableau correspond à un objectif. J'ai pu confronter les principales idées des infirmiers interrogés. Afin de faciliter la lisibilité des données, j'ai décidé de noter les réponses de l'infirmière n°1 (IDE 1) en *italique*. J'ai noté les réponses de l'infirmier n°2 (IDE 2) en **gras**.

2. Population interviewée

J'ai interrogé deux infirmiers diplômés d'État, ayant un parcours professionnel différent, pour réaliser mes entretiens. J'ai d'abord demandé un entretien auprès du service d'oncologie hématologie pédiatrique. Malgré mes relances, je n'ai pas obtenu de réponse. Je me suis alors tournée vers les réseaux sociaux afin d'obtenir l'accord d'un professionnel pour la rencontre. Le deuxième infirmier interrogé est un infirmier présent sur mon lieu de stage en neurochirurgie. La première infirmière interrogée est âgée de 26 ans et est diplômée depuis 3 ans. Elle a d'abord exercé 2 ans aux urgences puis en pneumologie et est désormais en unité Covid depuis janvier 2022. Le second infirmier interrogé est diplômé depuis juillet 2020 et travaille depuis août 2020 en service de neurochirurgie. Il a d'abord exercé 11 en tant qu'aide-soignant dans différentes unités de soins telles que de la rééducation et de la rhumatologie.

3. Organisation et réalisation des entretiens

J'ai réalisé un guide d'entretien en amont des rencontres. J'ai pu formuler des questions semi-directives ce qui permet aux professionnels de santé de pouvoir développer leurs idées et de m'en apporter des nouvelles. Au préalable de chaque rencontre, j'ai obtenu l'accord des infirmiers afin de pouvoir enregistrer l'entretien.

La réalisation des entretiens s'est faite différemment pour chaque professionnel. Mon premier entretien s'est déroulé par téléphone au vu de la distance géographique avec l'infirmière interrogée. Pour le deuxième entretien, j'ai pu le réaliser directement sur mon lieu de stage avec l'infirmier. Les deux entretiens ont duré entre 20 et 30 minutes.

4. Bilan du dispositif

Les deux entretiens se sont bien déroulés. J'ai pu obtenir des réponses aux questions posées. Cependant, je remarque quelques points dans l'organisation qui pourraient être améliorés ou anticipés dans le cadre d'un nouveau travail de recherche. En effet, je remarque que lors du premier entretien, le fait de ne pas s'adresser en réel avec la personne, peut parfois être un frein. Notamment avec le décalage des questions ou car l'appel a été coupé une fois. Pour l'entretien numéro 2, nous étions dans le service. Nous avons alors été interrompu deux fois. Pour ce qui est des questions posées, je remarque que quelques fois le professionnel a demandé plus d'explications afin que cela lui paraisse plus clair.

IV. Analyse des entretiens

Tout d'abord, je précise de nouveau que j'ai choisi d'analyser les deux entretiens en les associant afin de pouvoir croiser au mieux les données que m'ont transmises les infirmiers. Cela va permettre de mettre en évidence les similitudes et les différences.

1) Identifier les ressentis des soignants face à la douleur des patients

J'ai commencé l'entretien par interroger les soignants sur leurs ressentis face à la douleur du patient. L'infirmière numéro 1 (IDE 1) m'a fait part de ses deux premières réactions face à cette douleur. Dans un premier temps, elle a abordé l'anxiété qu'elle pouvait éprouver. En effet, elle utilise plusieurs fois ce terme pour parler de son ressenti. Elle y ajoute aussi le terme de stress, surtout vis à vis de comment le soin va se dérouler. L'infirmière 1 exprime également une part de stress et l'anxiété qu'elle relate vis à vis du patient et de comment lui va ressentir le soin.

L'infirmier numéro 2 (IDE 2) aborde le ressenti soignant, face à la douleur chez le patient, de manière différente. Pour lui, cela varie en fonction de la place du soignant dans le soin. D'une part, il parle du soignant actif. Il aborde son propos par le fait que lorsque le soignant participe activement au soin, il est plus concentré sur ce qu'il fait, il est plus attentif. D'autre part, il parle du soignant passif, c'est-à-dire celui qui est présent mais qui ne réalise pas directement le soin. Selon lui cette place est plus difficile, c'est dans cette position qu'il éprouve de la douleur vis à vis du patient et dans laquelle il se sent moins à l'aise.

2) Déterminer les réactions d'un patient face à un soin qui renvoi à un vécu douloureux ou à une appréhension de la douleur

Mon deuxième questionnement est plutôt axé sur le vécu ou l'appréhension de la douleur, afin de mieux comprendre ce que vit le patient. Dans un premier temps ce qu'il est ressorti de mes entretiens, c'est que les patients étaient beaucoup dans le questionnement. Cependant ces questionnements divergent en fonction de si le patient a déjà vécu le soin ou bien s'il ne l'a pas encore vécu.

D'après les deux infirmiers la première question qui ressort lorsque le soin n'a jamais été vécu par le patient, c'est la douleur. Le patient s'interroge principalement sur la douleur provoquée par le geste. Ensuite l'infirmière numéro 1 m'a parlé du questionnement sur l'utilité du geste. En effet, le patient se questionne sur le but, sur ce qu'est réellement le soin et pourquoi il va être réalisé. Pour ce qui est des patients qui ont déjà vécu le soin, les questions ne sont pas les mêmes. L'infirmier numéro 2 a mis en avant le fait que les patients vont se questionner sur les aptitudes du praticien. C'est-à-dire s'ils savent réaliser le geste ou non. Il ajoute que selon lui **“quand on sait déjà faire, c'est moins douloureux”**. Pour l'infirmière 1, la négociation est ce qui ressort en premier chez un patient ayant déjà eu le soin. Cette négociation se trouve sous forme de questionnements tels que : *“Oh bah non, c'est vraiment utile ?”* ou encore les patients verbalisent ne pas avoir besoin de ce soin.

Pour suivre, les infirmiers font aussi part de réactions communes chez les patients ayant déjà vécu le soin et chez ceux ne l'ayant pas encore eu. C'est ainsi que nous retrouvons l'expression du refus par les patients. Ce refus fait partie des premières réactions. Ensuite, il y a de l'anxiété. L'infirmière 1 répète plusieurs fois les mots tels que *“anxiogène”, “angoisse”, “anxiété”*. Ce qui appuie la présence de cette émotion désagréable. Les deux infirmiers sont d'accord sur la place de l'appréhension avant le soin. D'après l'infirmier 1 il y a des soins *“anticipés de manière assez négative”*. Pour l'infirmier 2 **“certains soins sont systématiquement appréhendés”**.

Enfin, l'infirmier 2 aborde les réactions du patient liées au comportement du soignant. En effet, l'infirmier nous parle de l'environnement du soignant qui peut dans certains cas, impacter sa manière d'être. Par exemple, il précise que parfois, lorsqu'il prend son service, il sent **“une forme de tension”, “tout le monde est un peu agité”**. Il ajoute que cette tension et cette agitation de ses collègues peuvent influencer sur lui. Par conséquent, le patient va ressentir le comportement du soignant et cela est susceptible de jouer un rôle dans sa douleur. L'infirmier 2 ajoute également que le stress du soignant, vis à vis d'un soin qu'il ne sait pas encore faire, va être aussi ressenti par le patient qui va exprimer plus de douleurs.

3) Identifier les actions favorables à la mise en place de l'alliance thérapeutique lors du soin douloureux

Mon troisième objectif permet de mettre en évidence les actions favorables à l'alliance thérapeutique lors de la réalisation d'un soin douloureux. Les infirmiers ont émis différentes idées.

La première qui en ressort est le respect des valeurs soignantes. Cela se fait tout d'abord par la confiance entre le patient et le soignant. L'infirmière 1 précise que la relation de confiance est primordiale pour avoir une bonne relation soignant-soigné. L'infirmier 2 ajoute le fait que le patient doit être en mesure de faire confiance au soignant. La seconde valeur soignante retrouvée lors de l'entretien est l'honnêteté. Entre autres, cela signifie ne pas lui mentir. L'infirmière 1 appuie cette idée avec le fait de ne pas dire au patient que le soin ne va pas être douloureux, car nous ne pouvons pas savoir. La troisième valeur mise en évidence est la communication. Les deux soignants s'accordent à dire que communiquer avec le patient est primordial. L'infirmière 1 exprime l'importance de l'échange avec le patient, cela lui permet de *"nous dire qu'il a peur"*. Ainsi, nous lui permettons de verbaliser ses craintes. L'infirmier 2 met en avant la communication avec le patient mais d'une manière différente. Pour lui ce qui est important dans l'alliance thérapeutique et notamment lors de la réalisation du soin, c'est de faire parler d'autre chose au patient. Le détourner du soin en communiquant. Enfin, la compréhension est une autre valeur ressortie lors des réponses à la question. Les infirmiers insistent tous les deux sur l'importance d'écouter, de comprendre, de rester à l'écoute et d'entendre ce que le patient dit.

Pour finir sur cet objectif les deux professionnels interrogés ont insisté sur l'adaptation du soignant face au patient et notamment en prenant compte de sa singularité. Ils appuient tous les deux le fait de devoir s'adapter à chaque patient. L'infirmière 1 justifie sa position par le fait que : *"chaque patient n'a pas les mêmes vécu ni les mêmes angoisses"*. Elle ajoute aussi le fait de ne pas pouvoir entretenir "une relation universelle" avec chaque patient. L'adaptabilité est donc une notion qui ressort lors du questionnement sur l'alliance thérapeutique.

4) Mettre en évidence le rôle du soignant dans la prise en soin de la douleur

Après avoir identifié les ressentis soignants, les réactions patients face au vécu ou à l'appréhension de la douleur et ayant déterminé les actions favorables à l'alliance thérapeutique dans le cadre de la douleur. Il semble important d'axer mon dernier objectif sur le rôle du soignant dans la prise en soin de la douleur. Ainsi, les entretiens mettent en avant les deux rôles de la profession infirmière.

Dans un premier temps, nous retrouvons le rôle propre infirmier dans la prise en soin de la douleur. L'infirmière 1 met en évidence l'aspect relationnel, à savoir l'importance de communiquer,

d'échanger, d'expliquer au patient le soin. L'authenticité est un point important pour l'infirmier 2. C'est-à-dire de dire la vérité au patient, en particulier sur le fait de ne pas savoir si le soin est douloureux. L'IDE 2 explique qu'il faut être honnête : **"leur dire que ça ne va pas forcément être un soin agréable"**. Deuxièmement, observer les signes de la douleur est un point important du rôle propre infirmier. Le faciès ou encore la position du patient permet d'objectiver la douleur. Troisièmement, les deux infirmiers interrogés soulignent l'importance de légitimer la douleur. Entre autres, l'infirmière 1 explique qu'il faut : *"montrer qu'on a bien vu cette douleur"*. Elle explique aussi qu'il ne faut pas l'ignorer. L'infirmier 2 apporte comme notion la subjectivité de la douleur en faisant ressortir le fait que la douleur dépend des gens et de ce qu'ils ressentent. L'IDE 2 insiste de plus sur la nécessité de croire le patient sur ce qu'il dit de sa douleur. Quatrièmement, l'infirmier 2 fait ressortir la place du vécu de soin, dans l'entretien. Légitimer le vécu semble être un aspect du rôle propre. L'IDE 2 souligne l'importance du vécu car un patient n'aura pas le même vécu qu'un autre, ni que nous-même. Pour suivre, l'infirmier 2 ajoute la possibilité d'évaluer la douleur, dans le rôle propre de l'infirmier. Notamment en utilisant des échelles telles que l'Algoplus. Pour finir sur le rôle propre du soignant, les infirmières se mettent en accord sur l'utilisation de moyens non-médicamenteux afin de prendre en soin la douleur. Ces derniers donnent des exemples comme : la diversion du patient sur le soin, les changements de position, l'utilisation de la musique ou encore des méthodes comme l'hypnose.

Dans un second temps, nous retrouvons le rôle prescrit de l'infirmier dans la prise en soin de douleur. Les deux professionnels sont d'accord sur l'administration de traitements antalgiques. Le fait d'utiliser différentes sortes d'antalgiques, mais aussi de les adapter en fonction du soin qui va être réalisé ainsi que de sa localisation. Le fait aussi d'être capable de pouvoir anticiper qu'un soin va être douloureux et donc de mettre en place les actions.

V. La discussion

Dans cette partie de mon mémoire, je vais pouvoir confronter les informations partagées par les professionnels lors des entretiens, avec les apports de mon cadre théorique et pouvoir donner mon avis sur les différentes notions abordées. Dans un premier temps, j'aborderai le ressenti soignant face à la douleur. Ensuite, je parlerai du vécu patient, ce qui est un concept clé de mon mémoire. Pour finir, je m'exprime sur l'alliance thérapeutique et le rôle du soignant.

Pour commencer, l'une de mes premières questions porte sur le ressenti soignant face à la douleur du patient. Dans mon cadre théorique, j'ai abordé le soignant face à la douleur d'un point de vue législatif. Cependant, il me semble important d'aborder aussi le point de vue émotionnel du soignant face à la douleur. Lors des entretiens, la première infirmière interrogée a fait ressortir le stress et l'anxiété vis-à-vis de ce genre de situation. Je me retrouve dans ses propos car c'est ce ressenti que je peux éprouver lorsqu'un patient se montre douloureux ou qu'il appréhende une douleur. Je pense que ce ressenti soignant est important et ne doit pas être négligé. En effet, nous sommes avant tout des êtres-humains avec des sentiments et des émotions. L'important est d'apprendre à les gérer ou encore à les "maîtriser" en fonction des situations, afin de pouvoir nous protéger et que cela n'impacte pas trop le patient. Malgré tout, ces ressentis sont légitimes et ils ont leur place dans notre profession. Ils doivent exister car nous faisons un métier où l'humain est au centre. Je pense qu'identifier nos émotions et nos ressentis nous permet de ne pas rester indifférent aux situations. Cela contribue aussi à nous adapter à chaque patient et ce qu'il est en train de vivre.

Le second infirmier interrogé a répondu d'une autre manière à cette question. Ainsi, il a mis en avant les différents ressentis selon le rôle du soignant dans le soin. Par exemple, si le soignant est actif, c'est-à-dire que c'est lui qui réalise le soin ou participe à sa réalisation, alors il serait plus concentré sur le geste et sur ce qu'il doit faire. Tandis que si le soignant participe de manière passive au soin, il cite l'exemple d'une ponction lombaire lors de laquelle son rôle était de maintenir le patient sur le côté. Alors, il exprime qu'il se sentait moins à l'aise avec la douleur, que cela le dérangeait. Pour comprendre ce qu'il disait, j'ai essayé de me remémorer certaines situations de soins. Il est vrai que lorsque je réalise un soin, surtout lorsque c'est la première fois, je suis attentive à mes gestes. Bien sûr, je prends en compte la douleur du patient mais je sens que dans ce genre de situation, l'aspect technique prend le dessus. Dans le cas contraire, lorsque j'avais plutôt le rôle de maintenir le patient dans une certaine position où le rôle de le rassurer, alors il est vrai que la douleur du patient est susceptible de nous impacter de manière plus forte. Nous ne sommes pas concentrés sur le fait de réussir le geste mais nous faisons directement face à la douleur du patient. Les deux situations

exprimées par l'infirmier me font prendre conscience de la vigilance dont nous devons faire preuve lors de nos soins. De ne pas rester focalisé sur l'aspect technique mais d'accorder aussi l'importance à ce qu'est en train de vivre le patient. D'être à l'écoute de ses besoins, de ses émotions et de ce qu'il vit.

Ensuite, dans cette discussion, je souhaite aborder la place du vécu dans le soin et ce qui influence ce vécu. En effet, c'est une notion clé de ma question de départ. Les réponses fournies lors des entretiens et des recherches que j'ai effectué pour mon cadre conceptuel, permettent de clarifier et d'apporter de nouvelles informations concernant ce concept.

Suite aux rencontres avec les professionnels, ces derniers s'accordent à dire que le questionnement est la première réaction du patient face à un soin qui renvoie à un vécu ou une appréhension de la douleur. Les questions qui reviennent principalement sont sur la douleur, l'utilité du geste ou encore son but. Cela montre chez le patient une part d'incertitudes, d'interrogations et d'appréhension. Je peux faire un parallèle des réponses apportées avec certaines informations de mon cadre conceptuel. En effet, lors de mes recherches, j'ai trouvé que ce qui était susceptible d'influencer le vécu d'un soin, était avant tout les facteurs liés au patient lui-même. En d'autres termes ce qu'il ressent, ce qu'il comprend, ce qu'il appréhende. J'ai trouvé que la citation : « *(le patient) ... peut avoir des craintes, un sentiment d'insécurité, ne pas comprendre la nécessité du soin, le ressenti douloureux.* » (Chevillotte, J. & Godet, M. 2020), reflétait parfaitement les propos donnés par les soignants. Je pense que les questions que se pose le patient ont une place dans le soin et un rôle à jouer dans le vécu. Il est alors important d'accorder au patient un temps pour y répondre. D'après mon avis, c'est un temps à part entière, qui fait partie du soin. Le fait d'accorder la place à ses interrogations, de montrer qu'on s'y intéresse et que le patient n'est pas "objet" mais qu'il est une personne. Ne pas le laisser seul, mais l'accompagner. De plus, quand on réalise un soin, le patient est dans une position de vulnérabilité qui peut plus ou moins être difficilement vécue selon chacun. Je pense que pour lui c'est important. Dans ce qu'il va vivre dans l'immédiat, c'est-à-dire le soin qui va être réalisé à la suite mais aussi pour les soins futurs, nous devons l'accompagner.

Pour suivre, je voudrais parler de l'impact du soignant et de son environnement sur le vécu et l'appréhension du soin douloureux. Lors de mes recherches et de mes entretiens, cette notion est ressortie. Nous pourrions nous demander si le professionnel lui-même est susceptible de jouer un rôle dans le vécu de soin douloureux, et dans quel mesure cela impacte le patient. Pendant l'échange avec un des infirmiers, ce dernier m'explique comment le comportement soignant influe sur le patient. Il parle notamment du fait que certaines situations peuvent faire que nous sommes plus tendus, que l'atmosphère soit plus pesante. Il exprime aussi l'aptitude soignante. C'est-à-dire lorsque

le soignant est à l'aise ou non pour réaliser le soin, s'il sait déjà le faire. Il met en avant que le patient peut alors ressentir que nous sommes tendus et stressés. Il serait alors plus susceptible d'absorber ce stress et donc de se crispier, d'appréhender une douleur. Dans la partie théorique de mon mémoire, j'ai pu mettre en avant, grâce aux auteurs, le fait que le vécu du patient puisse être impacté par le soignant. Chevillotte et Goder ont abordé ce sujet en s'appuyant sur la notion d'empathie dont pouvait faire preuve le soignant, mais aussi sur comment il s'organise pour réaliser son soin et s'il l'a acquis de manière technique. L'ensemble de ses facteurs vont influencer le soignant lui-même sur sa réalisation du soin, mais vont aussi impacter le patient. C'est dans cette mesure qu'il me paraît important de se poser la question de ce que nous reflétons au patient. Ainsi s'interroger sur comment nous allons impacter la manière dont il va appréhender et vivre le soin. Je pense qu'il est important de ne pas minimiser ce que nous renvoyons au patient. Bien sûr, nous restons des êtres-humains avec des émotions, des sentiments, mais je pense qu'il est de notre rôle de tout mettre en œuvre pour faciliter la manière dont le patient va vivre ce soin. Dans mon cadre théorique, j'aborde aussi le facteur environnement. C'est-à-dire comment l'environnement impact le vécu du soin par le patient. L'infirmier en a parlé lorsqu'il décrit l'atmosphère parfois pesante dans l'équipe. Dans mes lectures, ce qui ressortait c'est principalement cette idée. En d'autres termes l'ambiance du service, l'agitation ou le calme qui règne dans l'unité. Pour moi, l'environnement va au-delà. En effet, j'ai notamment pensé au code couleur de l'hôpital. Il se base principalement sur des couleurs froides telles que le blanc ou le gris. Pourtant ces couleurs me semblent plus stressantes et plus anxiogène, or ce que nous souhaitons pour le patient c'est qu'il soit détendu et apaisé lors du soin. Je n'ai pas pu trouver assez de documentations sur le sujet, ni suffisamment d'études scientifiques ayant travaillé sur les couleurs à l'hôpital. Cependant, cela peut être intéressant de se questionner sur le rôle que jouent les couleurs. Peut-être quand ajoutant des couleurs plus chaudes et plus lumineuses dans les services de soins et dans les chambres, alors cela pourrait contribuer à ce que le patient garde une expérience moins difficile des soins qu'il a pu vivre.

Enfin, dans cette discussion, je souhaiterais aborder le terme d'alliance thérapeutique et du rôle du soignant dans le vécu de soin. Les entretiens ont révélé que lors d'un soin, l'un des rôles primordiaux du soignant est de communiquer avec le patient. Lui expliquer ce que nous faisons et pourquoi. L'honnêteté est également ressortie des échanges. Notamment sur le fait que nous ne savons pas si le soin va être douloureux ou non. Ce sont deux notions qui me paraissent fondamentales dans la prise en soins d'une personne et contribuent à lui venir en aide, surtout pour ce qui est de la douleur. Dans mon cadre théorique, j'ai pu définir la douleur et ses différents aspects. Pour rappel, l'IASP définit en juillet 2020, la douleur comme : « *Une expérience sensorielle et*

émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle ». Par cette définition, on peut comprendre la complexité à déterminer ce qu'est la douleur mais aussi sa subjectivité. L'un des infirmiers interrogé à aussi mit en avant l'aspect subjectif de la douleur. Le fait que chaque patient la ressent de manière différente, en fonction du moment, du temps que nous mettons, du type de soin mais aussi de la répétition du soin. Il semble donc que l'honnêteté soit une des clés fondamentales dans l'alliance thérapeutique et le rôle du soignant. Et cela passe par la communication. Parler avec le patient, le faire verbaliser, entrer en relation avec lui, l'écouter ... L'ensemble de ces actions sont importantes surtout pour pouvoir comprendre ce que le patient est en train de vivre, comprendre ce qui peut l'effrayer, redouter, ce qu'il appréhende aussi. Cela va participer au fait qu'il puisse nous faire confiance et se sentir en sécurité. De plus, en communiquant avec lui, nous serons plus aptes à répondre à ses besoins et à ses questionnements. Par ailleurs, cela va nous permettre de l'accompagner tout au long du soin, de l'accompagner dans ce qu'il va vivre. Il faut aussi souligner l'adaptation dont le soignant va devoir faire preuve. Les infirmiers ont appuyé ce terme, le fait de devoir s'adapter, car chaque patient est différent. C'est en gardant en tête que chaque patient n'est pas identique à l'autre, que nous allons pouvoir adapter notre prise en soin. Nous pourrions ensuite mettre en place des actions, qui peuvent être des bons moyens pour aider les patients. Les soignants ont cité les moyens médicamenteux, mais aussi l'hypnose qui pourrait être une méthode alternative pour diminuer la douleur des patients et faciliter le vécu de soin. Je n'ai pas beaucoup eu l'occasion d'observer des soins réalisés sous hypnose. Or, je trouve que l'utilisation de cette méthode est pertinente. Elle permet de détendre le patient, de l'apaiser, l'emmener à un autre endroit et surtout permettre au soin d'être vécu plus facilement. Je pense que l'utilisation de nouvelles méthodes pour faire face à la douleur devrait se développer. J'ai pu en voir différentes en pédiatrie comme l'utilisation d'un casque de réalité virtuelle pour un soin, l'utilisation des odeurs comme les huiles essentielles ... Cela serait utile que ces diverses méthodes se démocratisent dans les services de soins "classiques". De ce que j'ai pu voir, ces méthodes étaient bénéfiques et participaient à l'adhésion du patient, mais aussi à un meilleur vécu de soin. En effet, une personne nécessitant de soin n'est pas un objet que l'on repart. C'est un être humain avant tout, qui a des émotions, des sentiments, des peurs, des appréhensions, des douleurs mais aussi un vécu. Une personne qui a eu ou non des expériences de soins difficiles. Une personne qui est plus vulnérable dans la position où elle se trouve. Une personne chez qui tout ce que nous allons faire va laisser des traces, qu'elles soient visibles ou non, sur du plus ou moins long terme. Il en va de notre rôle de soignant de prendre en compte tous ses critères. D'adapter notre comportement face au patient pour l'aider au mieux dans la difficulté qui est de vivre une hospitalisation.

Nous arrivons désormais au terme de cette discussion. Lors de mes entretiens, j'ai pu obtenir diverses informations auxquelles je ne m'attendais pas. Je pense cependant que j'aurai pu ajouter d'autres choses à mon cadre conceptuel. En outre, j'aurai pu parler un peu plus du positionnement soignant d'un point de vue émotionnel, j'aurai également pu ajouter des données sur l'alliance thérapeutique. Je regrette aussi de ne pas avoir demandé au soignant une définition de la douleur. En effet, je pense qu'il aurait été très intéressant de savoir ce qu'ils appellent la douleur, ce que cela représentait, ce qu'ils définissaient derrière ce mot. A la suite de cette discussion, je me rends compte que ce qui en ressort et principalement le renvoi du soignant, son rôle, sa place dans le soin et dans l'accompagnement. Je me questionne beaucoup alors sur ce que nous renvoyons comme image de nous-même, sur la manière dont nous impactons le patient, sur comment il va se souvenir de nous, de nos soins, de ce que nous lui avons apporté ou non. Je crois que c'est quelque chose qui me tient à cœur. En effet, en réfléchissant, lors de mes futures prises de postes je vais être amenée à m'occuper de nombreux patients qui auront tous des histoires différentes. Je ne pourrais jamais me souvenir de tous et eux ne se souviendront sûrement pas forcément de moi. Cependant, je pense que le rôle que je vais jouer dans leur hospitalisation prendra son importance. Je souhaite alors approfondir ma réflexion en m'appuyant un peu plus sur le rôle du soignant et ce qu'il renvoie. Je peux désormais formuler ma nouvelle question de recherche qui est : ***Dans quelle mesure le comportement du soignant est-il susceptible d'influencer positivement ou négativement le vécu de soin du patient ?***

VI. Conclusion

Il est désormais temps de conclure ce travail de fin d'étude qui m'a accompagné durant toute ma dernière année de formation en soins infirmiers.

Mon travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers a d'abord commencé par divers questionnements suite à des expériences vécues en stage. Ces questionnements m'avaient permis de faire émerger une question de départ qui était : **En quoi un vécu de soin douloureux chez un patient, impact la continuité de sa prise en soin ?**

Suite à la formulation de ma question de départ, j'ai effectué des recherches afin d'approfondir certaines notions. J'ai pu lire et découvrir de nombreux auteurs qui m'ont aidé dans l'écriture de mon cadre conceptuel mais aussi dans la réflexion et la construction de mon positionnement professionnel. J'ai ensuite rédigé un guide d'entretien. Puis j'ai appliqué ce guide d'entretien lors de mes rencontres avec les infirmiers. Ces deux rencontres riches en informations m'ont permis de forger mon point de vue et d'appuyer certains de mes apports théoriques. L'analyse des entretiens et la phase de discussion ont permis de me laisser donner mon avis, mon ressenti, ce que je pense de toutes les informations récoltées lors de ce travail.

Ce que je voudrais d'abord dire de mon travail de fin d'étude est qu'il m'a permis de grandir. De grandir avant tout d'un point de vue professionnel. En effet, cela m'amène à me questionner encore plus sur ce que ressent le patient, sur comment il vit les choses, sur la manière dont il vit le soin et sur comment moi je réagis face à ça. Je prends désormais beaucoup plus conscience de l'impact de nos soins sur les patients. Cela m'aide aussi dans mon questionnement professionnel vis à vis de notre comportement soignant et notre manière de faire face aux diverses situations. La manière dont nous réagissons, dont nous accompagnons et dont nous écoutons le patient fait partie du soin. Prendre ce temps pour communiquer avec le patient permet de faciliter le vécu du soin à venir et des autres soins amenés à être réalisés. Ce travail de recherche m'a aussi fait grandir dans le sens où c'est la première fois que je réalise un tel travail et sur une durée aussi longue. J'ai énormément appris lors de mes recherches mais j'ai aussi appris à faire des recherches. C'est toute une méthodologie à intégrer mais qui une fois comprise, permet de faire de belles découvertes. Cela m'a même permis de me rendre compte que les questions que je pouvais me poser avaient parfois des réponses sur lesquelles je pouvais m'appuyer.

Ce travail m'a aussi permis de me rendre compte que j'étais capable. Malgré les grandes périodes de doutes, de stress et d'appréhensions qu'est l'écriture d'un mémoire, je me rends compte aujourd'hui que je suis fière d'avoir accompli ce travail. Même s'il n'est pas parfait et même si je sais qu'un travail

de recherches n'est jamais finis car il porte toujours de nouveaux questionnements, je suis fière d'avoir pu apporter une partie de ce qui me tenait à coeur dans la complexité et la rigueur qu'est l'écriture d'un travail de fin d'études.

VII. Bibliographie

Ouvrage :

- Chauffour-Ader, C. & Daydé, M-C. (2017). Comprendre et soulager la douleur (3 éd). Editions LAMARRE.
- Chauffour-Ader, C. & Daydé, M-C. (2019). Précis de la douleur (2 éd). Editions LAMARRE
- Daydé, M-C., LaCroix, M-L., Pascal, C., Clergues, E. (2014) Relation d'aide en soins infirmiers. Elsevier Masson
- Depraz, N., Parant, N., Even, F., Berger, E., Vermersch, P., Chavier, S.,
<https://books.google.fr/books?id=L7oCBQAAQBAJ&pg=PA195&lpg=PA195&dq=Le+dessin+de+v%C3%A9cu+dans+la+recherche+en+premi%C3%A8re+personne.+Pratique+de+l%E2%80%99auto-explicitation.&source=bl&ots=oEQseS5gtk&sig=ACfU3U1wWL2p4-nCxYuvAoLVoSWRcVf3iQ&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwixk5XG4JL1AhVIKBoKHZRyDDYQ6AF6BAgSEAM#v=onepage&q=Le%20dessin%20de%20v%C3%A9cu%20dans%20la%20recherche%20en%20premi%C3%A8re%20personne.%20Pratique%20de%20l%E2%80%99auto-explicitation.&f=false>
- Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris, Inter Edition.
- Marchand, S. (1998). Le phénomène de la douleur, Comprendre pour soigner. Edition MASSON
- Peoc'h, N. (2012). Les représentations sociales de la douleur chez les personnes soignées, contribution à la modélisation de la pensée sociale. Edition L'Harmattan
- Raoult, A. (2004). Démarche relationnelle, relation d'aide et relation d'aide thérapeutique. Vuibert
- Wanquet-Thibault, P. (2015). Douleurs liées aux soins. Edition LAMARRE

Articles :

- Chevillotte, J. & Godet, M. (2020). L'infirmière face à la douleur provoquée par les soins. *La revue de l'infirmière* (n°266), p53-p54
- Durand J-P (2008) La relation d'aide, un soin de haute technicité. SOINS (n°731)
- Hesbeen, W. (2018). Les mots du prendre soin (article issu de la présentation effectuée lors de la 1er journée régionale des aides-soignants en juin 2017). Soins Aides-Soignants (n°81).
- Laurent, B. & Navez, M. (2021) Comprendre la mémorisation de la douleur. OXYMAG (n°112)
- Peoc'h, N. Lopez, G & Castes, N. (2007). Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours ... vers les prémisses d'une compréhension. Recherche en soins infirmiers (n°88). <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-84.htm>

Dictionnaires en ligne :

- Dictionnaire en ligne LaRousse (s.d) consulté à Émotionnel: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9motionnel/28832>
- Dictionnaire en ligne LaRousse (s.d) consulté à Impact : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/impact/41780>
- Dictionnaire en ligne Linternaute (2021) consulté à Prise: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/prise/>
- Dictionnaire en ligne LaRousse (s.d) consulté à Sensoriel : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensoriel/72121>
- Dictionnaire en ligne LaRousse (s.d) consulté à Vécu : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/v%c3%A9cu/81239>
- Dictionnaire en ligne Le Robert (s.d) consulté à alliance : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/alliance>

Ressources internet :

- Conseil International des Infirmières (2022). *Définition de soins infirmiers* : <https://www.icn.ch/fr/politique-infirmiere/definitions>
- Site du Ministère des Solidarité et de la Santé (2022) : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- Site de l'Organisation Mondiale de la Santé (2022) : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Textes Législatifs :

- Article R4311-5 du code de la santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913892
- Art. 1 de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

Apports théoriques :

- Jamet, E. Noël, A. Cours sur la mémoire (PARAMEN, 2019)
- Davy, A. Cours sur la Douleurs Chronique (janvier 2022)
- Tiercin, M. Cours sur le Sémiologie de la douleur (février 2020)

Image :

- Charte de la personne hospitalisée (annexe V) : https://www.ch-erstein.fr/fileadmin/_processed_/9/2/csm_charte_personnes_hospitalisee_A4_283b17e075.jpg

Liste des annexes

- Annexe I : Situation d'appel n°1
- Annexe II : Situation d'appel n°2
- Annexe III : Guide d'entretien
- Annexe IV : Tableaux d'analyse
- Annexe V : Charte de la personne hospitalisée
- Annexe VI : Retranscription entretien n°1
- Annexe VII : Retranscription entretien n° 2

Annexe I : Situation d'appel n°1

Actuellement au 5e semestre de ma formation, je suis actuellement en stage d'oncologie hématologie pédiatrique à l'Hôpital Sud à Rennes. Ce service est réparti en 2 ailes. Une aile avec 6 lits d'hospitalisations conventionnelles et 8 lits d'hôpital de jour. Et une seconde aile composée de 8 lits d'hospitalisations conventionnelles, dont 2 lits sous flux, et un secteur hyper protégé composé de 4 lits. Le secteur hyper protégé et les 2 lits sous flux sont réservés aux enfants greffés ou en conditionnement de greffe, ou bien lors de certaines chimiothérapies hautement aplasiantes. De plus, chaque enfant pris en soin dans l'unité est soit porteur d'une chambre implantable, soit dispose d'un cathéter tunnelisé. En effet, les enfants pris en charge pour des cancers ont régulièrement des soins qui nécessitent d'être perfusés (cures, transfusions, bilans sanguins ...). Ces dispositifs permettent un meilleur confort pour l'enfant pendant la durée de son traitement, qu'il soit à domicile ou à l'hôpital, et conserve ainsi son capital veineux.

Ce jour-là, je suis encadrée par une infirmière puéricultrice. Nous prenons en soin un enfant de 9 ans hospitalisé pour une rechute de leucémie aiguë lymphoïde (LAL). Lors des transmissions, nous avons pour information que c'est le jour du changement de son aiguille de Huber. En effet, l'enfant est en aplasie, son aiguille doit donc être changée une fois par semaine. Je prépare le matériel nécessaire pour la réalisation du changement d'aiguille. Je suis à ma 6ème semaine de stage, c'est un soin que j'ai pu réaliser plusieurs fois. Cependant, au vu des dernières transmissions, il a été dit que cet enfant peut se montrer très anxieux, agité et dans le refus lors de la réalisation de soins auprès de sa chambre implantable.

Nous entrons dans la chambre. Le petit garçon est dans son lit et son père à ses côtés. Il nous voit arriver avec du matériel et le gaz MEOPA. L'infirmière lui annonce la raison de notre venue et son visage se décompose. Il refuse le soin, dit qu'il veut regarder la télévision. Son père lui répond qu'il peut la regarder en même temps que nous faisons le soin. L'enfant est réticent, il dit qu'il veut aller aux toilettes pour faire retarder le soin. Son père nous explique alors que les soins sont compliqués chez son fils. En effet, ce dernier a eu une mauvaise expérience lors d'une précédente hospitalisation. Il fallait lui poser une perfusion cependant l'infirmière avait été obligée de bouger l'aiguille car elle n'était pas dans la veine. L'enfant avait eu très mal, et un hématome important sur l'avant-bras. Son père tente de le rassurer et négocie avec lui afin que nous puissions commencer le soin.

J'ouvre tout le matériel dont j'ai besoin. L'infirmière lui administre du MEOPA. Je commence à enlever le pansement. L'enfant se met à hurler. Il me dit que je lui fais mal, alors que je l'ai à peine touché. J'utilise donc une lingette pour décoller plus facilement le pansement. Je pose la lingette sur sa peau

puis commence à décoller le pansement. L'enfant essaie de me retirer le bras. Son père tente de le rassurer et lui prend la main. Je sens le stress monter pour le patient et pour moi. L'enfant crie à chaque fois que je décolle un bout de pansement. L'infirmière m'aide pour le retirer.

Une fois le pansement décollé, j'enfile mes gants stériles. Je commence à désinfecter sa peau au niveau du port à cathéter (PAC) . Il continue de crier et de pleurer. L'infirmière essaie de le distraire, en vain, en lui lisant une histoire. Je tourne la tête vers mon champ et je m'aperçois que je n'ai pas ouvert l'aiguille de Huber. Je me rends compte que l'agitation de l'enfant a fait que je ne me suis pas concentrée sur mon soin. J'enlève donc mes gants stériles pour ouvrir l'aiguille, puis j'enfile une nouvelle paire. Cet événement ajoute du stress à mon soin. Je purge ensuite mon aiguille, désinfecte le site. Son père et l'infirmière le maintiennent. Il hurle. Au moment même où je pique, l'enfant s'agite et fait bouger sa chambre. A ce moment, je ne sais pas encore si j'ai piqué correctement dans la chambre. Je me rends compte que je n'ai pas de retour veineux. J'essaie d'avertir discrètement l'infirmière, l'enfant entend et se remet à pleurer. Je passe la main à l'infirmière qui terminera mon soin.

A la suite de ce soin, je me questionne énormément sur comment le soin a été vécu par le patient Est-ce qu'il a eu mal ? Est-ce que ce soin l'a traumatisé ? Est-ce que c'est l'expérience d'un soin déjà passé qui a influencé son comportement ? Je m'interroge aussi sur mon organisation et ma capacité à rester concentrée lorsqu'un soin ne se déroule pas comme je l'avais imaginé. Est-ce que j'étais suffisamment organisée ? Qu'est-ce que je peux améliorer dans ma pratique ? Est-ce que l'agitation de l'enfant a influencé ma pratique ?

Pour ce qui est du vécu de l'enfant, je m'aperçois que le soin a été très difficile. En effet, il avait déjà été traumatisé par un soin invasif auquel il avait été très douloureux. Il était très absorbé par une ancienne douleur. Je ne sais pas si ce soin va le traumatiser plus qu'un autre, mais je pense que sa mauvaise expérience avec la pose de perfusion joue un rôle dans les nouveaux soins qu'on lui fait. Cela me permet de me rendre compte de l'importance de chaque geste que nous réalisons et encore plus auprès d'un enfant. Pour ce qui est de mon organisation, je pense que le fait que l'enfant soit agité et douloureux m'a distrait. En effet, j'étais stressée, j'appréhendais le soin au vu du comportement de l'enfant. J'étais donc moins concentrée et cela à jouer dans mon organisation. Je pense que dans mes prochains soins, j'ai un réel travail à faire sur ma capacité d'adaptation face au patient douloureux. Le fait de rester concentrée mais aussi d'être capable de communiquer avec lui. Dans le cas présent l'infirmière était avec moi pour m'accompagner, mais dans les cas où je suis seule, il est important que j'apprenne à échanger et à rassurer le patient.

Annexe II : Situation d'appel n°2

Ce soin se déroule en hôpital de jour d'oncologie hématologie pédiatrique. Je suis à ma septième semaine de stage. L'hôpital de jour est un service où les enfants sont accueillis la journée pour différents soins tels que : chimiothérapies, transfusions, bilans sanguins ... Il peut parfois arriver que les enfants viennent tous les jours dans le cadre de certaines chimiothérapies. Aujourd'hui nous accueillons un enfant de sept ans, son diagnostic a été posé il y a environ sept mois. Ce matin, elle vient pour sa cinquième cure de chimiothérapie. En effet, elle est venue tous les jours cette semaine pour recevoir son traitement. Il avait été décidé que l'enfant allait garder l'aiguille, dans sa chambre implantable, toute la semaine et qu'elle serait retirée vendredi après la cure.

Nous sommes vendredi après-midi quand nous rentrons, avec l'infirmière, dans la chambre de la patiente. J'avais préparé, au préalable, tout le matériel nécessaire au retrait d'une aiguille de Huber. Je m'adresse à l'enfant et lui dit que nous allons retirer l'aiguille de sa chambre implantable. Elle est d'accord. Je m'installe, elle enlève son t-shirt puis, elle me demande si elle va avoir mal. Je lui réponds que je vais faire le plus attention possible pour que cela se passe bien. Je commence à retirer le pansement à l'aide d'une lingette. L'enfant m'arrête, elle me dit qu'elle veut le faire. Je lui laisse essayer tout en continuant mon soin. Cependant, sa main ne bouge pas, elle tient uniquement le bout de pansement déjà décollé. L'infirmière qui se trouve à côté d'elle prend une autre extrémité. L'enfant se met à pleurer. Je lui demande pourquoi elle pleure, si je lui ai fait mal ou bien si c'est parce qu'elle préfère que ce soit l'infirmière qui lui réalise le soin. Elle me répond qu'elle souhaite faire une pause dans le soin. L'enfant commence à paniquer. Elle nous dit, en pleurant, qu'elle ne veut pas que nous enlevions l'aiguille en même temps que le pansement. L'infirmière lui répond que ce n'est pas comme ça que le soin se réalise. L'enfant lui répond qu'un jour une infirmière a retiré le pansement et que l'aiguille est partie avec. Elle a eu très mal lorsque c'est arrivé. Elle continue de pleurer et durant une dizaine de minutes, refuse toute approche de son pansement. Sa mère tente de la rassurer, mais en vain, la petite fille est angoissée à l'idée que l'aiguille parte en même temps que le pansement. Nous parvenons finalement, avec difficulté et après de longues minutes, à enlever tout le contour du pansement. Il ne reste plus qu'à l'enlever sur l'aiguille. Je laisse l'infirmière faire à ma place. Elle essaie de retirer le pansement doucement, mais rien y fait. Durant tout le soin, l'enfant pleure et continue d'avoir très peur malgré nos réassurances.

A la suite du soin, je suis très touchée par les propos de l'enfant, mais aussi dans la manière dont elle appréhendait le soin. Il y avait une telle peur dans son regard que je ne pouvais pas ne pas

être émue. Plusieurs questions se bousculent alors dans ma tête. Je m'interroge sur la manière dont j'ai essayé de la rassurer, sur comment j'ai voulu réaliser le soin. Est-ce que j'ai bien réagi en la laissant décoller son pansement ? Qu'est-ce que j'aurai pu faire pour que le soin se déroule mieux ? Comment rassurer l'enfant ? Pourquoi le soin s'est-il mal passé ? Comment faire pour qu'elle n'appréhende plus ce genre de soin ? Toutes ses questions auxquelles je n'arrive pas à répondre. Cependant, ce que je remarque c'est que le soin au cours duquel l'aiguille est partie en même temps que le pansement, l'a réellement traumatisé et à ancrer une peur chez elle. Cela me fait prendre conscience de la vigilance dont je dois faire preuve lorsque je réalise un soin. Je m'aperçois à quel point il est important de s'assurer de comment le patient a vécu le soin afin de ne pas le laisser sur des peurs. Cela me paraît aussi important de dire au patient quand le soin ne s'est pas déroulé comme prévu, et notamment lorsqu'il a été douloureux. En effet, cela lui permet de comprendre que le soin ne se déroule pas toujours de cette manière et donc de diminuer l'appréhension des nouveaux soins à venir.

Annexe III : Guide d'entretien

Question de départ : En quoi un vécu de soin douloureux chez un patient, impacte la continuité de sa prise en soin ?

Introduction : Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, il me faut réaliser des entretiens auprès de professionnels afin d'éclairer certaines notions de mon cadre conceptuel. Pour cela, j'ai établi un questionnaire avec différents objectifs. Ce questionnaire sera anonymisé. L'enregistrement audio de ce dernier peut-être fait avec autorisation afin de faciliter la retranscription.

➤ *Objectif 1 : Identifier les ressentis des soignants face à la douleur des patients*

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Que ressentez-vous face à un soin qui peut se montrer douloureux, ou qui a déjà été douloureux pour le patient ?

➤ *Objectif 2 : Déterminer les réactions d'un patient face à un soin qui renvoi à un vécu douloureux ou à une appréhension de la douleur*

- Quels soins selon vous, sont-ils plus propices à une appréhension ou à un renvoi de vécu douloureux ?
- Comment réagit le patient face à ce soin ?
- Est-ce un phénomène récurrent ?

➤ *Objectif 3 : Identifier les actions favorables à la mise en place de l'alliance thérapeutique lors du soin douloureux*

- Que pouvez-vous dire de l'impact sur la relation soignant/soigné et le rôle de l'alliance thérapeutique dans la réalisation d'un soin douloureux ?

➤ *Objectif 4 : Mettre en évidence le rôle du soignant dans la prise en soin de la douleur*

- Quel est le rôle, selon vous, du soignant face à la douleur d'un patient ?
- Connaissez vous des méthodes pour faire diminuer l'appréhension d'un patient face à un soin ?

Annexe IV : Tableaux d'analyse

IDE 1

IDE 2

❖ Objectif n°1 : Identifier les ressentis du soignant face à la douleur des patients

Catégories	Sous catégories	Verbatimes
Réaction soignante	Anxiété	<i>- Il y a forcément une part d'anxiété - Et d'anxiété - et d'anxiété pour le patient</i>
	Stress	<i>- Stresser un peu de ne pas savoir comment ça va se passer - Et puis de stresser - de stresse (pour le patient)</i>
Place du soignant dans le soin	Soignant actif	- Ca dépend si tu est actif ou passif - Le ressenti n'est pas le même - Je trouve que tu est plus concentré sur ce que tu fais quand tu le sers - Parce que tu est concentré sur le moment ou il te demande quelques choses - Tu es attentif au moment où il va te demander les compresses

	Soignant passif	<p>- Je tenais juste le monsieur, je trouve le ressenti différent</p> <p>- La ponction lombaire ... m'a dérangé, m'a plus fait mal à la position où j'étais</p>
--	-----------------	---

❖ Objectif n°2 : Déterminer les réactions d'un patient face à un soin qui renvoi à un vécu douloureux ou une appréhension de la douleur

Catégories	Sous catégories	Verbatimes
Questionnement pour un patient n'ayant jamais vécu le soin	Douleur	<p>- La première question c'est : "est-ce que ça va faire mal ?" ... et celle là c'est surtout chez des gens qui ne l'ont jamais eu</p> <p>- Ils vont te demander si ça va faire mal</p>
	Utilité du geste	<p>- (Pour des gazs du sang), on leur dit qu'on fait dans le poignet, il ne comprennent pas forcément</p> <p>- Ils ne savent pas ce que c'est</p> <p>- Un questionnement sur "Pourquoi ?", "Qu'est-ce que ça va faire ?", "Qu'est-ce que vous allez faire exactement ?", "Pourquoi vous faites ça ?", "Ça va</p>

		<i>être quoi le but ?</i>
Questionnement pour un patient ayant déjà vécu le soin	Aptitudes du praticien	<ul style="list-style-type: none"> - Chez les patients qui ont déjà eu le soin, ils vont te demander si celui qui va faire le soin à déjà fait - S'il sait faire - Quand on sait déjà faire, c'est moins douloureux
	La négociation	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La première réaction, surtout quand ils vont de nouveau l'avoir c'est : "Oh bah non, c'est vraiment utile ?"</i> - <i>"Non je ne pense pas que j'ai besoin"</i>
Réactions communes	Le refus	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ca va être le refus qui arrive en premier</i> - <i>Donc c'est le refus</i>
	Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> - <i>C'est quand même anxiogène</i> - <i>Ca va être l'angoisse</i> - <i>Il va y avoir de l'anxiété</i>
	Appréhension	<ul style="list-style-type: none"> - <i>C'est anticipé de manière assez négative</i> - <i>Une appréhension en fait</i> - Certains soins sont systématiquement appréhendés

	Le stress	- <i>L'inconnu qui rajoute du stress</i>
Réactions du patient liées au comportement du soignant		<p>- Moi ça m'arrive, quand je suis dans l'après-midi , de sentir une forme de tension. Tout le monde est un peu agité. Tu arrives l'après-midi, tu ressens cette tension, tu sens que tout le monde est un peu agité, énervé et toi par engrenage ça va un peu se répercuter sur toi. Et du coup ça crée du stress chez le patient</p> <p>- Dans nos soins on créer plus de douleur</p> <p>- Quand on ne sait pas forcément faire le soin on va stresse, ça va être plus douloureux et le patient le ressent</p>

❖ Objectif n°3 : Identifier les actions favorables à la mise en place de l'alliance thérapeutique lors du soin douloureux

Catégories	Sous-catégories	Verbatimes
Respect des valeurs soignantes	Confiance	<p>- <i>Il faut avoir une bonne relation avec le patient. Il faut avoir une relation de confiance</i></p> <p>- Il faut qu'il puisse te faire confiance</p>

	Honnêteté	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas mentir en disant : "non ça va pas faire mal" - Il faut vraiment être honnête
	Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Échanger beaucoup plus avec le patient - Pour que le patient puisse nous dire de quoi il a peur - Nous dire qu'il a peur - Ce qu'il nous dit réellement - Je leur parles d'autres choses - Je les fais parler d'autres choses
L'adaptation	Singularité du patient	<ul style="list-style-type: none"> - On va s'adapter forcément à chaque patient - Parce que chaque patient n'a pas les mêmes vécu ni les mêmes angoisse - C'est vraiment s'adapter - On ne peut vraiment pas avoir une relation universelle - Après il faut que tu t'adaptes aussi à ton patient

❖ Objectifs n°4 : Mettre en évidence le rôle du soignant dans la prise en soin de la douleur.

Catégorie	Sous catégories	Verbatimes
Rôle propre	Relationnel	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La communication, rassurer le patient à chaque étape du soin</i> - <i>Échanger avec le patient</i> - <i>On a toujours le temps d'expliquer, d'échanger</i>
	Authenticité	<ul style="list-style-type: none"> - D'être authentique, quand ils te demande si ça va faire mal ... tu n'en sais rien - Si tu ne l'a pas vécu tu n'en sais rien - Leur dire que ça ne va pas forcément être un soin agréable
	Observer les signes de la douleurs	<ul style="list-style-type: none"> - Objectiver les signes de la douleur - S'ils sont crispés - S'ils sont en position foetale - S'ils plissent les yeux
	Légitimer la douleur	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Montrer qu'on à bien vu cette douleur et qu'on ne fait pas comme si elle n'existait pas</i> - La douleur est subjective, en fonction des gens et

		<p>de leur ressenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - T'es obligé de les croire - T'es obligé de les croire - Tu dois les croire
	Légitimer le vécu	<ul style="list-style-type: none"> - pas le même vécu qu'un autre patient - pas le même vécu, pas le même ressenti - c'est important le vécu
	Evaluer la douleur	- L'algoplus
	Moyens non médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> - La diversion - Les réinstallations - La musique - L'hypnose
Rôle prescrit	Administration des traitements	<ul style="list-style-type: none"> - Se l'anticiper, de mettre des moyens en place contre la douleur - Mettre un patch contre la douleur - Prendre un gel à la lidocaïne - Mettre un spray à la lidocaïne dans les narines avant

		<ul style="list-style-type: none">- <i>De mettre des moyens aussi en place contre la douleurs</i>- <i>C'est mettre un patch contre la douleurs</i>- Le Meopa- Après t'a bien sur les antalgiques
--	--	---



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SDH1/SDIC/SDMAG2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexe VI : Retranscription entretien n°1

ESI : *Pouvez-vous vous présenter ?*

IDE 1 : Moi j'ai 26 ans, je suis diplômée depuis quasiment 3 ans. J'ai fait presque 2 ans d'urgences, 5 mois de pneumo et là je suis depuis janvier dans une unité Covid.

ESI: *Que ressentez-vous face à un soin qui peut se montrer douloureux, ou qui a déjà été douloureux pour le patient ?*

IDE 1 : Alors il y a forcément une part d'anxiété je dirais . De stresser un peu de savoir comment ça va se passer. Et puis de stress et d'anxiété pour le patient. Alors en fait, vis à vis du patient, comment lui va ressentir les choses et comment lui va pouvoir appréhender la situation aussi.

ESI : *Quels soins selon vous, sont-ils plus propices à une appréhension ou à un renvoi de vécu douloureux ?*

IDE 1 : Moi ce qui me revient directement c'est les gaz du sang. C'est le soin qui est le plus, enfin moi en tout cas de ce que j'ai pu voir, qui est le plus anxiogène et celui qui est redouté par les patients qui en ont eu un ou plusieurs qui s'est parfois mal passé ou qui était compliqué. C'est ... oui je crois que c'est le soin le plus délicat.

ESI : *D'accord. Donc même pour les gens qui ne l'ont pas encore vécu ça peut être anxiogène comme genre de soin ?*

IDE 1 : Oui. C'est quand même anxiogène car déjà on leur dit qu'on va piquer donc ils disent. Et bien c'est une prise de sang. Donc on leur dit qu'on fait dans le poignet alors ils ne comprennent pas forcément donc on leur explique. Et ils comprennent tout de suite que ce n'est pas forcément la même chose que d'habitude parce que là on dit qu'on va faire dans le poignet, dans une artère. Donc c'est quand même pas la même approche qu'une prise de sang classique, qu'ils ont déjà eu probablement soit ils savent ce que c'est. Là, ils ne savent pas ce que c'est. C'est quand il y a l'inconnu qui rajoute encore du stress. Puis déjà quand tu là eu je pense que c'est encore pire.

Après ça dépend, il y en a pour qui ça s'est bien passé. C'est quand même quelque chose qui peut ... Mince je ne trouve pas le mot ... Enfin, c'est anticipé de manière assez négative pour les patients.

ESI : *Comment réagit le patient face à ce soin ?*

IDE 1 : La première réaction, surtout quand ils vont de nouveau l'avoir, c'est "Oh bah non, c'est vraiment utile ?", "Non mais j'ai pas envie", "Non je pense pas que j'ai besoin". Ça va être un peu le refus qui va arriver en premier. Ensuite ça va être ... l'angoisse. Ils vont te demander si ça va faire mal. Une appréhension en fait, un questionnement sur "Ha bah pourquoi", "qu'est-ce que ça va faire?", "Qu'est ce que vous allez faire exactement?", "Pourquoi vous faites ça ?", "Ça va être quoi le but?". Donc c'est le refus et après il va y avoir de l'anxiété et ils sont énormément dans le questionnement aussi.

ESI : *Comment réagissent-ils réagissent quand on leur explique ce que c'est ou quand on leur dit qu'ils vont de nouveau avoir des gaz du sang ?*

IDE 1 : Dès qu'ils ont compris l'intérêt. Déjà dès qu'on leur a expliqué le but du soin qui est de prélever du sang au niveau de l'artère pour faire tel ou tel examen ... Toute suite ils comprennent vraiment plus l'intérêt dans leur prise en soin et donc du coup l'acceptent beaucoup plus facilement parce que concrètement ils voient bien à quoi va servir ce soin. C'est pas juste piquer, c'est évaluer des choses derrière. Donc en général ça se passe beaucoup mieux dès qu'ils ont compris l'intérêt de ce soin ...

ESI : *Est-ce un phénomène récurrent ? Est ce qu'il y a d'autres soins qui pose cette problématique*

IDE 1 : Alors non, il y a quand même pas mal de soins. Ça peut être les poses de perf aussi parce que parfois ça peut être compliqué aussi. Pour des patients qu'on déjà eu, ou même qu'on pas eu, les sondes urinaires, les sondes nasogastriques. Enfin il y a quand même pas mal de soins un peu invasifs comme ça. Voilà dans tout ce qui va vraiment toucher à son corps, à son intimité, à son ... Ouais vraiment à son ... à sa personnalité à lui. Enfin quelque chose qu'on n'a pas vraiment censé normalement faire. Forcément c'est quelque chose qui va venir questionner pas mal ... Qui en tout cas questionne plus entre guillemets qu'une simple prise de sang. Effectivement dès qu'on va laisser quelque chose dans le corps comme le KT, sonde nasogastrique, sonde urinaire et tout ça. Là forcément ça a aussi une autre dimension.

ESI : *Que pouvez-vous dire de l'impact sur la relation soignant/soigné et le rôle de l'alliance thérapeutique dans la réalisation d'un soin douloureux ?*

IDE 1 : La relation va être hyper importante. Parce que déjà sans parler du soin, il faut avoir une bonne relation avec le patient. Il faut avoir une relation de confiance pour avoir une bonne relation

de soin pour que le patient puisse nous dire de quoi il a peur, qu'est ce qui lui fait peur. Nous dire aussi ... rien que nous dire qu'il a peur. Et donc si on arrive à bien mener cette relation, on va pouvoir avoir beaucoup plus d'informations et échanger beaucoup plus avec le patient qui va vraiment faciliter le soin, et ne pas mentir en disant : "non ça va pas faire mal". C'est de dire : "Oui la sonde nasogastrique va être désagréable, ça va faire mal quand elle va passer mais après vous allez l'oublier". Donc faut vraiment être honnête pour vraiment comprendre ce que le patient veut dire et ce qu'il nous dit réellement. C'est comprendre et entendre ce qu'il dit et donc du coup on va s'adapter forcément à chaque patient. Parce que chaque patient ne va pas avoir les mêmes vécu ni les mêmes angoisses. Donc ouais c'est vraiment s'adapter.

On ne peut vraiment pas avoir une relation universelle. Présenter le soin pareil pour tout le monde ... Alors il y a une partie du soin qu'on va présenter comme tout le monde. Par exemple, si je reprend l'exemple des gaz du sang, on va dire : " Oui c'est plutôt au niveau de l'artère". Voilà il y a une partie de l'explication qui est universelle. Mais après on va forcément s'adapter au patient et il faut. C'est obligé de s'adapter au patient ... Oui c'est hyper important.

ESI : *Quel est le rôle, selon vous, du soignant face à la douleur d'un patient ?*

IDE 1 : Déjà c'est de la comprendre, de l'entendre, de montrer qu'on a bien vu cette douleur et qu'on fait pas comme si elle n'existait pas. On dit pas : "Oui c'est normal, ce soin il fait mal". Non, on dit pas ça. Oui ce soin il fait mal mais c'est pas normal. Donc de la comprendre (cette douleur), de l'anticiper, de mettre des moyens aussi en place contre la douleur. Par exemple, si c'est un gaz du sang qui va être anticipé. Alors c'est de mettre un patch contre la douleur. Si c'est une pose de sonde urinaire, de bien prendre un gel à la lidocaïne. Pour les sondes nasogastriques j'aime bien toujours mettre un spray à la lidocaïne dans les narines avant de faire le geste. Ça va être vraiment d'anticiper cette douleur. De voir quels moyens médicamenteux on peut mettre en place mais de pas négliger les autres moyens. Ça veut dire vraiment la communication, rassurer le patient à chaque étape du soin. Si on peut avoir un soignant en plus, qui est là vraiment pour échanger avec le patient et l'autre soignant qui fait le geste technique par exemple .. Alors après ça c'est dans le meilleur des mondes quand on a le temps. Mais même quand on est tout seul pour le soin, on a toujours le temps d'expliquer, d'échanger avec le patient parce que rien que pour lui ça fait une grande différence. Je sais pas si je réponds à la question ?

ESI : *Connaissez-vous des méthodes pour faire diminuer l'appréhension d'un patient face à un soin ?*

IDE 1 : Alors l'hypnose moi j'ai vu, quand je travaillais aux urgences. Il y avait un infirmier qui était formé à l'hypnose donc c'est vrai qu'il nous aidait énormément pour pas mal de soins douloureux comme tout ce qui va être réduction des luxations de la rotule ou des luxations de différentes articulations. Parce que c'est des soins où ... Enfin qui sont hyper anxiogène, hyper douloureux et quand c'est pas la première fois pour le patient, il sait très bien en plus ce que ça fait ... Donc il est hyper crispé, il anticipe la douleur ce qu'on comprend, mais du coup plus il est crispé et plus c'est difficile de réduire la luxation. Et du coup j'avais beaucoup mon collègue, qui était formé à l'hypnose, qui intervenait. C'était vraiment hyper bénéfique pour les patients. Donc il y a l'hypnose, après je sais pas si on peut catégoriser ça dans les méthodes alternatives, mais on utilisait aussi pas mal la musique dans les soins. Parce que voilà on a beau ... On met juste de la musique et ça peut vraiment aider et détourner le patient du soin. Là actuellement j'ai un patient, que je prends en soin, qui adore Johnny Hallyday ... bah on lui met soi des petites enceintes, soi on lui met l'ordinateur à l'entrée de la porte avec la musique. Rien que ça sa détourne un peu l'intention du soin, et ça permet de limiter les douleurs qui sont induites par les soins.

Annexe VII : Retranscription entretien n°2

ESI : Pouvez-vous vous présenter ?

IDE 2 : Professionnellement parlant ... Alors, j'ai commencé en 2011 j'étais aide-soignant. J'ai fait 2 ans en rééducation adulte, j'ai fait 4 ans de rhumato et ensuite je suis parti à l'école d'infirmier. Diplômé depuis 2020. Je suis arrivé ici (service de neurochirurgie) fin août 2020. Donc je suis là depuis presque 2 ans.

ESI : Que ressentez-vous face à un soin qui peut se montrer douloureux, ou qui a déjà été douloureux pour le patient ?

IDE 2 : Ça dépend si tu es actif ou passif. Le ressenti n'est pas le même je trouve si c'est toi qui infliges, entre guillemets, la douleur oui si c'est quelqu'un d'autre et que toi tu es là en aidant. Par exemple, la ponction lombaire qu'on a fait à Mr O. (patient du service), m'a dérangé ... Ma plus fait mal à la position où j'étais, à tenir le monsieur qui était en PLS. Plutôt que quand j'aide l'interne ou le neurochir, quand je le sers.

Je trouve que tu es plus concentré sur ce que tu fais quand tu le sers, parce que tu es concentré sur le moment où il te demande quelque chose. Tu es attentif au moment où il va te demander les compresses, la Bétadine, l'aiguille que sur la PL. En l'occurrence j'étais là, je tenais juste le monsieur. Tu vois ce que je veux dire ?. Je trouve le ressenti différent

ESI : Quels soins selon vous, sont-ils plus propices à une appréhension ou à un renvoi de vécu douloureux ? Comment réagit le patient face à ce soin ?

IDE 2 : Les ponctions lombaires. Certains soins sont systématiquement appréhendés. Peut-être un peu moins chez les gens qui ... Quoique ça dépend. Ça dépend en fait de la première ponction lombaire qu'ils ont eu. Comment dire ... Quand tu dis aux gens qu'ils vont avoir une ponction lombaire, la première question : "c'est est-ce que ça fait mal ?". C'est la première question souvent que tu as. Et celle-là tu l'a surtout chez des gens qui ne l'ont jamais eu. Par contre, chez les patients qui ont déjà eu le soin, ils vont te demander si celui qui va faire le soin à déjà fait. S'il sait faire. Parce qu' une première ponction lombaire chez un interne de première année qui ne connaît pas, souvent ça va être galère. Parce que du coup plus il a d'expériences, théoriquement plus il va savoir où piquer, comment piquer et il va aller vite. Ducoup le geste va être moins long et invasif. Le positionnement est important. Par exemple, l'interne quand il a fait la ponction chez Mr O., le monsieur était en PL.

Typiquement ils apprennent à le faire comme ça, la position de base c'est assise sur le bord du lit dos arrondi. Et je pense que cet interne qui arrive en fin de cursus n'aurait pas autant eu de mal si le monsieur avait été assis au bord du lit. Et il l'a dit directement quand on l'a mit en PLS, il a dit : "ça change les repères". Et la prise de repères, c'est ce qu'il t'a dit après, est importante. Je pense que quand on sait déjà faire, c'est moins douloureux. Quand on ne sait pas forcément faire le soin on va stresser, ça va être plus douloureux et le patient ressent. Oui et il y a pas que ça. Quand des fois t'a des matinées ... Moi des fois ça m'arrive, quand je suis d'après-midi, de sentir une forme de tension. Tout le monde est un peu agité, il y a eu pas mal de choses le matin qui ont fait que ça n'a pas tourné comme il fallait. Et tu arrives d'après-midi, tu ressens cette tension, tu sens que tout le monde est agité, énervé et toi par engrenage ça va un peu se répercuter sur toi. Et ducoup tout ça ça créer du stress chez le patient et donc dans nos soins on créer plus de douleurs.

ESI : Que pouvez-vous dire de l'impact sur la relation soignant/soigné dans la réalisation d'un soin douloureux ?

IDE 2 : Alors moi typiquement, chose que je ne fais plus, que je faisais avant et que tu dois peut-être faire. C'est quand tu pique , prévenir le patient, tu lui dis: "je pique". Quand tu fais un soin, quand tu enlèves le redon tu dit : "Je vais enlever le redon". On nous apprend à dire ce qu'on fait ... Moi, je ne le fais plus. Typiquement dire à quelqu'un quand je le pique ou quand j'enlève le redon, je ne le fait plus. Ca c'est une infirmière qui bossait en réa, qui m'a dit, en fait elle avait été formée à de l'hypnose en réa et en fait ... Elle me regardait faire, et en fait ça la dérangeait que je le dise. Elle dans sa pratique elle ne le faisait pas non plus. Elle m'a expliqué, donc elle ce qu'elle m'a dit c'est quand tu préviens le patient, la réaction au moment où tu le dis, juste avant de piquer, c'est que le patient va se crispé et regarder en même temps ce que tu fais. Le risque c'est qu'il recule son bras lors d'une prise de sang ... Tu vois t'a le petit soubresaut ... Juste au moment où tu piques. Ça peut créer une douleur qu'il n'y a pas encore eu. Alors moi je te parle de mon expérience, c'est que maintenant le ressenti des patients, la réponse, la réflexion que j'ai souvent quand j'ai fini mon soin. Par exemple, quand j'ai deux redons à enlever, le pain buster, deux agrafes et le pansement, tu sais que ça va être long. Et bien je leur parle d'autres choses. Je les mets sur le côté, je leur dis ... Voilà ... Je les préviens, je viens enlever les redons, le painbuster, je refais le pansement. Je les installe sur le côté et je ne leur dis pas ce que je fais au moment où je le fais, je les fais parler d'autres choses. Là où ils habitent, ce qu'ils font, s'ils ont des enfants, des petits-enfants, tout ce que tu veux ... Et en fait ça détourne leur attention et la réponse souvent que j'ai, quand j'ai finis mon soin, c'est : "à oui déjà, j'ai rien senti". Et sur les prises de sang c'est régulier aussi, après les prises de sang ils peuvent voir quand

même. C'est surtout sur les redons et les pain busters. Parce que tu ne crées pas d'appréhensions, t'es pas en train de leur dire ce que tu fais et eux ils sont pas en train de somatiser quelque chose. Après il faut que tu t'adaptes aussi à ton patient. C'est important de rester à l'écoute. Il faut qu'il puisse te faire confiance.

ESI : Quel est le rôle, selon vous, du soignant face à la douleur d'un patient ?

IDE 2 : D'être authentique. Les gens quand ils demandent si ça va faire mal, déjà premièrement, sauf si tu l'a vécu, tu n'en sais rien. Quand tu poses une sonde urinaire ou autre chose, si tu l'a pas vécu t'en sais rien. Et même si toi un jour on te pose une sonde urinaire, t'aura pas le même vécu qu'un autre patient et qu'un homme par exemple. Mais même si c'est une autre femme t'aura pas le même vécu, t'aura pas le même ressenti. C'est important le vécu. Moi je trouve que c'est quand même important de leur dire que ce n'est pas forcément des soins qui sont douloureux. Parce que nous on est pas là pour faire mal. Mais leur dire que ça ne va pas forcément être des soins agréables. Poser une sonde urinaire, la retirer, poser une perf. Ce n'est pas forcément des soins agréables mais pour autant, est-ce qu'ils sont douloureux ?

Pour citer un anesthésiste d'ici, j'ai trouvé sa réflexion un peu bête sur le coup, : "La douleur est subjective, en fonction des gens et de leur ressenti ça ne va pas être la même chose. Une prise de sang pour quelqu'un ça va être un calvaire pas possible et pour d'autres tu peux leur en faire 15 dans la journée, ça ne leur fait rien.

Quand les gens te disent qu'ils sont douloureux, t'es obligé de les croire. Ça fait partie de ... Enfin ce qu'ils te disent t'es obligé de le croire. Après toi tu peux objectiver les signes de la douleur. S'ils sont crispés, s'ils sont en position foetale, s'ils sont

(Interruption par une collègue lors de l'entretien)

IDE 2 : Mince on disait quoi ... Ah oui les signes de la douleur. S'ils sont crispés, s'ils plissent les yeux. L'algoplus par exemple, c'est des signes que tu peux objectiver. Si les patients te disent qu'ils ... Mme X par exemple, qui dit qu'elle a une douleur insupportable, qu'elle cote à 12 si elle le pouvait, mais par contre elle marche dans le couloir, elle se lève et ne réclame pas d'antalgiques. Et quand tu va la voir elle n'est pas crispée, et elle est dans son lit au téléphone à discuter ... Là tu te dis qu'il y a quelque chose qui n'est pas cohérent. Par contre quand les gens te disent qu'ils ont mal tu dois les croire.

ESI : Connais-tu des méthodes pour faire diminuer l'appréhension d'un patient face à un soin ?

IDE 2 : Le Meopa, alors après faut avoir une petite formation. Tu n'utilises pas le Kalinox juste comme ça en mettant le masque. Justement il y a tout un aspect relationnel quand tu utilises le Kalinox. Les gens, ceux qui ont eu la formation, ils vont essayer de t'emmener, de te faire projeter des images, te rappeler des choses agréables. C'est pareil en fait, c'est de la diversion ... Pour que justement tu ne sois pas au moment présent. C'est un peu ce que je fais, ne pas les laisser au moment présent où tu fais ton soin, c'est un peu de la diversion les emmener à un autre moment, les faire penser à autre chose. Après t'a bien sûr les antalgiques, les réinstallations, changer la position du patient pour le soulager sur le long terme. Le temps d'attendre l'antalgique

Nom : TIGER

Prénom : Marine

Titre du mémoire : L'impact du vécu de soin douloureux par le patient dans la continuité de sa prise en soin

Abstract

As a part of my nursing studies, we have to produce a thesis. I have decided to focus my work on this following issue : How does a patient's experience of painful care, impact the continuity of his care ? Two care situations encountered during my internship in pediatric oncology-hematology, allowed me to bring out this problem . In both situations, patients had a painful care experience. From now on, they have been anxious and worried about new care situations.

To answer my issue, I carried out different readings from authors.

First of all, I started with the notion of pain, then I talked about the nurses role facing the patients pain. In the second part, I broached the notion of care experience, then its impact and finally the role of therapeutic nurse-patient relationship. After my researches, I created an interview guide and I questioned two nurses.

These exchanges with the professionals allowed me to bring out new information about my problem, to make a link with the authors' words and after I gave my opinion

The result of my work enabled me to highlight the way how care experiences could have consequences on the future care of a patient. I also realized that the caregivers' behaviour and support had an important part in the patient's care experience.

Résumé

Dans le cadre de mes études en soins infirmiers, nous devons réaliser un mémoire de fin d'études. J'ai décidé de porter mon travail sur la problématique suivante : En quoi un vécu de soin douloureux chez un patient, impact la continuité de sa prise en soin ?

Deux situations de soins rencontrées lors de mon stage en oncologie-hématologie pédiatrique m'ont permis de faire émerger cette problématique. Dans les deux situations, les patients avaient vécu un soin douloureux. Désormais, ils étaient anxieux et ils appréhendaient les soins que nous devions réaliser. Pour répondre à cette problématique, j'ai réalisé différentes lectures auprès d'auteurs. J'ai dans un premier temps abordé la notion de douleurs, ensuite j'ai parlé du rôle du soignant face à la douleur. Dans un second temps j'ai abordé la notion de vécu de soin puis de son impact et enfin du rôle de la relation d'aide.

Ensuite j'ai réalisé un guide d'entretien et j'ai pu interroger deux infirmiers. Ces échanges avec les professionnels permettent d'apporter de nouvelles informations concernant ma problématique, de faire un lien avec les dires des auteurs puis de donner mon avis.

Le résultat de ce travail m'a permis de mettre en évidence la manière dont le vécu de soin avait des répercussions sur les futurs soins du patient. Je me suis aussi aperçu que le comportement et l'accompagnement du soignant avait un rôle majeur dans le vécu de soin du patient.

Keywords: Experience of painful care, continuity of his care, therapeutic nurse-patient relationship, caregiver, behaviour

Mots clés: Vécu de soin douloureux, continuité de sa prise en soin, relation d'aide, soignant, comportement

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019-2022